



UNAM IZTACALA

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Psicología clínica: Intervención Interconductual en el
Contexto Clínico y otras perspectivas.
Una revisión histórica.

T E S I S I N A
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A

Marcela Diego Oaxaca

Director: Mtro. Juan Antonio Vargas Bustos

Dictaminadores: Lic. Ángel Francisco García Pacheco

Lic. Marco Vinicio Velasco del Valle



Agosto de 2012



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

A las personas que confían en mí, aunque no siempre lo merezca.

A las personas que me apoyan día a día.

A las personas que me quieren a pesar de ser algo extraña.

A las personas que me ayudan a ser mejor cada día.

A las personas que han perdonado mis errores y me ayudan a continuar.

A las personas que han secado mis lágrimas y compartido mis alegrías.

A las personas que amo con todo mi corazón.

En pocas palabras, A MI FAMILIA.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a Dios por ser el principio de mi vida y mí ser, porque a pesar de todo y de todos siento su presencia en mí.

A mis padres, porque sé que no pude tener mejores guías, mil gracias por la paciencia, los regaños, los apapachos; por ayudarme con este trabajo de equipo.

A mis hermanos por que este trabajo es compartido: Rubicel, Haydee, Dámaso, gracias por enseñarme como quiero ser de grande.

Anaid, gracias por tu apoyo, en esta y todas las locuras de mi vida, por ser no sólo mi hermana, también mi mejor amiga.

A los pequeños monstruos: Hazael gracias por dejarme ser tu tía y compañera de travesuras. Haydee, gracias por tu ejemplo de valor y fortaleza.

A Rocío y Jesús, mis hermanos postizos, por que han completado esta bella familia a la perfección.

Al resto de mi familia (tías, tíos, primas, primos) por ser parte del soporte de mi vida.

A mis amigos verdaderos que están conmigo a pesar del tiempo, las dificultades y la distancia, gracias por formar parte de mi vida.

ÍNDICE

RESUMEN	5
INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO 1 HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA	
1.1 Pasado de la psicología	9
1.2 Antecedentes científicos de la psicología	10
1.3 La psicología como ciencia	16
1.4 Psicología clínica	18
1.5 Psicoanálisis	22
1.5.1 Algunos conceptos psicoanalíticos	23
1.6 Psicología cognitiva	25
1.7 La psicología conductual	27
CAPÍTULO 2 PSICOLOGÍA INTERCONDUCTUAL Y PSICOLOGÍA CLÍNICA	
2.1 Precursores de la teoría interconductual	31
2.2 Fundamentos de la psicología interconductual	32
2.2.1 Conceptos/definiciones	36
2.3 Psicología clínica interconductual	40
2.3.1 Dos opciones de Intervención Interconductual	43
CAPÍTULO 3 PROCEDIMIENTOS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA	
3.1 Psicoanálisis	47
3.1.1 El tratamiento psicoanalítico	50
3.2 Psicología cognitiva	52
3.2.1 Terapia Racional Emotiva de Ellis	53
3.2.2 Terapia cognitiva de Beck	55
3.2.3 Entrenamiento de inoculación al estrés	56
3.2.4 Terapia de solución de problemas	57
3.3 Conductismo	59
3.3.1 Características de la modificación de conducta	60
3.3.2 Técnicas de modificación de conducta	61
3.4 Psicología interconductual	63
3.4.1 El análisis contingencial	64
3.5 Intervención Interconductual en el Contexto Clínico	68
3.5.1 Apoyos técnicos de la IICC	69
CAPÍTULO 4 COMPARACIÓN TEÓRICA	
4.1 El lenguaje en las psicologías	74
4.2 Intervenciones incompatibles e incomparables	84
4.2.1 Terapia psicoanalítica	85
4.2.2 Terapia cognitiva	88
4.2.3 Terapia conductual	92
4.2.4 Terapia interconductual	94
CONCLUSIONES	97
BIBLIOGRAFÍA	102
ANEXOS	109

RESUMEN

En esta investigación teórica, se realiza una revisión histórica de la psicología como ciencia y la psicología clínica como tecnología, para contextualizar la teoría interconductual.

Dicha revisión aborda, primero la historia de la psicología desde sus antecedentes precientíficos hasta el momento en que se considera como su origen científico; posteriormente se hace una descripción de los procedimientos psicoanalíticos, cognitivos y conductuales utilizados en el área clínica. Para completar este escrutinio se realiza una comparación de estos procedimientos con la Intervención Interconductual en el Contexto Clínico, como una propuesta tecnológica para el análisis, la evaluación, la regulación y la probabilización de la conducta en el área clínica.

INTRODUCCIÓN

El hombre desde el principio de los tiempos ha intentado entender el comportamiento de quien le rodea, en particular si estos comportamientos son anormales o problemáticos; por lo que podemos interpretar que, la ciencia psicológica surge en el eterno deseo de comprender lo que pasa, propio de la inquietud científica.

Se puede decir que la historia de la psicología científica, tiene más de cien años, tomando en cuenta la fundación del laboratorio de Leipzig, o más de veintitrés siglos, con la obra de Aristóteles de psicología sistemática (De la Casa, 1995), pero es importante señalar, que en más de cien años de psicología científica y siendo la única disciplina científica, lamentablemente la única, en la que no existe un objeto consensuado de conocimiento (Santacreu, 1996) los psicólogos no sólo han realizado aportaciones científicas importantes, sino que han generado las herramientas adecuadas para la creación de una ciencia avanza sólidamente en el conocimiento de su objeto de estudio (o de sus objetos de estudio).

Eysenck (1988) señala que la profundización en la comprensión de la historia de la psicología es un camino adecuado para optimizar nuestros propios medios de investigación y conceptos y también para evitar los errores del pasado en las confusiones de los objetos de estudio y la creación de teorías que reafirmen cosas que estaban escritas y que se venden como inéditas.

Es innegable que al escuchar sobre la psicología clínica se entiende a ésta como una rama de la psicología, pero, como menciona Belloch (2008) hablar de ramas significa que hay un tronco, una estructura viva más antigua, que sirve de sustento y proporciona identidad a las ramas. Pero, desde un punto de vista histórico o fundacional, esta secuencia no es tan obvia o lineal como podría parecer a primera vista cuando hablamos de la psicología y la psicología clínica.

Como señala Buendía (1999) debemos remontarnos a antecedentes históricos y sociales que influyeron decisivamente en las características iniciales de la

psicología clínica, y que podemos sintetizar en tres grupos: 1) La forma en que se han utilizado los métodos científicos en la psicología, 2) La forma en que se ha desarrollado el interés por las diferencias individuales de los seres humanos y 3) La forma en que se han visto los problemas de la conducta y la actitud que se ha tenido ante ellos a través de los años.

En la historia de la psicología podemos encontrar distintos modelos teóricos, que en su momento tuvieron cierto auge y que eran aparentemente la verdad absoluta sobre el estudio del comportamiento humano.

Existen varios ejemplos de dichos modelos pero en esta ocasión retomaremos al psicoanálisis, cuyo principal representante (o al menos así lo consideran algunos autores, Martorell, 1996; Oblitas, 2008) es Sigmund Freud quien, con su teoría psicoanalítica, pretendía hacer una revisión a las partes más íntimas y oscuras del espíritu del humano y de ese modo realizar un análisis y proponer un tratamiento a los *desequilibrios* del espíritu.

Por otro lado también hablaremos de la psicología cognitiva que se entiende como una teoría que intenta proporcionar una explicación científica de cómo el cerebro lleva a cabo funciones mentales complejas como la visión, la memoria, el lenguaje y el pensamiento y que surge en contraposición al conductismo, el cual siempre negó la existencia de un estudio de la *mente*.

El conductismo, cuyos principales representantes son Pavlov, Watson y Skinner, es un modelo teórico mecanicista y reduccionista del estudio de la conducta humana, pues dejar pasar muchos de los fenómenos que se encuentran dentro del campo de estudio de la psicología y por deshumanizar a las personas en su afán de conseguir objetividad rigurosa.

Pero no se trata de hablar sólo del pasado de la psicología se trata de ver el presente y el futuro de una ciencia que está en constante movimiento, con la creación de nuevas técnicas de aplicación en diferentes contextos.

El interconductismo no como una corriente del conductismo o de la psicología, es fundamentalmente, sino como una explicación de lo que constituye lo psicológico y la forma de abordarlo, lo anterior dando como resultado la Intervención

Interconductual en el Contexto Clínico (IICC) como parte de la extrapolación de la ciencia a la tecnología como parte de un proceso (Bunge 1998). En esta investigación teórica, se realizará una revisión histórica de la psicología como ciencia y la psicología clínica como tecnología, para contextualizar la teoría interconductual; dicha revisión tiene como objetivo comparar teóricamente la Intervención Interconductual en el Contexto Clínico (IICC), con los procedimientos psicoanalíticos, cognitivos y conductuales. Para justificar este trabajo, consideramos que la Intervención Interconductual en el Contexto Clínico (IICC) supone ventajas en comparación con las intervenciones clínicas empleadas en cuanto a la concepción del fenómeno psicológico, sus implicaciones individuales y sociales, identificación del objetivo y nivel de intervención, su breve duración y la evidencia de su efectividad (Vargas, 2006a).

En el capítulo uno se aborda la historia de la psicología y de la psicología clínica desde sus orígenes precientíficos hasta llegar a las teorías psicoanalítica, cognitiva y conductual.

En el capítulo dos se trata el tema de la psicología interconductual, desde sus fundamentos teóricos hasta aplicación en la psicología clínica.

En el capítulo tres se describen los procedimientos que en psicología clínica utilizan el psicoanálisis, la psicología cognitiva, el conductismo y el interconductismo.

En el capítulo cuatro se hará una comparación de la Intervención Interconductual en el Contexto Clínico (IICC), con los procedimientos psicoanalíticos, cognitivos y conductuales, como opciones que brinda la psicología, para realizar un acercamiento al área clínica.

CAPÍTULO 1 HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA

1.1 Pasado de la psicología

El origen de la psicología se puede identificar en los intentos por alterar el comportamiento, fundamentándose en prácticas místicas, creencias religiosas, explicaciones médicas y procedimientos psicológicos; aunque es claro que dichos procedimientos no eran ni en su teoría, ni en su práctica conocimientos científicos.

Hermann Ebbinghaus comentó que la psicología tenía un largo pasado pero apenas una breve historia (citado en Hothersall, 2005) y podemos apenas interpretar lo que quiso decir con tal comentario. Si bien, sabemos que muchas de las inquietudes de la psicología se remontan a las civilizaciones antiguas (Roma, Egipto, Grecia) esto no resulta suficiente para poder denominar a las aproximaciones que se realizaban.

Moya (1992, citado por Sánchez-Barranco, 1996) menciona que el estudio de la psicología, inicia por la curiosidad y admiración del hombre hacia los fenómenos que ocurren en dos realidades: el mundo y su conciencia; y frente a ello trata de poner cierto orden para poder explicarlo. Considerando lo anterior podemos decir que el hombre centró su interés en observar individuos que no actuaban como la mayoría e incluso su comportamiento resultaba ofensivo. Es posible identificar en esta etapa del desarrollo humano y del conocimiento psicológico, lo que denomina Kantor (1990) como etapa precientífica de la psicología, donde no se había inventado la escritura y todo lo relacionado al acontecer psicológico se reducía a ser observado; tal es así que, el origen de la psicología se puede identificar en los intentos por alterar el comportamiento fundamentándose en prácticas místicas, creencias religiosas, explicaciones médicas y “procedimientos psicológicos”; claro es que tales procedimientos no eran ni en su teoría ni en su práctica, conocimientos científicos. Las prácticas místicas, como características culturales de determinados pueblos antiguos, entrelazaban su mitología con los problemas de comportamiento y los enfrentaban según los recursos con los que contaran; por lo que la magia, las influencias o designios misteriosos o divinos fueron las primeras explicaciones para el comportamiento “extraño” y las pócimas, ritos y

ceremonias de “purificación” eran las formas de intervención; aplicadas por un chaman, mago o hechicero, quien después de averiguar las causas de los comportamientos extraños aplicaba el remedio más adecuado (Cullari, 2001; Vargas, 2006a).

Kantor (1990) denomina etapa protocientífica de la psicología a aquella que tiene relación con los escritos épicos y líricos de las primeras civilizaciones los cuales se pueden considerar como registros primitivos de la conducta. Así, podemos encontrar crónicas de lo que realizaban las personas ante ciertas conductas y las relaciones que tenían con los demás.

Conforme las sociedades se hacen más complejas, como ocurre con las civilizaciones antiguas, donde ya existe cierta división social del trabajo y en las que el poder está simbolizado en un gobernante identificado con la divinidad y dueño absoluto de las tierras, la ideología dominante es cada vez menos mágica y más propiamente religiosa. Las alteraciones del comportamiento son percibidas desde una perspectiva religiosa y se sigue atribuyendo a su etiología a poderes sobrenaturales, pero la situación es más compleja porque existen ya ciertos conocimientos sobre dichas alteraciones (Buendía, 1999).

1.2 Antecedentes científicos de la psicología

La etapa científica auténtica de la psicología es, según Kantor (1990), la que se encuentra relacionada con el quehacer científico de los griegos, en donde la cultura occidental encuentra el origen de muchas de las ciencias que conoce. Existen algunos ejemplos de esto, Sócrates, mediante conversaciones ingeniosamente dirigidas fue escudriñando el *alma humana*, fruto de esas reflexiones se encuentra la frase *conócete a ti mismo*; este conocimiento, según Sócrates, era realmente necesario para llevar una vida virtuosa. Sostenía que la virtud es el resultado del conocimiento y que el mal fundamentalmente es la ignorancia, con lo cual creó una corriente de pensamiento que señala que el principio rector del hombre es la razón. Por otro lado, Platón, formuló por primera vez la distinción entre espíritu y materia. Diferenció entre las ideas, que son

reveladas por la razón y las cosas que son reveladas por los sentidos; ubicando a las ideas en un mundo particular, considerándolas más reales que el mundo conocido por los sentidos y dotadas de una perfección inalcanzable (Gutiérrez, 2002).

Aristóteles fue el primer filósofo de la ciencia. Creó la disciplina al analizar ciertos problemas que surgen en conexión con la explicación científica. Sánchez-Barranco (1996), señala que “con Aristóteles se instaura el interés por lo específicamente psicológico y además con una perspectiva muy alejada de lo mitológico” (p.27). En esa época se creía que existían dos mundos: el mundo de las ideas (un mundo perfecto, irreal) y el mundo de la materia (el real, el imperfecto). Pero Aristóteles creyó que solamente existía un mundo, el real, consideraba la naturaleza como algo sagrado, en donde todas las cosas podían estar de dos formas posibles: en acto, cuando se tiene todas las propiedades en ese mismo momento y en potencia, cuando todavía no han desarrollado las propiedades, pero las tendrán en un futuro. Por ejemplo, un niño es un adulto en potencia, pero un niño en acto (Gutiérrez, 2002).

Para Aristóteles la mente o psique es el acto primero de todas las cosas, es lo que hace posible que sintamos y percibamos. Existen además, tres tipos de psique: vegetativa (de las plantas), sensitiva (de los animales) y racional (del hombre). La psicología humana se basa en los cinco sentidos. Creía que los procesos de conocimiento se producen a través de los sentidos. Sostenía que la mente en el momento del nacimiento es como una tabla rasa, carece de ideas innatas y todo depende del aprendizaje. Aprender depende directamente de la memoria, que trabaja en base a la semejanza (relacionando cosas parecidas), el contraste (observando diferencias) y la contigüidad (recordamos cosas que están juntas en espacio y tiempo). Aristóteles afirmaba que los procesos de motivación estaban guiados por dos polos: agrado y desagrado. Nuestra mente nos guía hacia el agrado y rechaza o nos separa del desagrado. El fin último de cualquier motivación es la felicidad y ésta se consigue con la búsqueda del autoperfeccionamiento; ser más perfectos y completos (Leahey, 1993).

Se debe dar un salto en el tiempo para situarnos en la edad media, donde la visión que se tenía de la psicología era predominantemente la escolástica, teniendo que, la función de la filosofía es la de ser sierva de la teología; por ejemplo, Agustín de Hipona, quien “ asimiló una compleja, aunque mística, filosofía y creó la teología cristiana básica” (Leahey, 1993, p.89) En lo psicológico, Agustín, habla de la introspección, cuyo objeto de estudio es una sustancia espiritual, el alma, que tiene una actividad ajena al cuerpo (Sánchez-Barranco, 1996).

Otro ejemplo de la visión escolástica lo encontramos con Tomás de Aquino, quien considera que el conocimiento se inicia sobre la base de lo que penetra por los sentidos y culmina en el entendimiento, contando con facultades anímicas intermedias como el sentido común, la imaginación y la memoria.(Sánchez-Barranco, 1996) Aquino, basado en los textos aristotélicos y bíblicos, justificó la doctrina cristiana siendo la proposición naturalista de las causas hecha por Aristóteles, transformada en la causa primera del universo: Dios. Para Aquino (y toda la iglesia católica) las acciones humanas son demostraciones del alma y ésta es estudiada por la teología no por la psicología; el alma es diferente del cuerpo por lo que se rigen por leyes diferente al ser diferentes el alma puede prescindir del cuerpo siendo inmortal (Kantor, 1990).

Hemos de dar un gran salto en la historia para encontrar otra gran aportación a lo que se considera la base de la psicología filosófica, de la mano de René Descartes (1596-1650), considerado el primer hombre moderno por su pensamiento. Descartes postuló la doctrina del interaccionismo, según la cual el cuerpo y la mente se influyen entre sí en alguna medida, y que el punto de interacción entre ambos se halla en la glándula pineal. También argumentó que debía existir un universo externo al Yo pensante, un universo no opaco a las facultades cognoscitivas del hombre (Leahey, 1993). Escribe el famoso libro *Discurso del método* (1637), donde expone que podemos dudar de todo (de lo que percibimos), pero de una cosa no podemos dudar, de que estoy dudando; y si estoy dudando es que pienso, y si pienso es que existo. De aquí su famosa frase *pienso, luego existo*. Para Descartes hay tres cosas de las que no podemos dudar: del Yo o del Pensamiento, del Mundo por su extensión y de Dios por su infinitud.

Para él lo psíquico es lo consciente, o sea todo lo que existe en nuestra conciencia: la imaginación, la fantasía, los sueños, los recuerdos. Sostuvo que cualquier idea que se presente a la mente a la vez de un modo claro y distinto debía ser verdadera. Lo claro es lo que se presenta de modo inmediato a la mente y lo distinto es lo que a la vez es claro e incondicionado. Descartes decía que lo distinto se conoce *per se*, su evidencia es independiente de cualquier condición limitadora (Sánchez-Barranco, 1996).

Entre el siglo XVII-XVIII la psicología en Europa empieza a interesarse por lo subjetivo, el Yo que está detrás de todo. Surge la corriente asociacionista, que hace una interpretación genético-biológica de la mente. Creen que la mente es como una tabla rasa al nacer, y que gracias a unos átomos psíquicos vamos obteniendo las sensaciones más elementales, que al repetirse van interaccionando y asociándose unas con otras dejando las huellas psíquicas con las que se va formando la mente. Somos lo que vivimos, las experiencias que tenemos.

Las leyes de la asociación de ideas nos dicen que aprendemos a través de los sentidos, gracias a la semejanza entre objetos, el contraste y la contigüidad (en espacio y tiempo). La psicología asociacionista es una psicología práctica, que intenta explicar las cosas de una manera sencilla y demostrable, de aquí surge el término de empirismo.

Emmanuel Kant un autor muy preocupado por el pensamiento humano y por cómo conocemos la realidad (su obra más famosa "La crítica de la razón pura" apareció en 1781). Sostuvo que existe un conocimiento a priori sobre la realidad de las cosas y luego nuestra mente añade su propio orden a las sensaciones (conocimiento a posteriori), no tenemos una mente pasiva. Dijo además, que debe establecerse una distinción entre un fenómeno y un nómeno. El primero se refiere a una idea o percepción, es la manera en que las cosas se nos aparecen en la mente. El nómeno, por el contrario, se refiere a la "cosa-en-sí", la existencia efectiva de un objeto. Esta diferenciación nos sugiere que nunca podemos

conocer la realidad directamente, que somos prisioneros de nuestros órganos sensoriales y de las percepciones de nuestra mente (Leahey, 1993).

Los discípulos de Kant son los *psicólogos de la conciencia*: según William Hamilton (1636-1704), la psicología debe investigar los fenómenos de la conciencia por la observación externa y la estadística. Johan Herbert (1776-1841), hace una importante aportación diciendo que "lo que tenemos en la conciencia varía continuamente". No podemos retener ni un pensamiento, ni un estado de ánimo, no hay nada que permanezca. Todo lo que hay en la conciencia fluye en el tiempo, no en el espacio, y no podemos hacer ciencia de algo que varía constantemente, que no tiene estabilidad.

En este momento histórico aparecen también una serie de autores escoceses como Thomas Reid (1710-1796), que se plantea la pregunta de cómo puedo estar seguro de que lo que veo y siento es real, no una alucinación. La respuesta que da a esta pregunta es que lo reconocemos gracias al sentido común. A esta escuela se la llama la Escuela del Sentido Común. Por otro lado, Dougald Stewart (1753-1828) destaca la importancia de la atención como algo mental. Cuando hay varios sonidos, personas, objetos, centramos nuestra atención en una cosa, que es la figura y el resto para nosotros será el fondo, lo que queda en un segundo plano, que constantemente va variando. La atención es algo que varía y con ella nuestra percepción y motivación. Finalmente, Destutt de Tracy (1754-1836) hace la aportación de la intuición dentro de nuestro pensamiento, que es una especie de sexto sentido; la persona sabe algo, pero no puede decir por qué lo sabe o en qué se basa este conocimiento (Sánchez-Barranco, 1996; Leahey, 1993).

El Positivismo es una corriente que cree que todas las ciencias, incluida la psicología, deben mostrar sus descubrimientos con fórmulas matemáticas, todo debe ser expresado en números para poder medirse y comprobar.

El fisiólogo Müller (1801-1858) es conocido por escribir un libro considerado esencial para los estudiantes de medicina: "Tratado General de Fisiología", en el que dice que no hay más psicólogo que el fisiólogo. Según él, nuestras sensaciones vienen por los sentidos y los nervios que transmiten los estímulos

captados por nuestro cuerpo. Ante estímulos iguales, las sensaciones son distintas porque los sentidos lo son (Sánchez-Barranco, 1996).

Ernst Weber dedujo que si dividimos el incremento necesario para captar una magnitud por esa misma magnitud, nos sale una cantidad constante que llamó K de Weber. Gustav Fechner siguió los estudios de Weber y dedujo que para calcular el incremento de una sensación, se debe multiplicar una constante de proporcionalidad por el incremento de la magnitud y dividirlo por esa misma magnitud. Pero lo que en un principio se creía que era muy importante, luego se vio que no lo era y estas fórmulas quedaron en desuso.

Durante el s.XIX se produce una gran transformación en Europa con la revolución industrial y la creación de las primeras fábricas, además de la importante migración de la gente del campo a las ciudades. Paralelamente surge la Psicología Descriptiva que se basa en la descripción de fenómenos. Uno de sus principales representantes fue el psicólogo inglés John Stuar Mill (1862-1873), un gran economista. Quiso entender la mente y la analizó desde el empirismo y el asociacionismo. Dijo que en la mente se encuentra la experiencia formada por sentimientos y de ahí pasamos a las vivencias, a lo que experimentamos. Hace una psicología Descriptiva como una descripción de los sentimientos (Sánchez-Barranco, 1996).

El evolucionismo empieza a mitad del siglo XIX y afecta a ciencias como la medicina y la biología. A partir de este momento la psicología será evolucionista. El hombre es una pieza más del mundo, un elemento más, no es el centro de todo.

El funcionalismo, que define el comportamiento o conducta como adaptación al medio; señala que, un animal que no se adapta al medio, desaparece. Los que mejor se adaptan son los más fuertes. También surge la Psicología Comparada o psicología animal que dice que no hay grandes diferencias entre el comportamiento humano y el animal. Y finalmente nos encontramos con la Psicología Diferencial en que lo importante es la adaptación, cada persona se adapta de forma distinta, según sus características, ante la misma circunstancia,

por tanto nos dice que si nos adaptamos de forma distinta, es porque somos distintos.

Pero la verdadera aportación de esos tiempos fue la de Charles Darwin (1809-1882), hizo un viaje alrededor del mundo que duró unos cuatro años recogiendo información de especies animales y vegetales. Cuando llegó a las islas Galápagos encontró especies que solamente existían allí, debido a un entorno determinado que las hizo evolucionar de forma diferente. Por tanto, en condiciones y circunstancias distintas, seríamos diferentes y siempre producto de la evolución. Para Darwin el hombre viene de una especie menos evolucionada, del primate, que gracias a un pequeño cambio cromosómico nos hemos diferenciado. Todos estos conocimientos quedan reflejados en su obra *La selección de las especies*.

Francis Galton (1822-1911) después de leer la obra de Darwin, decidió aplicar estos conocimientos a la psicología, concretamente al estudio de la inteligencia. Fue el primero en utilizar la estadística en sus observaciones. Mide la inteligencia de muchas personas en Europa y hace la media aplicando la Campana de Gauss, la mayoría de personas están en el centro y alrededores, pero unos pocos están muy por debajo o por encima de la media. Para Galton el factor más importante de la inteligencia es el genético, mucho más que el ambiental (Leahey, 1993).

1.3 La psicología como ciencia

Después de un largo pasado intentando estudiar la mente, alma, psique, comportamiento, del hombre a través de diferentes teorías y métodos (tan variados como sus objetos de estudio) aparece lo que se denomina *psicología científica* con la fundación del primer laboratorio de psicología en 1879, creado por Wilhem Wundt (1832-1920), un profesor de medicina y fisiología humana de la Universidad alemana de Leipzig, el famoso laboratorio de psicología no consistía más que en un cuarto en el edificio *Konvikt*, donde impartió por primera vez el curso de psicología fisiológica donde presentaba demostraciones y experimentos durante sus conferencias, como se dificultaba cargar el equipo al área de almacenaje los alumnos acudían a las demostraciones al edificio *Konvikt*,

surgiendo así el laboratorio. (Hothersall, 1997 p. 123). A Wundt le interesaba conocer tanto los problemas fisiológicos como los filosóficos que forman la base de la psicología. Fue el fundador del Estructuralismo. En este laboratorio estudia las sensaciones a un nivel muy elemental, como el calor y el frío. Escribió el libro "Fundamentos de la Psicología Fisiológica" Para Wundt hay dos aspectos esenciales en el comportamiento: lo objetivo (lo que vemos y sentimos) y lo subjetivo (cómo captamos aquello que estamos percibiendo).

Con esta nueva psicología experimental se describe por primera vez el tiempo de reacción, que es lo que tarda el organismo en reaccionar a un estímulo determinado. También se descubren las primeras localizaciones cerebrales, base somática de la conducta y surge la idea de enfermedades mentales como enfermedades del cerebro, algo fisiológico. Wundt era un individuo con vastos intereses intelectuales, entre 1900 y 1920 publicó una obra de diez volúmenes titulada Psicología de los pueblos, en la que examinaba el desarrollo psicológico de la humanidad.

Los primeros estudios sobre la memoria parten de Hermann Ebbinghaus (1850-1909). Su obra principal "Sobre la memoria" es donde quedan reflejados sus estudios de medición de la capacidad para memorizar bajo un método rigurosamente experimental. Primero trabajó con la memorización de sílabas sin sentido, para que el significado de las palabras no pudiera ser de ayuda y luego pasó a sílabas con sentido, y concluyó que la memoria era igual prácticamente en un caso como en el otro. También dijo que para aprender algo nuevo debemos olvidar algo viejo, esto comportó y comporta el cuestionamiento de los exámenes, ya que se olvidan rápidamente cuando hemos de prepararnos el siguiente. Al principio olvidamos con enorme rapidez y luego lo hacemos más lentamente, pero nunca llegamos a olvidar todo por completo, siempre queda un poco en la memoria. Cuando intentamos recordar algo muchas veces estos recuerdos se deforman, y esto es porque tendemos a simplificar y regularizar lo recordado, porque establecemos relaciones lógicas entre recuerdos inconexos y porque intervienen factores afectivos de cada uno (Boring, 1999).

El creador de los primeros estudios sobre la inteligencia fue Alfred Binet (1857-1910), ya que a finales del s. XIX el Gobierno francés obligó a todos los niños a escolarizarse, y fue Binet fue el encargado de confeccionar pruebas para saber qué niños tenían retrasos. Estas pruebas las utilizaron en escolares de entre 3 y 15 años y las llamó Pruebas de Inteligencia. Utilizó un criterio estadístico para medir la inteligencia y le llamó Cociente de Inteligencia (CI), que se calcula dividiendo la edad mental entre la edad cronológica y multiplicando por cien. En 1916 estas pruebas se tradujeron al inglés y pasó a llamarse Test de Stanford (porque se tradujo en esta Universidad) o Test de Stanford-Binet (Cullari, 2001 y Phares y Trull, 1999).

1.4 Psicología clínica

García (2008) menciona que:

“la psicología clínica... pertenece a la ciencia de la psicología, siendo una de sus especializaciones... pretende aplicar principios, técnicas y conocimientos validados empíricamente, para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir las anomalías o trastornos mentales... se debe señalar que la clínica es el campo de estudio y aplicación del conocimiento de la psicología al tratamiento de trastornos mentales [sic]. No se reduce a ninguna corriente, llámese psicoanalítica, cognitivo-conductual, humanista, sistémica, analítico-existencial o gestáltica.”(p.14)

Rodríguez (2002) por su parte señal que “la psicología surgió como profesión antes de que se consolidara como una ciencia psicológica” (p. 3), lo anterior ocurrió como respuesta a las demandas sociales dependiendo de la época y el lugar, por ejemplo: trastornos del comportamiento, educación, medición de aptitudes.

Considerando lo anterior, podemos decir que la psicología clínica, tiene un origen relativamente reciente y su desarrollo está lleno de conflictos y de inquietudes sobre su identidad, no adquiriendo un verdadero protagonismo hasta después de la Segunda Guerra Mundial. Pero los acontecimientos de las últimas décadas, considerados como el origen oficial de la psicología clínica, no han surgido

espontáneamente, por lo que es conveniente abordar, brevemente, algunos aspectos históricos que ayuden a comprender mejor que factores han determinado los cambios de percepción de la conducta anormal o enfermedad mental, así como los distintos remedios que a lo largo de la historia se han ido aplicando en cada caso.

Desde las sociedades primitivas se apreciaba el comportamiento disonante humano, (trastornos mentales) eran atribuidos los atribuían a la influencia de poderes demoníacos o sobrenaturales. Una amplia gama de causas no naturales, desde la pérdida del alma, al pecado por la infracción de tabúes, la introducción en el cuerpo de sustancias u objetos dañinos, así como los efectos nocivos de la brujería y los poderes de la magia negra, produciendo este tipo de afecciones. El agente terapéutico de aquellas épocas era el chamán, mago o hechicero, el cual una vez determinada la causa, aplicaba el remedio más adecuado. Si era la pérdida del alma o de una sustancia vital, el chamán lo invocaba para que regresará y la introdujera en el paciente (Cullari, 2001).

Cuando las sociedades se hacen más complejas, como ocurre con las civilizaciones antiguas, las alteraciones del comportamiento son percibidas desde una perspectiva religiosa y se sigue atribuyendo a su etiología a poderes sobrenaturales, pero la situación es más compleja porque existen ya ciertos conocimientos sobre dichas alteraciones (Buendía, 1999).

En Grecia, por la disposición hacia un conocimiento racional, se fue modificando notablemente la visión del comportamiento “anormal” configurándose como un verdadero saber técnico a partir de la observación metódica. Por su parte los filósofos tratan de aportar también alguna claridad sobre los “desórdenes mentales” y sobre sus posibles formas de tratamiento. Autores como Platón, Aristóteles, Hipócrates, aluden a la “manía, la melancolía, la demencia y la imbecilidad” como algunos de estos desordenes. Sin embargo el pensamiento de Platón es paradójico y complejo, puesto que por un lado considera a la locura como algo deshonesto y por otro, atribuye a la influencia de la divinidad. En este sentido Platón distingue dos clases de locura: una en que es consecuencia de

distintas enfermedades y otra que es el resultado de una ruptura divina de las normas del comportamiento social. (Cullari, 2001; Phares y Trull, 1999).

Con la llegada de la edad media se vuelve a creencias como las de las sociedades primitivas, pues se habla de “demonios” como culpables de todos los comportamientos considerados como anormales. Se buscan curaciones de carácter sobrenatural mediante la aplicación de reliquias sagradas, exorcismos, oraciones, etc. Estas creencias atemorizaban a la gente e influían en su comportamiento. Es en el renacimiento, en Europa, donde tiene lugar la secularización de la locura y se consideran peligrosas a las personas denominadas como locos. Aunque permanecían algunas ideas de las causas de tales trastornos como sus orígenes sobrenaturales (ya sean divinos o demoníacos) se comenzó a avanzar poco a poco en la descripción, diferenciación y conocimiento de lo que se entendía como trastornos psíquicos (Buendía, 1999; Cullari, 2001). Claro es que en Asia, África y América (antes de la colonización europea) la influencia judeo-cristiana no es la que predomina y por lo tanto la cultura de cada región son las que hacen atribuciones tanto místicas como divinas a las conductas consideradas anormales, por ejemplo los aztecas hacían sacrificios humanos para ofrecer la sangre al sol y de esta manera el hombre correspondía a la vida que le daba el sol. (Iturriaga, 2007)

Los primeros hospitales, aunque controlados por religiosos, comenzaron a ser una alternativa para la atención de las personas que, ahora se decía, padecían de locura. Y en los siglos XVII y XVIII los hospitales fungieron como centros de reclusión y aislamiento social de los locos¹, su atención se limitaba en la mayoría de los casos a una repugnante alimentación y cobijo, pasando la mayor parte del tiempo encadenados y azotados por sus cuidadores, situaciones que no eran muy diferentes si eran cuidados por su familia. Por otra parte, el conocimiento del comportamiento disonante se adjudicó a condiciones biológicas como la enfermedad, las malformaciones o la herencia.

¹ Es preciso señalar que los términos *locura*, *locos*, *trastornos* o *enfermedades mentales*, no se utilizan actualmente, pues además de ser considerados denigrantes, no hacen alusión correcta a lo que en psicología se conoce como *dificultades* o *problemas* en la conducta.

Durante el siglo XIX la función de los profesionales en salud, quedaba sujeta a la reclusión de las personas que perturbaban el orden establecido; se cuidaban de seleccionar los pacientes agudos, de los crónicos o incurables, por lo que algunas universidades crean centros de investigación y clínicas universitarias.

Phillipe Pinel, un médico francés, asustado por la brutalidad con la que trataban en los hospitales mentales, del siglo XIX, (en realidad procedimientos médicos como la lobotomía (sección del lóbulo frontal del cerebro), inducción de coma, terapia electro-convulsivo y fármacos se convirtieron, hasta muy entrado el siglo XX, en las formas de tratar lo que empezó a llamarse enfermedad mental logró que se le nombrara director del manicomio de Bicetre y después del Salpêtrière. En Estados Unidos, también en el siglo XIX, Eli Todd trabajó con éxito en la realización de un retiro a Hartford para lo que él denominaba enfermos mentales, enfatizando el papel del cuidado civilizado del respeto y de la moralidad para los enfermos. Dorothea Dix, realizó campañas para obtener mejores instituciones para los “enfermos mentales y retrasados mentales”, las cuales culminaron en la construcción de un hospital en Nueva Jersey en 1848 (Phares y Trull, 1999).

El final del siglo XIX y todo el siglo XX vieron surgir en la forma de teorías psicológicas distintas maneras de intervención para el comportamiento disonante, ahora nombrado como enfermedad mental o comportamiento anormal según la referencia teórica de la que se partiera.

Lightner Witmer, (quien había estudiado con Wundt en su laboratorio de Leipzig) en 1896, con la fundación de la primera clínica psicológica hizo posible el nacimiento formal de la psicología clínica. Witmer también impartía docencia de esta materia en la Universidad de Pennsylvania y funda en 1907 la revista titulada *The Psychological Clinical*. Este crecimiento de psicólogos clínicos llevó en 1917 a una separación de la *American Psychological Association* (APA), creando la *American Association of Clinical Psychologists*. Sin embargo, en 1919 esta nueva asociación se reincorporó a la APA, como Sección clínica. Así pues, la psicología clínica crea sus propias instituciones (revistas, asociaciones) dentro del marco de

la psicología académica y científica representada principalmente por la Universidad y la APA (Cullari, 2001; Phares y Trull, 1999).

Como señala Buendía (1999) debemos remontarnos a antecedentes históricos y sociales que influyeron decisivamente en las características iniciales de la psicología clínica, y que podemos sintetizar en tres grupos:

- 1) La forma en que se han utilizado los métodos científicos en la psicología,
- 2) La forma en que se ha desarrollado el interés por las diferencias individuales de los seres humanos y
- 3) La forma en que se han visto los problemas de la conducta y la actitud que se ha tenido ante ellos a través de los años.

Considerando lo anterior, encontramos que las intervenciones clínicas se fundamentaron principalmente en tres teorías: psicoanálisis, conductual y cognitiva.

1.5 Psicoanálisis

Sigmund Freud es el teórico psicoanalista más conocido e influyente, y es probable que tal vez ningún otro sistema teórico y terapéutico este ligado a la vida y obra de su descubridor como el psicoanálisis a Freud (Oblitas, 2008).

El psicoanálisis es considerado como el primer sistema estructurado de psicoterapia, tal como ésta se entiende actualmente, y a pesar de que ha tenido un gran impacto en el ámbito de los tratamientos psicoterapéuticos, ha recibido numerosas críticas (Martorell, 1996).

Freud (1926 citado en Oblitas, 2008) señala que el psicoanálisis es: “1) un método para el tratamiento de las neurosis, y 2) la ciencia de los de los procesos anímicos inconscientes...” (p. 72)

Considerando lo anterior, Oblitas (2008) señala que el término psicoanálisis se aplica a tres cosas diferentes:

- 1) Método de investigación, mediante el cual las regiones más íntimas del espíritu pueden ser puestas en evidencia y estudiadas
- 2) Teoría que se elabora con los resultados de ese análisis
- 3) Técnica de aplicación, cuya finalidad es aplicar el método analítico al tratamiento de los desequilibrios del espíritu.

El psicoanálisis posee un doble carácter epistemológico: por un lado, conceptos mecanicistas (positivistas) como disección de la mente, fisiología de la mente, etc. y por otro lado declaraciones tales como las regiones más íntimas y ocultas del espíritu pueden ser puestas en evidencia y estudiadas, que remiten a un modelo interpretativo (Oblitas, 2008).

Freud se inspiró en la física de su época para acuñar el término psicodinámica, que se refiere al estudio de la energía psíquica y la manera en que se transforma y expresa en conducta. A pesar de que algunos teóricos psicodinámicos discrepan acerca de la naturaleza exacta de esa energía psíquica y la manera en que afecta a la conducta, es necesario recalcar que todas las versiones de la teoría psicodinámica consideran que la conducta es producto de fuerzas psicológicas que operan dentro del individuo, a menudo fuera de la conciencia, es decir, utiliza las motivaciones y conflictos inconscientes en la búsqueda de las bases de la conducta (Morris y Maisto, 2005; Cullari, 2001 y Phares y Trull, 1999).

Sigmund Freud discutía el tema de la histeria, que pocos años antes discutido con Breuer en el caso de Ana O y le había causado tanto interés que ya en su práctica clínica, Freud pedía a sus pacientes histéricos que recordaran el inicio de sus síntomas y todo aquello que llegara a sus mentes, a este procedimiento lo nombro primero como el *método Breuer* y finalmente como *psicoanálisis*; teniendo como condición necesaria para poder aprenderlo el autoanalizarse (Morris y Maisto, 2005).

1.5.1 Algunos conceptos psicoanalíticos

Los primeros trabajos de Freud, surgieron de la experimentación con la hipnosis como tratamiento para la histeria, iniciado por algunas figuras, como Jean Charcot

e Hippolyte Bernheim, y de algunos exploradores terapéuticos de ese tiempo, que incluían en especial a Pierre Janet. Sin duda alguna, estos personajes fueron de gran utilidad para impulsar sus teorías iniciales acerca del inconsciente, la conversación como cura, la catarsis, la transferencia y la ansiedad moral (Cullari, 2001 y Phares y Trull, 2003).

Sin embargo, tal y como lo menciona Cullari (2001), las ideas originales de Freud, las cuales comprendían sus teorías sobre el inconsciente, la sexualidad infantil y la transferencia, junto con sus métodos innovadores de libre asociación y de interpretación, hicieron del psicoanálisis freudiano el sistema de psicoterapia dominante durante los inicios del siglo XX.

El aparato psíquico

Uno de los principales supuestos de la teoría freudiana, el determinismo psíquico, sostiene que todo lo que hacemos tiene significado y propósito y se dirige a una meta. Para Freud, la actividad mental tiene lugar según dos modalidades: consciente e inconsciente. A este respecto, identificó a los instintos sexuales y agresivos como las principales pulsiones inconscientes que determinan la conducta humana.

Freud estructuró el aparato psíquico en el yo, el ello y el superyó. El yo, opera por el principio de la realidad, y controla todas las actividades de razonamiento y pensamiento consciente. El ello, está formado por los por instintos e impulsos biológicos, es de autoservicio irracional, impulsivo y completamente inconsciente, y opera con el principio del placer. La última instancia, el superyó es la parte de las demandas morales, es decir, nuestra conciencia normativa (Morris y Maisto, 2005).

Defensas del yo

Cuando el yo es incapaz de controlar los impulsos del ello de forma que sea aceptable para el superyó, experimenta ansiedad y recurre a los mecanismos de defensa para reducir la incomodidad causada por la ansiedad. De acuerdo con Phares y Trull (1999), estos mecanismos se consideran patológicos porque desvían la energía psíquica de actividades más constructivas, y al mismo tiempo,

distorsionan la realidad; operan de forma activa e involuntaria sin que la persona tenga conciencia de ellos. Entre estos se encuentran: la negación, la represión, la proyección, la regresión, la formación reactiva y la sublimación.

Las etapas psicosexuales

Al igual que algunos otros teóricos Freud, consideró que la infancia tenía una gran relevancia en la determinación del carácter y personalidad del individuo. De acuerdo con Coon (2001), Freud consideraba que el desarrollo psicosexual se daba en diversas etapas u organizaciones libidinales, en las cuales el fin común siempre era la consecución de placer: oral, anal, fálica y genital, y un periodo de latencia. En cada etapa, una parte del cuerpo se vuelve la zona erógena dominante, y el exceso o falta de gratificación pueden producir trastornos en la vida adulta.

1.6 Psicología cognitiva

La psicología cognitiva surge como alternativa a la concepción conductista de la mente como caja negra inaccesible. Su inicio coincide con la aparición y desarrollo de los ordenadores. El funcionamiento de estas máquinas sirve como metáfora al investigador para explorar el funcionamiento de los procesos cognitivos internos.

La psicología cognitiva, no se originó en la década de los años sesenta, sino mucho antes como disciplina de la psicología experimental y de la psicología evolutiva. Se considera que la teoría cognitiva empieza a gestarse a finales del siglo XIX e inicios del XX cuando se empieza a realizar las primeras evaluaciones mentales: Francis Galton con la primera batería para medir el intelecto, James Cattell con el estudio de las diferencias individuales, creando el término de pruebas mentales, Alfred Binet elaboró la primera prueba de inteligencia utilizada en centros escolares de París, acuñando el concepto de nivel mental que más tarde se convertiría en edad mental y luego con Lewis y Terman en coeficiente de inteligencia (Mahoney, 1995; Vargas 2006a, 2006c).

Ruiz y Cano (1992), señalan que según la tradición experimentalista destaca, el inglés Bartlett quien en su obra *Recordando* de 1932, desarrolla una explicación constructivista de la memoria, concepción que se anticipó casi cuarenta años a las

teorías de los esquemas cognitivos actuales. Sus investigaciones le llevaron a que rechazara el concepto de memoria como *depósito* y subrayara el concepto de memoria como construcción. La construcción implicaba que la memoria utiliza esquemas para observar y clasificar la información, por lo tanto como un proceso activo de reinterpretación. La sucesiva reorganización de la experiencia en esquemas permite el desarrollo de la memoria y los eventos recordados que son reconstruidos de manera diferente en función de la ampliación de los esquemas.

Por su parte, en la tradición de la psicología evolutiva Piaget dedicó prácticamente toda su obra al estudio del desarrollo cognitivo, sobretudo del pensamiento y la inteligencia. Para Piaget el individuo va organizando su experiencia y conocimiento en esquemas cognitivos que a través de dos procesos fundamentales (asimilación y acomodación) se va modificando. El proceso de desarrollo se inicia a partir de esquemas *sensomotrices* donde el conocimiento está ligado a la acción directa, y termina en los esquemas de las *operaciones formales* donde se han logrado niveles de abstracción más desligados de la experiencia inmediata (Ruíz y Cano, 1992).

En los años sesenta, gracias al influjo de la teoría de la información, la teoría de la comunicación, la teoría general de sistemas y sobretudo el desarrollo de los ordenadores, la psicología en general se hace cognitiva (habría que decir con más exactitud *se reconstruye como cognitiva*, si tenemos en cuenta los antecedentes anteriormente expuestos). Se concibe al ser humano no como un mero reactor a los estímulos ambientales, sino como un constructor activo de su experiencia, un procesador activo de la información (Neisser, 1976).

El nuevo modelo teórico cognitivo resultante es el Procesamiento de información. Las características generales de este modelo son (Mahoney, 1974).

1. La conducta humana está mediada por el procesamiento de información del sistema cognitivo humano.

2. Se distingue entre procesos (operaciones mentales implicadas en el funcionamiento cognitivo) y estructuras (características permanentes del sistema cognitivo).
3. Se proponen cuatro categorías generales de procesos cognitivos: atención (selectividad asimilativa de los estímulos), codificación (representación simbólica de la información), almacenamiento (retención de la información y recuperación (utilización de la información almacenada).
4. Se destacan tres estructuras cognitivas: Receptor sensorial (recibe la información interna y externa), una memoria a corto plazo (que ofrece una retención a corto plazo de la información seleccionada) y una memoria a largo plazo (que ofrece una retención permanente de la información).

En resumen la persona no es un reactor al ambiente (conductismo) o a fuerzas organísmicas biológicas (modelo psico-dinámico), sino un constructor activo de su experiencia, con carácter intencional o propositivo.

Es preciso puntualizar que la psicología cognitiva estudia los problemas relacionados con seis estructuras y procesos (Duarte, González et al. 1988):

1. Atención: cómo se capta y selecciona la información.
2. Percepción: cómo los datos sensoriales se transforman en experiencias perceptivas.
3. Memoria: como se almacena y se recupera la información.
4. Pensamiento: cómo razonó para procesar la información.
5. Lenguaje: cómo se comprendió la información a partir de la organización lingüística de la misma.
6. Aprendizaje: cómo se adquieren conceptos, competencias y habilidades cognitivas.

1.7 La psicología conductual

Como parte de la búsqueda de la autonomía de la psicología como ciencia, el conductismo (estudio de la conducta) se considera un punto clave en la historia de

la psicología. Tenemos así a Pavlov, Watson y Skinner como sus principales exponentes.

Ivan Petrovich Pavlov (1849-1936), un fisiólogo ruso, trabajó de forma experimental y controlada con perros, a los que incomunicaba del exterior en el laboratorio que se pasó a llamar *las torres del silencio*. Sus estudios lo llevaron a interesarse por lo que denominó secreciones psíquicas, o sea, las producidas por las glándulas salivales sin la estimulación directa del alimento en la boca. Pavlov notó que cuando en la situación experimental un perro escuchaba las pisadas de la persona que habitualmente venía a alimentarlo, salivaba antes de que se le ofreciera efectivamente la comida; no obstante, si las pisadas eran de un desconocido, el perro no salivaba. Estas observaciones le inspiraron para llevar a cabo numerosos estudios que fueron la base del *Condicionamiento Clásico* (Sánchez-Barranco, 1996).

Considerado el creador del conductismo, John Broadus Watson (1878-1958), durante toda su vida fue enemigo de las ideas imprecisas y de las investigaciones descuidadas. Según él, para salir de los oscuros y tenebrosos senderos de la filosofía especulativa y de la psicología subjetiva debía seguirse el camino del conductismo, escuela de psicología para la cual el concepto de conciencia no era útil ni necesario en la *descripción, explicación, predicción y control de la conducta*. Para Watson (1913 en Ribes y Burgos, 2006) "La psicología, como el conductista la ve, es un área de la ciencia natural que necesita a la introspección tan poco como a la química o a la física. Se da por sentado que la conducta de los animales puede ser investigada sin apelar a la conciencia" (p. 291).

Watson propuso para la psicología un ambicioso programa de investigación, que hacía hincapié en la recolección de datos mediante experimentos bien diseñados. Entendía que la finalidad de esta ciencia era poder predecir la respuesta de un organismo frente a un estímulo determinado. A esto se lo llama a veces la "psicología del estímulo-respuesta" (Psicología E-R). Esta psicología presta escasa atención a los pensamientos y sentimientos. El prestigio de que gozó Watson dio un notorio impulso al estudio del aprendizaje, convirtiéndolo en una de

las esferas principales de la psicología contemporánea. Fue elegido presidente de la Asociación Psicológica Norteamericana en 1915.

Otra figura muy importante del conductismo fue Burrhus Frederic Skinner, nacido en 1904. Estudió en Hamilton College el comportamiento animal. Señaló que la psicología es una rama experimental de la ciencia natural, donde es posible controlar y predecir la conducta si se hace bajo una observación directa y en condiciones experimentales de estímulo-respuesta (Sánchez-Barranco, 1996).

Pionero en el análisis experimental de la conducta humana, y gracias a la suma de los estudios de Pavlov y Watson, en conjunto con los propios, Skinner habló del Condicionamiento Operante, es decir, la forma en que el organismo afecta al ambiente; parte fundamental del Conductismo.

En sus teorías formales no aplica en absoluto las concepciones del sentido común, según las cuales todo ser humano es consciente y autónomo. Dice que la conducta es conformada por sus propias consecuencias (Sánchez-Barranco, 1996).

Los psicólogos conductuales entendieron que los hallazgos experimentales pudieran emplearse para resolver los problemas de las personas, por este motivo las propuestas teóricas, experimentales y aplicadas de Pavlov, Watson y Skinner dieron pauta para el desarrollo del conductismo en su forma clínica.

Esta corriente aparece a finales de la década de 1950 basándose en la conducta observable y el aprendizaje. La participación del conductismo en el ámbito clínico se le ha denominado de distintas maneras: modificación de la conducta, terapias conductuales y análisis conductual aplicado. El progreso paradigmático del conductismo fue permitiendo cada vez explicaciones de incidir en el comportamiento del aprendizaje y por lo mismo distintas maneras de incidir en el comportamiento anormal, desviado o desadaptativo. Las intervenciones conductuales progresivamente se fueron apoyando en el condicionamiento clásico E-R de Pavlov, el condicionamiento operante de Skinner R-E, la triple relación de contingencia E-R-C y el modelo comportamental de aprendizaje E-O-R-K-C de Kamfer y Phillips. Las técnicas empeladas por los psicólogos conductuales son:

relajación, desensibilización sistemática, terapia de exposición, ensayo conductual, entrenamiento asertivo, procedimientos de modelamiento, manejo de contingencias, autocontrol, procedimientos de extinción y control asertivo, resaltando que dadas las características de estas técnicas no son puramente conductistas: la extrapolación directa de los hallazgos conductuales experimentales al terreno aplicado clínico no fue posible (Cullari 2001; Martorell 2006).

El conductismo actual ha influido en la psicología de tres maneras:

1. Reemplazando la concepción mecánica de la relación estímulo–respuesta por otra más funcional que hace hincapié en el significado de las condiciones estímulares para el individuo
2. Introduciendo el empleo del método experimental para el estudio de los casos individuales.
3. Ha demostrado que los conceptos y los principios conductistas son útiles para ayudar a resolver problemas prácticos en diversas áreas de la psicología aplicada.

El conductismo hizo grandes aportes al desarrollo científico de la psicología en diferentes; sin embargo, los avances en su evolución y sus aportaciones no han hecho del conductismo una ciencia del comportamiento lo suficientemente efectiva como para mantenerse vigente o, más aún, para garantizar un análisis meramente científico de los fenómenos psicológicos y es por ello que se le tacha de ser reduccionista, dejar pasar muchos de los fenómenos que se encuentran dentro del campo de estudio de la psicología y por deshumanizar a las personas en su afán de conseguir objetividad rigurosa (Skinner, 1987).

CAPÍTULO 2 PSICOLOGÍA INTERCONDUCTUAL Y PSICOLOGÍA CLÍNICA

2.1 Precursores de la teoría interconductual

Kantor en su obra *Psicología interconductual* (1980) menciona que la psicología, al igual que otras ciencias, se desarrolla a través de la autocorrección constante, progresando de dos formas:

- Mediante el descubrimiento de eventos desconocidos, con la invariable ampliación de los horizontes de investigación,
- A través de la revaloración de los eventos basados en nuevo criterios.

Es importante mencionar que quizá por “la extensión limitada del intercomportamiento de los organismos con los objetos estímulo (tal vez) son pocos los nuevo tipos de eventos psicológicos que faltan por descubrirse” (Kantor, 1980. p.16); sin embargo, debemos considerar también que, así como el comportamiento de cada individuo es distinto, el intercomportamiento con los otros objetos estímulo, que en muchos casos son individuos también; resulta ser muy variado.

La disciplina de la psicología interconductual evoluciona, como es lógico, de teorías anteriores, que resultaron en cierta medida incompletas para describir los eventos psicológicos, dichas teorías son analizadas por Kantor (1980) en cuanto a su esencia operacional y a las incrustaciones especulativas culturales. Las teorías mencionadas por el autor son:

- La psicofisiología tradicional, para la que los procesos mentales y psíquicos son mediados por los procesos psicológicos. Esta teoría posee cierta noción de que la psicología es el estudio de procesos fisiológicos del organismo, cuando el individuo experimenta sensaciones.
- Psicología conductista, ésta señala que los estados psíquicos no existen o bien, pueden pasarse por alto. Pretende desarrollar una teoría fisiológica de la actividad psicológica. Menciona que el intercomportamiento complejo es

análogo a la actividad de ciertos tejidos u órganos; sin embargo destaca el aprendizaje y la ejecución de habilidades motoras más que la discriminación.

- Conductología, en esta teoría se hace énfasis en los ajustes del ambiente; impone datos psicológicos que se han derivado del conocimiento animal.

Se debe considerar que en el interconductismo hay un énfasis teórico en la multideterminación interdependiente de los componentes de una interacción compleja, y en su devenir histórico interactivo como factor determinante de las actuales multideterminaciones. Esto se relaciona con el énfasis en una concepción psicológica de campo como sistema de relaciones.

Lo anterior resulta de la evolución científica que, como menciona Kantor (1980) pasa por tres etapas, que en la psicología se ven reflejadas de la siguiente forma:

- Sustancia- propiedad: en esta se consideran los instintos o pulsiones como entidades extra espaciales imponderables, que conforman las cualidades de las sensaciones de la actividad mental tradicional.
- Correlación estadística: en esta fase el papel principal lo tienen las fórmulas estadísticas que, se supone, muestran la relación entre lo mental y la magnitud del estímulo.
- Campo integrado: está “relacionado con la interacción de un individuo con objetos estímulo, bajo condiciones definidas y en base a contactos previos con los objetos estimulantes” (Kantor, 1980; p. 27).

2.2 Fundamentos de la psicología interconductual

La psicología interconductual y el conductismo radical skinneriano comparten varios supuestos, entre los que destaca el plantear una óptica no mediacional de estudio del comportamiento. Es decir, se considera que la relación entre el organismo y el ambiente en sí misma, es susceptible de estudio y sus determinantes no deben buscarse en eventos de otro orden ni en constructos hipotéticos. Skinner en su libro *Ciencia y conducta humana* (1969) identifica algunas causas populares del comportamiento, entre las cuales se encuentran

eventos relacionados con los astros, la contextura física, causas genéticas, causas psíquicas, causas nerviosas, entre otras. Estas causas populares están dadas por los eventos que de una u otra manera están relacionadas con el comportamiento humano. Algunas de estas explicaciones son válidas para poder explicar el comportamiento de los individuos, pero no se pueden limitar simplemente a esto, es necesario recurrir a eventos externos del organismo para poder dar una explicación más adecuada del comportamiento y poder dar cuenta de todos los fenómenos relacionados con el comportamiento de los organismos. Cuando se utiliza un concepto de causa, lo que se hace es tratar de alguna forma de darle una organización a los eventos que suceden en el medio ambiente y que esa organización depende directamente del marco conceptual en el cual la persona que da la explicación se está moviendo. Por ende, dar una explicación causal de un evento determinado debe estar en total acuerdo con marco conceptual específico y una teoría en particular. Si se sigue organizando los eventos en forma de cadena se impide una explicación en la cual un evento puede estar en relación con más de una respuesta del organismo y que una respuesta puede depender de más de una sola variable. La forma en la que un individuo entra en relación con su medio ambiente, pero este énfasis no niega la influencia de otros elementos en la producción de las respuestas entre los cuales pueden estar los genéticos, biológico, bioquímico, o neurológico (Marchal, 2007). Sin embargo, también se diferenciaron en aspectos como la concepción de conducta, el modelo de causalidad, entre otros. Por ejemplo, Kantor criticó que la conducta fuera considerada como variable dependiente. Planteó, al contrario, que la conducta (o interconducta) es siempre una interacción y no una respuesta o acción (Ribes en Mares y Guevara, 2001).

Desde el punto de vista de Ribes y López (1985), el objetivo de la teoría de la conducta es el de proporcionar una taxonomía funcional de la conducta que delimite y clasifique los diversos niveles funcionales de interacción como formas cualitativamente distintas de organización de la conducta; es decir, crear un lenguaje psicológico que supla a los términos mentalistas y vagos del lenguaje común o de otras disciplinas; es decir, la psicología interconductual deben

especificar las características de los diferentes niveles en que pudiera presentarse la interacción. Para hacer posible la taxonomía de la conducta, es necesario tener en cuenta los términos de morfología (propiedades orgánicas, fisicoquímicas y convencionales de la interacción), desligamiento funcional (diferenciación entre niveles de interacción) y competencias (clases morfológico-funcionales específicas de interacción), las cuales generan una comprensión mayor de las interacciones y sus diferentes niveles (Ribes y López, 1985).

La taxonomía funcional de la conducta se define como un sistema de clasificación conceptual alternativo a la teoría del condicionamiento, y tiene como propósitos (Ribes y López, 1985):

- a) Proporcionar una organización conceptual que elimine anomalías;
- b) Recuperar datos y problemas generados bajo tradiciones conceptuales no conductistas, en la medida en que han sido abandonados o abordados de manera deficiente;
- c) Redefinir los problemas empíricos de la teoría de la conducta, como cuestiones legítimas o como pseudoproblemas que se derivan de condiciones categoriales insuficientes y
- d) Ser un sistema heurístico de explicación tanto para fenómenos conocidos y particulares, como para eventos nuevos o estudiados bajo otros esquemas.

La taxonomía funcional de la conducta se fundamenta en dos premisas básicas (Ribes y López, 1985):

- a) La ubicación de las funciones estímulo-respuesta, como formas particulares de interacción, en un campo contingencial afectado por el contexto y la historias interconductual del organismo individual, y
- b) El reconocimiento de niveles jerarquizados de organización de la conducta, que representan formas cualitativas distintas de función estímulo-respuesta

La taxonomía funcional de la conducta se fundamenta en 19 tesis teóricas, referentes a aspectos ya descritos anteriormente por Kantor acerca del objeto de estudio de la psicología, su relación con lo biológico y lo social, así como su lugar en el continuo de la realidad y la investigación científica (Ribes y López, 1985; Vargas, 2006a; 2006b).

Las tesis metodológicas que sustentan a la taxonomía funcional de la conducta se refieren a aspectos tales como el modo de abordaje de lo psicológico y su relación con otros aspectos de la realidad por medio del análisis de su interdependencia y no como fenómenos lineales; el empleo de variables sólo a nivel explicativo y la alteración de un componente del campo como medio de cambio, entre otros (Ribes y López, 1985; Vargas 2006a).

Las tesis lógicas que sustentan a la taxonomía funcional de la conducta establecen que la teoría de lo psicológico comprende definiciones taxonómicas funcionales y operacionales, así como conceptos descriptivos cuantitativos, de proceso y metasistémicos (Ribes y López, 1985; Vargas 2006a).

Como producto final se obtiene una taxonomía de las funciones estímulo respuesta en función de la mediación entre los elementos del contexto y la función estímulo-respuesta; es decir, la complejidad de la función estará determinada por la medida en que los elementos contextuales y la función estímulo-respuesta se relacionen de manera directa o mediada por otros elementos. Así, la taxonomía funcional de la conducta abarca 4 niveles de mediación que son, en orden creciente de complejidad, la mediación contextual, suplementaria, selectora, sustitutiva referencial y sustitutiva no referencial (Ribes y López, 1985).

Entre las ventajas de la construcción de la taxonomía funcional de la conducta y de su empleo en modelos explicativos y de cambio conductual se encuentran

- a. la identificación de diferentes niveles de complejidad en las formas de interacción;

- b. la comprensión de dichos niveles de organización conductual en estados evolutivos terminales,
- c. existencia de criterios funcionales y paramétricos para identificar los factores ambientales y organísmicos implicados en cada nivel de interacción y
- d. la separación entre lo psicológico y lo biológico, reconociendo la importancia de este último en cada nivel de interacción (Ribes, Ibáñez y Hernández, 1986).

2.2.1 Conceptos/definiciones

Anteriormente se realizó una revisión del desarrollo de la psicología, hasta encontrarnos con la psicología como ciencia interconductual, que es como algunos autores mencionan, (Kantor, 1980; Ribes y López, 1985; Vargas, 2006^a; Varela, 2008) una teoría de campo integrado que:

“...tiene como objeto de estudio la conducta de los organismos en lo individual y como objetivo identificar las condiciones (...) de los factores que participan en la interacción, enunciando que: funcionalmente el campo de interacción está compuesto por la función estímulo-respuesta, los factores disposicionales y el medio de contacto; este campo es un sistema de contingencias organizado y estructurado en distintos niveles funcionales inclusivos-progresivos de mediación...” (Vargas, 2006b; pp. 58-59).

Con lo anterior podemos entender que la psicología no estudia sólo la conducta del organismo sino todas las situaciones que rodean tal conducta. Como señala Kantor (1980), la psicología interconductual abarca los resultados del aislamiento de aquellos factores y condiciones que han demostrado ser útiles en la investigación psicológica, propone estudiar los eventos psicológicos con la menor interferencia de tradiciones culturales, se proscriben los constructos que no poseen correspondencia con los eventos, como mente, cuerpo, ego, sensación. En esencia, un evento psicológico es un campo de factores que participan por igual y deben describirse analizándolos y encontrando cómo están relacionados.

Así, el campo configura un episodio integrado que se denomina "*segmento conductual*" (K), en el que se pueden distinguir las siguientes variables (Kantor, 1990):

$$K = (\text{es, o, f e-r, s, hi, ed, md})$$

Dónde:

- Objetos y eventos de estímulo (es)
- Variables orgánicas (o):
- Función de estímulo-respuesta (f: e-r)
- Factores situacionales (s)
- Historia interconductual (hi)
- Eventos disposicionales (ed)
- Medio de contacto (md)

En suma podemos señalar "...que el interconductismo, se presenta como un modelo para la investigación específica y se presenta como un sistema formulado que nos provee de la orientación básica en relación a un dominio científico especializado..." (Kantor, 1980)

Se pueden dilucidar los que se consideran como elementos de la interconducta, sin embargo, como considera Varela (2008, p.13) "...en ocasiones se han escuchado voces que objetan al interconductismo y la gran cantidad de neologismos y palabras 'rimbombantes' que emplea..." por lo que a continuación se describen brevemente dichos elementos, de modo que sean accesibles.

Resulta conveniente plasmar lo que Kantor (1980) en su *Psicología Interconductual* nos propone como sustento del interconductismo: "...el interconductismo, se presenta como un modelo para la investigación específica y se presenta como un sistema formulado que nos provee de la orientación básica en relación a un dominio científico especializado..." (p. 30), pero es de suma importancia mencionar que, dentro de este sistema existen elementos clave, para

el estudio de la interconducta, los cuales se enlistan a continuación (Ribes y López, 1985; Vargas, 2006b):

a) Función estímulo respuesta: ésta se da como un *todo inseparable* y son los estímulos y respuestas, de organismo, que interactúan en un sistema de relaciones y define formas cualitativas de interacción.

La función estímulo respuesta se encuentra subdividida de la siguiente forma:

- Límite de campo: que es la delimitación de la interacción de los eventos y objetos funcionales respecto al organismo en determinada interacción.
- Objetos y/o eventos estímulo: así se les llama a los cuerpos y/o acontecimientos con los que el organismo tiene contacto directo o indirecto.
- Estímulos: eventos proporcionales de la acción de los objetos/eventos en distintas modalidades y dimensiones energéticas.
- Organismo: unidad biológica que desarrolla actividad en un ambiente particular.
- Respuesta: sistema reactivo no determinado directamente por la configuración biológica del organismo.

Es importante recalcar que la función-estímulo y la función-respuesta son inseparables entre sí, pues constituyen el contacto funcional recíproco o interacción.

b) Factores disposicionales: son los eventos de dimensiones múltiples y eventos de naturaleza histórica que, aunque no se encuentran en contacto directo con la interacción, la probabilizan. Dichos factores pueden ser:

- Factores situacionales: variaciones del organismo o ambientales no configurados directamente con la interacción.

- Historia interconductual: segmentos previos de interacción, interdependiente de con las funciones-estímulo y funciones-respuesta; que se componen por la evolución del estímulo (variación que un estímulo particular ha tenido en el pasado, como elemento de la función estímulo-respuesta) y la biografía reactiva que designa las variaciones de respuesta pasada.

c) Medio de contacto: condiciones necesarias para que se realice la interacción, las circunstancias fisicoquímicas, ecológicas y normativas que posibilitan la interacción. Ribes (2001, en Mares y Guevara, 2001) menciona que: "...las características del medio no sólo posibilitan en términos cuantitativos un tipo de contacto como interrelación, sino que también regulan la cualidad de la interrelación posible..." (p.4).

Es importante, entender también, que el interconductismo, al ser una teoría de campo (según lo ha señalado Kantor, 1990) nos propone el estudio de los factores partícipes de él, es menester a partir de ello, el considerar al campo, como todo un sistema de cosas y condiciones que se dan en cualquier evento, considerado importantísimo su análisis a partir del estudio de la totalidad disponible del mismo. Para ello, es factible considerar que un evento es aquella interacción de estimulaciones y respuestas que ocurren en campos donde a su vez participan factores adicionales a éstos. Los eventos psicológicos, a su vez, presentan ciertas particularidades como lo son: la unicidad, numerosidad y sus características temporales, su indeterminación y sus características espaciales (Hayes, Ribes y López, 1994).

Cabe destacar que el análisis de la conducta se compone de la identificación y denominación de la interacción y la especificación de la función contextual, suplementaria, selectora, sustitutiva referencial o sustitutiva no referencial crítica de la interacción de interés (Vargas, 2008a). La teoría interconductual establece que la psicología tiene como objeto de estudio la conducta de los organismos en lo individual y como objetivo identificar las condiciones históricas, situacionales y paramétricas de los factores que participan en la interacción, señalando que

funcionalmente el campo de interacción está compuesto por la función estímulo respuesta, los factores disposicionales y el medio de contacto; este campo es un sistema de contingencias organizado y estructurado en distintos niveles funcionales inclusivos-progresivos de mediación: contextual, suplementario, selector, sustitutivo referencial, sustitutivo no referencial; la teoría interconductual también incluye la posibilidad de generar tecnologías (Ribes y López, 1995 citado en Vargas, 2006b).

- a) Mediación contextual: función más simple de estímulo-respuesta; en ésta la respuesta del organismo depende de la contingencia entre estímulos; es decir, que la respuesta del organismo depende de la presentación del estímulo apareado.
- b) Mediación suplementaria: función en que la respuesta del organismo estructura la contingencia, en ésta la presentación del estímulo depende de la respuesta del organismo.
- c) Mediación selectora: función donde un segmento media una contingencia suplementaria, es decir, que la respuesta del organismo es una condición necesaria para presentar otra respuesta de la cual depende la presentación del estímulo.
- d) Mediación sustitutiva referencial: función donde interactúan los organismos mediando los eventos de estímulo, en este caso, la conducta de un organismo media los eventos de estímulo para otro organismo.
- e) Mediación sustitutiva no referencial: función que constituye una relación entre eventos puramente convencional, es decir, una respuesta convencional del organismo produce las condiciones necesarias para relacionar eventos de estímulo convencionales.

La contribución de Kantor a la psicología objetiva, ha sido, la elaboración de un modelo singular, que nos permite analizar lo psicológico y la construcción teórica de categorías específicas para un mejor entendimiento, *esto nos conduce a* establecer una lógica de la descripción y la explicación del comportamiento

psicológico, definido como una interrelación entre acciones individuales de organismo y objeto en situación. (Ribes, 2001).

2.3 Psicología clínica interconductual

Una vez explicado el marco conceptual en el que la práctica interconductual se fundamenta, vamos a numerar algunas de las características de esta práctica aplicada:

- Primero encontramos que se hace un análisis del individuo (organismo) en interacción con su entorno. Este análisis se llevará a cabo siempre así, sin limitaciones ni diferencias impuestas por el estatus autónomo de parcelas o psicologías. Así, la psicología clínica, al igual que la comunitaria, la educativa o cualquier otro subsistema aplicado, debe tener como objeto de análisis el campo de variabilidad pertinente a la conducta.
- El análisis auténticamente funcional, en el que el reconocimiento de aspectos de estímulo y de respuesta es solamente, un primer paso para la formulación de hipótesis funcionales. Este desdoblamiento de niveles ayuda a no caer en la simplificación de la realidad en la que lo morfológico y lo funcional se corresponden biunívocamente, con todos los errores que ello conlleva.
- Un análisis a la medida de las diferencias, es los etiquetados de clasificaciones o taxonomías por rasgos, problemas o tipos de personas, se consideran carentes de significado psicológico. El significado debe buscarse en la especificidad individual (competencias, historia interconductual,...) y en la especificidad de cada comportamiento (grado de molaridad, nivel cualitativo, campo de variabilidad propio).

En efecto, fiel al presupuesto de la conducta como fenómeno valorado socialmente y no como fenómeno de cualidades intrínsecas, el análisis interconductual desarrolla de manera protagonista el estudio de los marcos normativos de un entorno (valor convencional) o de un individuo (valor

idiosincrático) y la forma en que estos afectan al comportamiento. Así, las características de normalidad/anormalidad tenidas por intrínsecas, indiscutibles y a priori en el análisis de conducta, en las psicoterapias tradicionales y también en la práctica aplicada aunque no en las bases teóricas, de la clínica conductual; son aquí evidenciadas como extrínsecas e incluidas como una dimensión o aspecto más del campo conductual; precisamente la dimensión que le da sentido y articula el campo.

El interconductismo plantea una forma de abordar lo psicológico que lo define como distinto de lo biológico, como distinto de lo social-cultural, como un vínculo entre ambos planos. La individualización de lo social y la diferenciación ontogenética de lo biológico es el campo de la psicología. Esa es la posición interconductual y por tanto, es tan psicológico el medio como el organismo, porque lo psicológico es la interrelación entre ellos. Lo psicológico es algo que no se puede señalar como una entidad concreta sino que se señala siempre como un campo de relaciones. Y obviamente eso lleva a una concepción de la explicación en términos de lo que se ha llamado un modelo de campo. Cuando se habla de campo, se habla básicamente de un modelo de interdependencias, de un modelo no mecánico, de un modelo no lineal.

Aunque la naturaleza metateórica de Kantor según Ribes (en Mares y Guevara, 2001) cuando se le compara con el conjunto de las teorías y sistemas psicológicos:

- No propuso ni realizó ningún programa de investigación
- No se interesó por las posibles aplicaciones del conocimiento emanado de un programa de investigación
- No desarrolló ninguna teoría particular sobre un campo especial
- No fundó ninguna escuela o movimiento

La teoría interconductual brinda la posibilidad de generar tecnologías en diferentes áreas de la psicología, en el caso del área clínica están las ventajas del enfoque naturalista a los problemas encontrados. Debido a que el trabajo clínico se

interesa en los problemas de la interconducta de los individuos, el psicólogo clínico puede enfocarse en las actividades de los individuos de un modo integral, apartándose por completo de las abstracciones teóricas tradicionales. Nunca se debe confundir el diagnóstico y los tratamientos con las nociones de estados mentales internos o cerebros imaginantes, ni buscar causas en bases congénitas inexistentes. Dado que los *males psicológicos* se refieren un amplio abanico los problemas de *normalidad, anormalidad, desviaciones, o declinaciones*, un adecuado tratamiento de los mismos requiere que, previamente, se localicen las causas en la personalidad del individuo, en las condiciones y en los factores ambientales. Muchos problemas tienen su origen en una carencia de continuidad en los componentes del campo. Resulta extremadamente útil para los psicólogos clínicos adquirir la habilidad de analizar las quejas a partir de su reporte, esto es, estar atento a los tipos de quejas y su gravedad.

Basados en la teoría interconductual, la psicología clínica se entiende como:

“...el área de la tecnología de la psicología encargada de intervenir en el contexto definido como clínico, centrándose en lo que el usuario, persona o grupo de referencia señalan como dificultad (originada por una valoración en función de un criterio normativo), mediante el análisis, evaluación, regulación y probabilización de la conducta...” (Vargas, 2006a, p. 60).

Con el nacimiento de la psicología clínica como rama profesional de la psicología, han surgido diversas cuestiones como ¿quién debería dirigir el análisis y el tratamiento de las desviaciones de la conducta: un psicólogo o un médico?, inicialmente, la costumbre y la ley favorecieron a la última de las opciones, aunque cada vez, resulta más obvio que los psicólogos están más cualificados para tratar problemas psicológicos. No hay duda de que esta situación deriva del hecho de que la conducta humana comprende factores ecológicos, psicológicos y sociológicos.

Aunque los factores clínicos centrales son psicológicos, pueden incluir fisiológicos, en cuyo caso resultará necesaria la colaboración de un médico competente.

Además, existe el reclamo de que los psiquiatras deberían ser los terapeutas de los desórdenes de la conducta y desajustes del equilibrio social.

Sin embargo, hay muchos individuos que, a causa de deformaciones congénitas o por lesiones accidentales, son incapaces de desarrollar y realizar actividades psicológicas. Pero existe una gran diferencia entre la conducta desviada y la destrucción de las estructuras biológicas y de las funciones de los individuos.

La competencia de los psicólogos practicantes, siempre está en entredicho. Resulta extraño encontrar un psiquiatra que rechace el venerable dualismo mente-cuerpo. Apoyándose en la psicología interconductual, tanto el análisis de la conducta anormal y los problemas de la práctica psicológica, y médica, pueden clarificarse.

2.3.1 Dos opciones de intervención interconductual

A continuación se habla grosso modo de las opciones que presenta la psicología interconductual en el área clínica.

En el enfoque interconductual existe el Análisis Contingencial (Ribes, Díaz-González, Rodríguez y Landa, 1986) que es una metodología para el análisis y cambio del comportamiento humano individual, que surge a partir de una concepción teórica particular, el Interconductismo (Kantor, 1926; Ribes y López, 1985), así como de algunas consideraciones sobre la aplicación del conocimiento psicológico (Ribes, 1982).

El Análisis Contingencial tiene como principal objeto de estudio, la interacción entre el organismo y el ambiente, siendo su principal unidad de análisis el comportamiento que se da a partir de la conducta de un individuo y su relación con los demás participantes en una situación determinada. Díaz-González, Landa y Rodríguez (2002) mencionan, la forma en que se pretende analizar dicha interacción es por medio del análisis funcional, esto es, se estudia la forma en que se relaciona un individuo en particular con su grupo de personas, los objetos del ambiente y el contexto de la interacción, observando cuidadosamente como dependen unos factores de otros en situaciones cualitativamente distintas y así,

identificar cuáles son los elementos que conforman la interacción y poder describir el papel que juega cada uno de ellos en una situación particular. Para analizar funcionalmente el comportamiento individual y las categorías que lo conforman, el Análisis Contingencial como sistema, se compone de cuatro dimensiones, a saber:

- Sistema Microcontingencial. Este sistema se refiere a la interrelación que establece un individuo con su medio en una situación en particular y se evalúa por medio de un análisis funcional de los elementos que conforman dicha interacción en situaciones específicas. En este sistema se evalúan, la morfología de la conducta, las situaciones en que se da dicha conducta, las relaciones de mediación y las personas que las emiten y los efectos (Rodríguez, 2002).
- Sistema Macrocontingencial. Este sistema se enfoca al estudio del contexto normativo en que se da la interacción y funge como el complemento del sistema Microcontingencial. El objetivo del análisis Macrocontingencial, es analizar la correspondencia entre la conducta del individuo y las prácticas normativas de su grupo social, con lo cual se puede evaluar el contexto normativo que regula las relaciones que se dan en el sistema Microcontingencial, ya que se parte de que la individualidad de una persona se forma de características impuestas por el grupo de personas que le dan contexto.
- Factores Disposicionales los cuales son “colecciones de ocurrencias” (Ryle, 1967) que funcionan como elementos -y es importante decirlo, no como variables- en donde dadas ciertas circunstancias, probabilizan o interfieren en la emisión de algún comportamiento; por ejemplo, la historia del individuo, sus capacidades, tendencias y gustos que posibilitan la emisión de una u otra conducta en determinadas circunstancias (Rodríguez, 2002).
- Personas significativas de la interacción, es decir, se estudia la forma y nivel en que se da la mediación de la interacción entre un individuo y la conducta de una persona o un grupo de personas significativas para él.

Sin embargo, este análisis presenta inconsistencias teóricas y metodológicas, desde los conceptos empleados hasta los procedimientos utilizados (Vargas, 2006)

Debido a inconsistencias en diferentes acercamientos a la intervención clínica aparece una aplicación de la teoría interconductual: la intervención interconductual (II), específicamente en el contexto clínico (IICC) (Vargas, 2006a).

Como toda tecnología la II opera empleando conocimientos científicos adaptados a requerimientos específicos, interviene analizando, evaluando, regulando y probabilizando la conducta, en diferentes áreas tecnológicas, según se le requiere (Vargas, 2002; 2006a). La teoría y la tecnología interconductual, señalan que la conducta ocurre de manera característica por todos los elementos y estructuras (interacciones) que lo componen por lo que, una interacción puede ser alterada al cambiar algún elemento o estructura.

La IICC es un procedimiento tecnológico interconductual, específicamente para el contexto clínico, que comprende el análisis, evaluación, regulación y probabilización de la conducta (siempre en ese orden), atiende una necesidad específica del usuario, persona o grupo de referencia (UPGr), identificada como dificultad. El análisis de la conducta de interés (dificultad) comprende la comparación del análisis de la interacción de interés, de la función crítica basada en la valoración realizada por el UPGr, la regulación es la alteración o preservación de la valoración y/o de los elementos de interacción y la probabilización es la estimación del desarrollo posterior a la intervención, de la conducta de interés.

CAPÍTULO 3 PROCEDIMIENTOS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

La psicología clínica ha evolucionando y se ha ido transformando de manera importante en los últimos años. Dentro de esta área de tecnológica de la psicología existen diferentes enfoques que se han desarrollado desde el punto de vista de la disciplina científica y desde la perspectiva del ejercicio profesional; que sin se han visto enriquecidos con las ideas de los teóricos. A lo largo de este apartado se explicarán brevemente algunos de los modelos teóricos más utilizados en psicología clínica que han enriquecido la práctica con los elementos y técnicas que las conforman.

3.1. Psicoanálisis

El psicoanálisis es considerado como el primer sistema estructurado de psicoterapia, tal como ésta se entiende actualmente, y a pesar de que ha tenido un gran impacto en el ámbito de los tratamientos psicoterapéuticos, ha recibido numerosas críticas (Martorell, 1996). A continuación se presenta un breve bosquejo de los antecedentes de la teoría que subyace a los enfoques psicodinámicos de tratamiento.

El psicoanálisis, como cualquier otra ciencia o método terapéutico tiene una serie de supuestos sobre los que se fundamenta, Ramírez (en Oblitas, 2008), menciona los siguientes:

1. La conducta es motivada: es decir que cierto tipo de experiencias previas condicionan la conducta ulterior; por lo que todo tipo de conducta está motivada por la historia del sujeto.
2. Gran parte de las motivaciones generadoras de conducta son inconscientes: con lo anterior menciona que gran parte del lo que hace el ser humanos aunque está motivado, se desconoce el porqué.
3. Las pautas de conducta son resultado de la interacción del sujeto con los objetos, es decir del contacto con “cualquier persona, animal, cosa o idea con valencia afectiva” (Oblitas, 2008, p.73)

4. La conducta tiende a automatizarse por una economía de esfuerzo, las pautas de conducta tienden a automatizarse, sin importar que la pauta sea dolorosa, pues la pauta adoptada en el momento necesario fue la más operativa en aquel tiempo.
5. Cada fragmento de la conducta es un trozo de historia: es decir, la conducta no es una fracción desubicada o desvinculado del tiempo, sino que se encuentra anclada a la historia del sujeto.
6. Las pautas que tienen un sujeto determinado tienden a ser monótonas, es decir que una vez que se han estructurado las pautas de conducta.
7. Una conducta, como cualquier energía, si no estuviera alimentada por el ambiente tendería a extinguirse; “todo sujeto establece relaciones con su ambiente que, de tal naturaleza que propicia que éste le brinde aquello que es susceptible de generar repetición de la pauta” (Oblitas, 2008. p. 73).

En el psicoanálisis se considera a la *pulsión* como una parte esencial del funcionamiento psíquico. Se entiende como pulsión al componente psíquico, determinado genéticamente que, cuando actúa produce un estado de excitación psíquica o tensión que impulsa a una actividad que busca la descarga o gratificación (Oblitas, 2008). Se pueden distinguir muy variadas pulsiones, pero éstas se reconducen a dos pulsiones fundamentales:

- Pulsión de vida (eros): pulsiones sexuales, libido (Freud, 1920), de amor o de auto conservación (Kriz, 1990)
- Pulsiones de muerte (tánatos): pulsión agresiva (Freud, 1920), de muerte o de destrucción (Kriz, 1990)

El psicoanálisis además concibe la vida psíquica como evolución incesante de fuerzas elementales, antagónicas, compuestas o resultantes, con un concepto dinámico del psiquismo; supone, además, una diferenciación del aparato psíquico en cierto número de sistemas dotados de características o funciones diferentes y dispuestos en un determinado orden entre sí, lo que permite considerarlos metafóricamente como lugares psíquicos de los que es posible dar una

representación espacial figurada. Corrientemente se habla de dos tópicas freudianas, la primera en que se establece una distinción fundamental entre inconsciente, preconscious y consciente, y la segunda que distingue tres instancias: el ello, el yo, el superyó.

- Sistema inconsciente: el término inconsciente se utiliza para connotar el conjunto de los contenidos no presentes en el campo actual de la conciencia. Está constituido por contenidos reprimidos que buscan regresar a la conciencia o bien que nunca fueron conscientes y su cualidad es incompatible con la conciencia. Es un sistema en constante evolución, cargado de energía pulsional. En el inconsciente se encuentra el proceso primario que se refiere a las formas propias de actuar de este sistema, que según Tallaferro (1983) son: ausencia de cronología, ausencia del concepto de contradicción, lenguaje simbólico, igualdad de valores para la realidad interna y externa.
- Sistema preconscious: designa una cualidad de la psique que califica los contenidos que no están presentes en el campo de la conciencia pero pueden devenir en conscientes
- Sistema consciente: es un órgano de la percepción para las impresiones que nos absorben, es la superficie más sensible del sujeto, se caracteriza por las percepciones externas e internas dentro del conjunto de los fenómenos psíquicos

Según Freud (1923) la personalidad está integrada por tres sistemas principales que constituyen una organización unificada que permite al sujeto relacionarse con el ambiente, para cubrir sus necesidades y deseos básicos, dichos sistemas son:

- Ello: es la instancia más antigua y original de la personalidad y la base de las otras dos. Comprende todo lo que se hereda o está presente al nacer, se presenta de forma pura en nuestro inconsciente. Representa nuestros impulsos o pulsiones más primitivos. Constituye, según Freud, el motor del pensamiento y el comportamiento humano. Opera de acuerdo con el principio del placer y desconoce las demandas de la realidad.

- **Superyó:** es la parte que contrarresta al ello, representa los pensamientos morales y éticos recibidos de la cultura. Consta de dos subsistemas: la conciencia moral y el ideal del yo. La conciencia moral se refiere a la capacidad para la autoevaluación, la crítica y el reproche. El ideal del yo es una autoimagen ideal que consta de conductas aprobadas y recompensadas.
- **Yo:** es una parte del ello modificada por su proximidad con la realidad y surge a fin de cumplir de manera realista los deseos y demandas del ello de acuerdo con el mundo exterior, a la vez que trata de conciliarse con las exigencias del superyó. El yo evoluciona a partir del ello y actúa como un intermediario entre éste y el mundo externo. El yo sigue al principio de realidad, satisfaciendo los impulsos del ello de una manera apropiada en el mundo externo. Utiliza el pensamiento realista característico de los procesos secundarios. Como ejecutor de la personalidad, el yo tiene que medir entre las tres fuerzas que le exigen: las del mundo de la realidad, las del ello y las del superyó, el yo tiene que conservar su propia autonomía por el mantenimiento de su organización integrada.

Los papeles específicos desempeñados de las entidades ello, yo y superyó no siempre son claros, se mezclan en demasiados niveles. La personalidad consta según este modelo de muchas fuerzas diversas en conflicto inevitable.

3.1.1. El tratamiento psicoanalítico

“La finalidad de un psicoanálisis consiste en hacer consciente lo inconsciente, venciendo las resistencias a través de la transferencia” (Sánchez-Escárcega y Brown, 1992; en Oblitas, 2008 p. 54). El aspecto esencial del análisis, según Freud es que el terapeuta se *alía* con el yo del paciente, que se encuentra debilitado por el ello y el superyó, con el fin de liberar lo reprimido (Kriz, 1990).

La primera labor del analista es crear un ambiente que permita la libre expresión de las fuerzas inconscientes reprimidas, todo ello en una actitud de neutralidad, sin emitir juicios de valor, consejos, indicaciones y sin hacer referencia a sus

propias experiencias; lo que más favorece a esta expresión es la *regla fundamental* que era formulada por Freud (1913, p. 135-136) de la siguiente manera:

“...Usted observará que en el curso de su relato le acudirán pensamientos diversos que preferiría rechazar con ciertas objeciones críticas. Tendrá la tentación de decirse: esto o esto otro no viene al caso, o no tienen ninguna importancia, o es disparatado y, por ende, no hace falta decirlo. Nunca ceda usted a esa crítica; dígalo a pesar de ella, y aun justamente por haberse registrado una repugnancia a hacerlo. Más adelante sabrá y comprenderá la razón de este precepto- el único, en verdad, a que debe obedecer-. Diga, pues, todo cuanto se le pase por la mente... por último, no olvide que ha prometido absoluta sinceridad, y nunca omita algo so pretexto de que por alguna razón le resulta desagradable comunicarlo...”

Así pues, la labor del psicoanalista consiste en: descubrir el sentido oculto o inconsciente de ciertos comportamientos, identificar el tipo, constelación y dinámica de las fuerzas que originaron en el pasado tales ocultamientos, reconstruir significados, revivirlos o reeditarlos en la relación que se da entre el paciente y el analista.

La asociación libre y la interpretación

Esta técnica consiste en que el paciente comunique al analista todo aquello que le venga a la mente, sin dejarse llevar por objeciones o reparos. A medida que el proceso continúa, comienzan a surgir patrones de asociación mediante los cuales el analista podía reconstruir los elementos olvidados por el paciente (Myers, 2005; Phares y Trull, 1999 y Martorell 1996).

Análisis de sueños

Debido a que Freud consideró que los sueños proporcionan claves importantes acerca de la naturaleza del inconsciente, desarrolló una técnica en la cual se llega desde su *contenido manifiesto* (aquello que sucede durante el sueño) a su *contenido latente* (significado simbólico). De acuerdo con Myers (2005), la fórmula que para Freud define la esencia del sueño es la siguiente: el sueño es una satisfacción disfrazada de un deseo reprimido.

Transferencia y contratransferencia

A lo largo del tratamiento aparece el fenómeno de *transferencia*. Como lo menciona Bernard y Dongmei (2004), éste el proceso mediante el cual el paciente revive ideas, sentimientos, deseos, actitudes y conflictos que se originaron en su infancia. Cabe destacar que la transferencia además de proporcionar información sobre un conflicto anterior y central, hace que se represente en el momento presente. Por último, en la *contratransferencia*, los conflictos y problemas que se originaron en un pasado en la vida del analista los transfiere al paciente.

El psicoanálisis freudiano ha ido evolucionando a lo largo del tiempo y enriqueciéndose con las aportaciones de sus seguidores, de sus desertores y de algunos otros teóricos. Este modelo teórico, sin duda alguna, es utilizado por algunos psicólogos clínicos y ha servido como base para el desarrollo de otros tantos tipos de terapia, sin embargo, tal y como se mencionó, ha sido fuente de críticas.

3.2. Psicología cognitiva

Para la terapia cognitiva, es indispensable conocer y evaluar primeramente los pensamientos y los tipos de procesos cognitivos que la persona emplea. Éstos y su modificación, cuando son disfuncionales, van a constituir el objetivo de la terapia, aunque la misma pretende que se den tanto cambios cognitivos como conductuales en el funcionamiento cotidiano del sujeto.

La terapia cognitivo-conductual, se basa en los principios y procedimientos de la psicología experimental, en particular, de la teoría del aprendizaje social. La teoría de la terapia cognitivo-conductual enfatiza la constante reciprocidad entre los actos personales y las consecuencias ambientales en el análisis y desarrollo de métodos para el cambio conductual autodirigido (Dumont y Corsini, 2003).

En este tipo de terapia, el tratamiento implica una evaluación detallada y continua de los problemas del paciente, enfocándose en los determinantes actuales del comportamiento. Una vez que los terapeutas se formaron una comprensión de

dichos determinantes, se seleccionan varias técnicas diferentes que se han de incluir en un programa de tratamiento multimodal diseñado para modificar todos los aspectos del paciente; Goldfried (1996) describe algunas de las aportaciones por parte de los clientes a los terapeutas cognitivo-conductuales, entre ellas se encuentran: la aplicación de conductual en la práctica clínica comprobó que era imposible hacerlo sin una adecuada evaluación y una precisa formulación clínica; además se observó también que las variables cognitivas desempeñan un papel importante tanto en la evaluación como en los procedimientos de intervención.

Las terapias cognitivo-conductuales, se basan según Mahoney, (1977 en: Kendall y Norton-Ford, 1988), en los principios siguientes:

El organismo humano responde a las representaciones cognitivas del medio, no al medio estrictamente mencionado.

1. Las representaciones cognitivas están relacionadas con el proceso de aprendizaje.
2. La mayor parte del aprendizaje humano se comunica cognoscitivamente.
3. Los pensamientos, sentimiento y conductas son causalmente interactivos.

Las terapias cognitivas existentes en la actualidad sustentan un consenso generalizado de que las más notables, útiles y aplicables al área clínica son: la terapia racional-emotiva de Ellis, terapia cognitiva de Beck, entrenamiento en inoculación de estrés de Meichenbaum y el entrenamiento en solución de problemas de D'Zurrilla. A continuación se describen brevemente cada una de ellas.

3.2.1. Terapia Racional Emotiva de Ellis

Ellis (1962, en: Compas y Gotlib, 2002; Oblitas, 2008; Kriz, 1990), formuló lo que llegó a conocerse como la teoría A-B-C de la conducta disfuncional, en la que argumentaba que los acontecimientos estresantes de la vida, eventos activadores (A), no causaban psicopatología o consecuencias emocionales (C) como la depresión y la ansiedad. Sin embargo las creencias irracionales (B), o

interpretaciones poco realistas de las personas acerca de los acontecimientos en sus vidas los que les lleva a deprimirse o ser ansiosas.

Ellis afirma que cuando una persona experimenta acontecimientos negativos o desagradables tiene creencias lógicas y racionales acerca de los hechos; son embargo, también se involucran “automáticamente” en una serie de creencias irracionales o disfuncionales acerca del suceso. También comenta que esos pensamientos lógicos y racionales pueden llevar a decepción o tristeza, no conducen a estados emocionales más graves como la depresión o la ansiedad (op.cit). Si se experimentan esas emociones más disfuncionales debe estarse sosteniendo también una serie de creencias irracionales, por lo que Ellis creía que muchas personas sostienen serie de creencias irracionales dentro de nuestra sociedad.

Entre las técnicas cognitivas destaca su debate filosófico, la detección de creencias irracionales y las técnicas de persuasión verbal y diálogo socrático, análisis y evaluación lógica, reducción al absurdo, análisis y evaluación empírica, reacción incrédula del terapeuta, analogías, fantasía racional emotiva, que se complementan con técnicas conductuales, técnicas emocionales y tareas para la casa (Oblitas, 2008). La teoría y la terapia cognitivas se originaron en un intento por entender y tratar la depresión, no es sorprendente que la mayoría de los estudios que examinan la terapia cognitiva se hayan concentrado en la depresión. De hecho la terapia cognitiva y la terapia cognitivo- conductual, han sido evaluados en más de 80 estudios controlados. Las aplicaciones de la terapia cognitiva se presentan en casos de entrenamientos de habilidades sociales, en solución de problemas, ansiedad social, entre otros. Sin embargo esta terapia requiere que los clientes usen la lógica para evaluar sus creencias, el nivel de inteligencia no es asociado con los resultados de la terapia cognitiva para la depresión. También se ha descubierto que los pacientes con niveles de pensamiento disfuncionales corresponden mejor a la terapia cognitivas, pero un asunto aún más interesante es que los pacientes con más cogniciones disfuncionales pueden sufrir las depresiones más graves y también responder relativamente poco a los medicamentos antidepresivos. Por último en pacientes

caracterizados por conductas de evitación en las relaciones presenta mejores resultados en la terapia cognitiva que en la terapia interpersonal, mientras que los pacientes con un estilo más obsesivo muestran una respuesta opuesta.

3.2.2. Terapia cognitiva de Beck

Beck desarrolló la terapia cognitiva como una forma de tratamiento de la depresión y la ansiedad; observó que los sueños de los participantes deprimidos estaban repletos de contenido negativo, por lo que le llevaron a plantear que los pensamientos negativos juegan un papel primordial en el inicio y curso de la depresión, en el que las personas deprimidas desarrollan esquemas cognitivos, o estructuras por medio de las cuales perciben e interpretan sus experiencias, esquemas que siempre forman parte de una persona, la cual es susceptible a la depresión, pero estas son inconscientes y cuando son activadas el individuo experimenta un acontecimiento estresante (Compas y Gotlib, 2002). La terapia cognitiva es un enfoque estructurado, activo, directivo (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1979) y de tiempo limitado (12 a 15 sesiones, nunca excediendo las 20), que es utilizado en una gran variedad de trastornos psicológicos, ya que se basa en la teoría lógica de que el afecto y la conducta de un individuo se determina en su mayoría en la forma en el que se estructura el mundo. Por lo que puede decirse que la terapia cognitiva se concentra en la identificación y modificación de pensamientos o cogniciones distorsionados, con las creencias de que esos cambios llevarán a una reducción del malestar.

La terapia cognitiva consiste en que el terapeuta explica al cliente la *teoría cognitiva de los trastornos emocionales*, destacando las cogniciones negativas que contribuyen al malestar, después al cliente se le muestra la importancia de identificar, evaluar y reemplazar los pensamientos negativos automáticos con cogniciones más positivas, posteriormente el terapeuta intenta comprometer al cliente, al trabajar en conjunto, el cliente debe probar la lógica y consideración de cada pensamiento negativo identificado y anima al cliente a cambiar sus cogniciones. Posteriormente el terapeuta enseña al cliente estrategias

conductuales de afrontamiento. En sesiones intermedias de la terapia cognitiva se dedican a ayudar al cliente a la identificación y modificación de las creencias básicas subyacentes que lo llevan a los pensamientos negativos. Es importante comentar que las creencias subyacentes de las sesiones intermedias de la terapia cognitiva son más generales e inclusivas que los pensamientos automáticos. Muchos terapeutas suponen que las creencias globales dan lugar a creencias más específicas, que son las que desencadenan los episodios de depresión y ansiedad. Por lo que en terapia cognitiva primero se identifican las cogniciones negativas específicas, pues son más cercanas a la superficie, luego cuando el cliente tiene experiencias en el proceso terapéutico se examinan las creencias más profundas. Ya en sesiones finales el terapeuta pretende:

- Consolidar las ganancias que se han conseguido en la terapia. De esta forma lo que se pretende es ampliar el rango de cogniciones negativas que el cliente ha identificado como problemáticas y fortalecer las cogniciones y conductas más positivas empleadas por éste para mejorar su funcionamiento.
- Tratar de prevenir la recurrencia del trastorno. En este punto el terapeuta se asegura de que el cliente haya identificado, de manera adecuada, las actitudes y creencias disfuncionales, que dieron lugar a las cogniciones negativas y trabaja con el cliente para anticipar los tipos de estresores de la vida que pueden encontrar en el futuro.

3.2.3. Entrenamiento de inoculación al estrés

Meinchenbaum (1969, en Oblitas, 2008) propone una aplicación de tratamientos psicológicos al estrés y a los problemas asociados con éste, que constituye una de las principales consecuencias de nuestro sistema social. El objetivo de este entrenamiento es que el paciente reciba una inoculación de tensión, de modo paralelo a lo que ocurre cuando nos pone una vacuna, para que dicha inoculación cree *anticuerpos* psicológicos, estrategias y habilidades psicológicas que puedan ser empleadas en situaciones de ansiedad y miedo (Oblitas, 2008).

El entrenamiento consiste en tres fases:

1. *Conceptualización*: en esta se establece la relación terapéutica (de colaboración), se identifican problemas y síntomas relacionados con el estrés, desde una perspectiva situacional, se recopila información, se evalúan las expectativas del cliente y se planifica el tratamiento.
2. *Adquisición y ensayo de habilidades*: se entrena al individuo en una serie de técnicas de afrontamiento de situaciones de estrés: relajación, estrategias cognitivas, entrenamiento en solución de problemas, entrenamiento autoinstruccional y negación (Meinchenbaum, 1985; en Oblitas, 2008)
3. *Aplicación y seguimiento*: se deben poner en práctica las distintas estrategias que se aprendieron en la fase anterior.

En esta técnica se deben emplear estrategias en orden de aproximación a la vida real, de ensayo imaginativo, ensayo conductual, juego de roles y modelado, para poder llevar a cabo la exposición gradual en vivo; además resulta de suma importancia capacitar al individuo en la prevención de una recaída, para facilitar el éxito a largo plazo; por lo que se debe procurar además el seguimiento al sujeto por lo menos durante un año (Oblitas, 2008).

3.2.4. Terapia de solución de problemas

D'Zurrilla y Goldfried (1971, en Oblitas, 2008) señalan que los seres humanos se caracterizan por ser solucionadores de problemas y que de unas a otras personas existen diferencias en esta habilidad; de este modo, en el entrenamiento en solución de problemas se orienta a que la persona adquiera habilidades adecuadas para la solución de problemas.

La solución de problemas se encuentra dividida en cinco fases que poseen un propósito o función, además se espera que cuando se apliquen las cinco fases de forma eficaz a un problema, éstas incrementen la posibilidad de descubrir y llevara a cabo una solución aun más eficaz. El orden de las cinco fases representa una

secuencia lógica y práctica para el entrenamiento y para una aplicación sistemática y adecuada; dichas fases son (Oblitas, 2008):

1. *Orientación general hacia el problema:* en esta se pretende que el sujeto acepte que las situaciones problemáticas forman parte de la vida diaria y que es posible hacerles frente de forma eficaz. El sujeto debe identificar las situaciones problemáticas cuando ocurran e inhibir la tendencia a responder de forma impulsiva o no responder. En esta fase los objetivos son: incrementar la sensibilidad hacia los problemas, centrar la atención sobre expectativas de solución de problemas positivas y evitar preocupaciones improductivas, maximizar los esfuerzos y persistencia en vista de los obstáculos y del estrés emocional y minimizar la angustia emocional perjudicial.
2. *Definición y formulación del problema:* con esta fase se pretende obtener información relevante acerca del problema, clarificar la naturaleza del mismo establecer una meta realista de solución del problema y reevaluar la importancia de éste para el bienestar de la persona.
3. *Generación de soluciones alternativas:* en ésta fase se pretende tener tantas soluciones alternativas como sea posible, para maximizar la probabilidad de encontrar la mejor solución entre éstas. La cantidad y variedad de las soluciones puede incrementarse generando combinaciones, modificaciones y elaboraciones a partir de tales propuestas.
4. *Toma de decisiones:* en esta fase se pretende evaluar las alternativas de solución disponibles y seleccionar las mejores para ponerlas en práctica en la situación problemática. Se consideran además los costos y beneficios para cada solución alternativa y se evalúa el resultado esperado o la utilidad de cada alternativa, se comparan dichas soluciones y se selecciona la solución o combinaciones de soluciones con la mejor utilidad esperada. Con base a los resultados estimados la persona debe responder: ¿el problema es resoluble?, ¿necesito más información antes de poder seleccionar e implantar una solución?, ¿qué solución o combinación

debería elegir para poner en práctica?; si la respuesta a la primera pregunta es afirmativa, a la segunda es negativa y se puede responder a la tercera, se ha encontrado una solución al problema.

5. *Puesta en práctica y verificación de la solución:* en esta última fase se evalúa el resultado de la solución y se verifica la efectividad de la estrategia de la misma elegida en la situación problemática de la vida real.

El orden anterior no significa que la solución de problemas se desarrolle siempre de forma unidireccional, sino que conlleva a que el sujeto pase de una fase a otra y pueda retroceder a etapas previas antes de completar el proceso.

La aplicación del entrenamiento en solución de problemas se puede ejecutar de dos modos: con entrenamiento secuencial en las distintas fases a lo largo de las sucesivas sesiones del tratamiento y entrenando al individuo en todas las fases, desde las primeras sesiones e ir profundizando en la solución de problemas comenzando con problemas hipotéticos, solucionando los problemas reales de forma simbólica y por último remediándolos en situaciones reales.

Es indudable la aportación de la psicología cognitiva a la psicología clínica; la posición cognitiva da importancia al proceso mediacional en el aprendizaje, los procesos cognitivos y simbólicos que influyen la conducta la biología, la emoción y el ambiente.

3.3. Conductismo

La terapia de conducta, también conocida como modificación de conducta, surge como consecuencia de la insatisfacción generada por la teoría y la práctica psicoanalítica y se aprecia como una revolución frente a los modelos explicativos y procedimientos de intervención existentes, en el ámbito de *salud mental*; término que es sustituido por el de *conducta anormal*. En esta terapia se considera el término anormal es utilizado en función de la adaptación al medio ambiente; por lo que se deja de lado la concepción de *personas anormales* y se habla de la realización de conductas anormales (no adaptativas). Con todo lo anterior, el

objetivo de la terapia de conducta se centra en promover el cambio de las posibles conductas desadaptativas, reduciéndolas o eliminándola, para que la persona aprenda a adaptarse al medio, físico, social y cultural.

3.3.1. Características de la modificación de conducta

Labrador (1990, p.30) define la terapia de conducta de la siguiente forma:

“...orientación teórica y metodológica, dirigida a la intervención que, basándose en los conocimientos de la psicología experimental, considera que las conductas normales y anormales están regidas por los mismos principios, que trata de desarrollar estos principios y aplicarlos a explicar conductas especificadas y que utiliza procedimientos y técnicas que somete a evaluación objetiva y verificación empírica, para disminuir o eliminar conductas desadaptables e instaurar o incrementar conductas adaptadas...”

Oblitas (2008) menciona las siguientes características de la terapia de conducta:

- Las conductas anormales se adquieren, mantienen y extinguen según las leyes generales que también rigen las demás conductas, consideradas anormales.
- La labor del terapeuta de conducta se centra en el análisis, evaluación y tratamiento de conductas específicas y sus determinantes y no en constructos internos.
- Se subraya la trascendencia de la conducta mensurable y se toma ésta como el objeto de referencia.
- El proceso de diagnóstico consiste en la evaluación continua de los repertorios conductuales del sujeto.
- El objetivo de la intervención es instalar conductas que el sujeto no tiene o sustituir las que tiene por otras más adecuadas.

- La intervención puede dirigirse no sólo modificar de forma directa las conductas del sujeto, sino el medio físico o social de éste como forma de cambiar sus conductas.
- Es un enfoque centrado en el aquí y ahora, el énfasis se coloca en los determinantes actuales de comportamiento.
- Partiendo de esta base teórica común, el terapeuta de conducta se debe adaptar su actuación a las características individuales del paciente y su medio, diseñado y aplicando en cada caso un programa de intervención concreto.
- Los procedimientos de intervención deben evaluarse en forma experimental y comprobar su eficacia.
- Los conocimientos, métodos y procedimientos de la psicología experimental se emplea como base fundamental para ampliar el conocimiento acerca de la etiología de la conducta, su evaluación, desarrollo y modificación.

3.3.2. Técnicas de modificación de conducta

Existen gran variedad de procedimientos y enfoques psicoterapéuticos que pueden incluirse dentro de la terapia conductual, y que a pesar de sus diferencias, en la práctica se caracterizan por ofrecer experiencias de aprendizaje diseñadas para cambiar las conductas inadaptadas; estos procedimientos se encuentran sistematizados y son breves. De acuerdo con Cullari (2001) y Martorell (2006), algunas de las características comunes a las terapias conductuales son:

- El interés se centra fundamentalmente en la conducta por la que la persona ha acudido a terapia.
- La consideración de que hay una continuidad entre la conducta normal y anormal, y que por tanto, estas se mantienen y modifican por los mismos principios.
- La aplicación de los datos de la psicología experimental a la práctica clínica.

- Los métodos de tratamiento se especifican con precisión, son replicables y se adaptan a las fortalezas y situación de cada cliente; el progreso del tratamiento se evalúa de manera continua, y se realiza una evaluación objetiva del resultado del tratamiento.

Otro factor que ha considerarse es el papel de la relación terapéutica en las terapias conductuales. Según Golfried (1996), a pesar de que los primeros escritores desacreditaron los efectos positivos de la relación terapéutica argumentando que el impacto de la terapia conductual se basaba en sus técnicas, menciona que esta relación paciente-terapeuta, no se debe dejar a un lado, ya que la experiencia técnica sin una habilidad interpersonal, no dará lugar a la continuación o a la cooperación con las tareas y metas de la terapia.

Siguiendo con lo anterior, y sin desacreditar la relación terapéutica, cabe mencionar que los terapeutas conductuales disponen de una amplia variedad de técnicas para enseñar o incrementar las conductas adaptadas y eliminar las conductas desadaptadas. A continuación, se presenta una breve descripción de estas técnicas:

1. *Desensibilización sistemática*. De acuerdo con Bernard y Dongmei (2004), uno de los procedimientos conductuales más estudiados y de mayor aplicación para la reducción de temores y fobias. Fue desarrollado por Wolpe y por lo general, se utiliza cuando un paciente tiene las habilidades para involucrarse en conductas apropiadas o adaptadas, pero en lugar de ello evita el estímulo o la situación temidos. Esta técnica está basada en el principio de la inhibición recíproca, mediante el cual se señala la imposibilidad de estar ansioso y relajado al mismo tiempo, ya que estos dos estados se inhiben mutuamente entre sí. El modo más usual de utilización consta de tres elementos: a) el entrenamiento en relajación, la elaboración de una jerarquía de situaciones que causan ansiedad y c) el emparejamiento de los elementos de la jerarquía con el estado de la relajación.

2. *Ensayo conductual*: Se utiliza principalmente para ayudar al paciente a aprender nuevas formas de responder a situaciones específicas incrementando el repertorio de conductas de enfrentamiento del paciente. Primero se le explica al paciente la necesidad de adquirir nuevas conductas; el segundo paso consiste en la selección de situaciones objeto de estudio, en las cuales el cliente tiene dificultades; el tercer paso es el ensayo conductual y el último paso, consiste en que el paciente utilice las habilidades adquiridas en situaciones de la vida real (Bernard y Dongmei, 2004 y Cullari, 2001).
3. *Manejo de contingencias*: Con este término se describen una clase de procedimientos basados en los principios del condicionamiento operante que cambian la conducta controlando sus consecuencias. Algunas de las técnicas más utilizadas con el moldeamiento, el modelamiento, el contrato de contingencias y la economía de fichas (Morris y Maisto, 2005 y Coon, 2001).
4. *Terapia de exposición o implosión*: De acuerdo con Coon (2001), en ésta se pretende extinguir una respuesta de temor, exponiendo a los individuos ansiosos a situaciones causantes de temor y obligándolos a permanecer en esas situaciones hasta que la activación se reduce o elimina, pero hay que tener en cuenta que se realiza de manera gradual.
5. *Terapia aversiva*: Consiste en el empleo de un estímulo aversivo o punitivo como medio para modificar o reducir conductas indeseables, como beber, fumar o comer en exceso. Principalmente consiste en emparejar el suceso aversivo, con la conducta a modificar. Debido a que los procedimientos utilizados son desagradables y pueden incluir químicos nocivos o descargas eléctricas, sólo se utiliza cuando procedimientos más positivos no han logrado reducir o eliminar dicha conducta (Cullari, 2001 y Phares y Trull, 1999).

La modificación de conducta se ha desarrollado y ha alcanzado auge debido a que ha aportado soluciones importantes, en especial en el ámbito de la psicología

clínica; las intervenciones son eficaces y resultan exitosas, pero se puede ser ciego a sus limitaciones, son intervenciones que exigen amplios periodos y, en consecuencia, costosas y menos competitivas de lo que se podría desear.

3.4. Psicología interconductual

Los intentos por construir una tecnología del comportamiento se han expresado de dos maneras: como extrapolación directa de los *principios* y procedimientos generados por la investigación básica a condiciones funcionales semejantes, aun cuando se trate de algo reductivo y metafórico, donde el conocimiento va directamente de la ciencia básica a la aplicación práctica, sin reordenación o reestructuración y como analogía, en la que la investigación básica se considera un *modelo* o escala de la realidad que se quiere modificar (Ribes y López, 1985). El interconductismo representa la revisión y evolución teórica y metodológica del conductismo en los niveles experimental, aplicado y tecnológico (Vargas, 2006a).

3.4.1. El análisis contingencial

En el enfoque interconductual existe el Análisis Contingencial (Ribes, Díaz-González, Rodríguez y Landa, 1986) que es una metodología para el análisis y cambio del comportamiento humano individual, que surge a partir de una concepción teórica particular, el Interconductismo (Kantor, 1926; Ribes y López, 1985), así como de algunas consideraciones sobre la aplicación del conocimiento psicológico (Ribes, 1982). El análisis contingencial es un sistema que permite analizar funcionalmente el comportamiento (problemático o no) humano individual, además es una metodología que permite analizar el comportamiento, pero con el propósito de modificarlo. Su objeto de estudio es la interacción *organismo-ambiente* como unidad inseparable, su unidad de análisis se conforma a partir del campo de contingencias establecido por la conducta de un individuo en relación con la conducta de otros (Rodríguez, 2002).

El análisis contingencial plantea trascender la concepción clínica de los problemas psicológicos, en tanto que el sujeto y sus otros significativos son los que definen el

problema, fuera de criterios institucionales, y el conocimiento psicológico se transmite directamente al usuario quien determina su uso (Rodríguez y Landa, 1996). Las dimensiones básicas del análisis contingencial, como sistema, son (Rodríguez y Landa, 1996; Rodríguez, 2002):

1. *Sistema microcontingencial*: relaciones valoradas explícitamente por el individuo, se define situacionalmente. En este sistema se identifica la relación que se va a analizar o transforma.
2. *Sistema macrocontingencial*: conjunto de prácticas que regula las relaciones definidas situacionalmente. En éste se consideran los valores como categorías psicológicas, que permiten entender el comportamiento individual en relación a las prácticas del grupo que le dan contexto.
3. *Factores disposicionales*: son los que interfieren o facilitan las relaciones microcontingenciales histórica y/o simultáneamente; se trata de aquellos factores que condicionan probabilísticamente determinada interacción. Dichos factores no se refieren a actos u ocurrencias, sino a la probabilidad de que, en ciertas circunstancias éstos se presenten. Los factores disposicionales se consideran categorías específicas que se deben evaluar en el comportamiento individual y se encuentran constituidos por el individuo y el ambiente.
4. *Conductas de los individuos* que son mediadores de las relaciones microcontingenciales bajo análisis. Debido a que la conducta es una relación entre individuos (Rodríguez, 2002) las personas cobran una importancia especial.

En cuanto a la metodología utilizada por el análisis contingencial, a través de las cuatro dimensiones antes mencionadas, permite entender el comportamiento del individuo como algo único (y tal vez, irreplicable) por lo que, la estructuración de los programas de intervención que se desprenden del análisis de las interacciones valoradas como *problema*, con posibles soluciones. El análisis contingencial consta de cinco pasos cuando se emplea como metodología (Rodríguez y Landa, 1996; Rodríguez, 2002), estos son:

Relaciones microcontingenciales

Cualquier comportamiento individual valorado como problema se encuentra relacionado con otros en circunstancias específicas, la red de relaciones que conforma esa interacción se denomina microcontingencia (Rodríguez y Landa, 1996; Rodríguez, 2002). Los elementos que conforman una microcontingencia son:

1. Morfología de la conducta: es decir lo que hace el sujeto *eje de análisis* y al que se le denomina como *sujeto*.
2. Situaciones: factores de contexto, del usuario o del ambiente, que facilitan o entorpecen con el *problema*. Estos pueden ser: circunstancia social, lugares, objetos o acontecimientos físicos, conductas socialmente esperadas, competencia social, inclinaciones y tendencias.
3. Personas: se identifican a los otros significativos en la interacción problema, que afectan (o pueden afectar) funcionalmente una relación o resultar afectadas por ella. Las personas se clasifican en: mediador, mediado, auspiciador, regulador de propensiones y regulador de tendencias.
4. Efectos: el comportamiento se puede clasificar en tres tipos, efectivo, cuando lo que el sujeto hace afecta el comportamiento de otros, inefectivo, cuando no afecta la conducta de otros y afectivo cuando afecta la conducta del propio sujeto.

Sistema macrocontingencial

Toda relación social es, una relación valorada, tal valoración es precisamente la que demarca la existencia de un problema psicológico. Desde esta perspectiva, los valores se conciben como prácticas concretas de personas o grupos; éstas pueden ser acciones o prácticas de tipo sustitutivo (creencias). La valoración del comportamiento se regula por dimensiones funcionales que no se encuentran de forma efectiva en una relación microcontingencial particular. El contexto valorativo se evalúa de acuerdo a la adecuación de las prácticas de un individuo con las prácticas de su grupo social, las correspondientes entre ambos tipos de microcontingencias, constituyen el marco macrocontingencial relativo al

comportamiento de un individuo. El análisis se realiza respecto a dos prácticas valorativas (efectivas sustitutivas) del sujeto y del grupo, en ambos tipos de microcontingencias.

Génesis del problema

Se trata de definir el origen histórico de una interacción problemática y de identificar los elementos que resumen la disposicionalidad que afecta la conducta actual.

En esta fase se debe identificar la historia de la microcontingencia problema, señalando la circunstancia en la que se inició la conducta como problema, la situación en que se inicio la microcontingencia actual, la historia mediadora de la conducta problema y las funciones disposicionales en el pasado de personas, significativa en la microcontingencia presente.

Además se deben señalar las estrategias de interacción, mencionando los tipos de contingencias enfrentados por el usuario y las consistencias en el modo de enfrentar dichas contingencias.

Se identifica en este rubro a las estrategias de interacción que son aquellos modos consistentes en que los individuos enfrentan diversos tipos de contingencia (Rodríguez y Landa, 1996).

Análisis de soluciones

Después de que se ha definido la problemática se debe llevar a cabo un análisis de soluciones con el fin de elegir la que se pueda considerar más pertinente, para este análisis se utiliza una matriz de 10 celdillas (Rodríguez y Landa, 1996; p. 64) que muestra las posibilidades del cambio. El eje vertical muestra la posibilidad de incidir o no en el sistema macrocontingencial, el eje horizontal presenta las opciones para incidir en el sistema microcontingencial. Como es probable que exista más de una microcontingencia problema y más de una dimensión funcional pertinente a cada caso, se pueden seleccionar varias opciones o formas de solución.

Selección, diseño, aplicación y evaluación de los procedimientos de intervención

En esta fase se incluyen procedimientos para alterar:

- Disposiciones: propiedades de objetos o acontecimientos físicos, desplazamiento de competencias disponibles del usuario, alteración de tendencias, inclinaciones, estrategias de interacción, conducta propia, etc.
- Conducta de otros: rol funcional de las personas significativas, cambio de conducta de otros para alterar prácticas valorativas y de otros
- Conducta propia: efectos de la conducta propia sobre sí mismo, conducta mediadora propia, creación y/o alteración de competencias, establecimiento de conductas que alteren efectos disposicionales de otras conductas propias, etc.

En esta fase se fundamentan las anteriores, se emplean los criterios funcionales para clasificar, seleccionar y/o diseñar procedimientos de intervención; dichos procedimientos se evalúan constantemente a través de un instrumento denominado *Guía para la evaluación de cambios*, que permite detectar el cambio logrado y el tipo de cambio, además si éste es relativo a la queja principal, es decir si se cumplió con el objetivo de la intervención.

3.5. Intervención Interconductual en el Contexto Clínico

A diferencia de lo mencionado anteriormente la Intervención interconductual es un procedimiento tecnológico interconductual general de análisis, evaluación, regulación y probabilización de la conducta (Vargas, 2008a) que atiende demandas sociales relacionadas con la psicología.

Cabe destacar que, el análisis de la conducta se compone de la identificación y denominación de la interacción y la especificación de la función contextual, suplementaria, selectora, sustitutiva referencial o sustitutiva no referencial crítica de la interacción de interés.

Así, partiendo de que el objeto de interés es la conducta de un organismo individual, el punto de operación de la II son los elementos que participan en la interacción del organismo con su ambiente, particularmente los repetiros interactivos del organismo; esta operación puede hacerse sobre elementos del

ambiente, pero sin dejar de lado las limitaciones y restricciones de los efectos de tal intervención (Vargas 2006b 2006c, 2008b). El análisis, evaluación, regulación y probabilización de la conducta son los componentes esenciales de la II, sin importar del área tecnológica que se trate; a continuación se describen dichos componentes:

- *Identificación:* se trata de la delimitación de los elementos que participan, se realiza estableciendo los límites del campo de interacción distinguiendo la función estímulo-respuesta y la respuesta los factores disposicionales distinguiendo los factores situacionales y la historia interactiva y el medio de contacto distinguiendo las propiedades fisicoquímicas, ecológicas y normativas que hacen posible la interacción.
- *Denominación:* designación de nombre en términos de la descripción funcional y el nivel requerido de especificidad, se realiza sintetizando los elementos recabados en la identificación.
- *Especificación de la función:* es la distinción de la medicación decisiva, se realiza diferenciando conceptualmente la forma predominante o crítica distinguida en la identificación. Después de identificada la función ésta se compara con la valoración del UPGr.
- *Evaluación:* ésta se compone de la comparación del análisis de la interacción de interés y en específico de la función contextual, suplementaria, selectora, sustitutiva referencial o sustitutiva no referencial, crítica de la interacción de interés, con la valoración de UPGr (usuario, persona o grupo de referencia); una vez especificada la función ésta se compara con la valoración pudiéndose identificar el criterio normativo del que proviene.
- *Regulación:* se compone por la alteración preservación de la valoración y/o de los elementos de la interacción de interés y en específico de la función textual, suplementaria, selectora, sustitutiva referencial o sustitutiva no referencial crítica de la interacción de interés; según la valoración

identificada en la evaluación y/o los elementos identificados en el análisis, éstos se cambian o conservan.

- *Probabilización*: se compone de la estimación del desarrollo posterior de la interacción de interés y en específico de la función contextual, suplementaria; selectora, sustitutiva referencial o sustitutiva no referencial crítica de la interacción de interés; derivada de la regulación se pronostica la tendencia de desarrollo de la conducta.

La intervención interconductual (II) es el procedimiento general rector del cual se desprenden los empleados en las áreas tecnológicas de la psicología como la Clínica, Organizacional, Deportiva. Educativa o Forense (Vargas, 2008a).

3.5.1. Apoyos técnicos de la IICC

Como es evidente la II cumple y se enfoca en la dimensión psicológica de los respectivos contextos tecnológicos dejando aparte los procedimientos de apoyo que solventan la actividad profesional del psicólogo, es decir, cuando su actividad corresponde a puestos y tareas de trabajo lejanas a la pureza del título profesional y cercanas a condiciones prácticas.

Como ejercicio tecnológico la IICC se sirve de una serie de apoyos técnicos (ver Anexo 1) para cumplir sus objetivos (Vargas, 2006b, 2008b).

Entrevista y guía clínica general

Es un procedimiento de apoyo técnico que muestra como recabar información e implementar la intervención; se trata del seguimiento del programa de actividades por parte del responsable de intervención (RI), en este procedimiento se identifican los siguientes elementos:

- *Inicio*: del la IICC, que es primer contacto del RI y del UPGr (personalmente o vía telefónica), en éste se determina el origen del UPGr y se pacta la primera sesión.
- *Recepción*: esta es la presentación del RI y el UPGr, a través de una plática de familiarización, y se realiza una indagación de: motivo de

asistencia, de las expectativas, sobre intentos previos de solución al problema y la programación de sesiones.

- *Introducción:* consiste en la exposición por parte de RI de las características del servicio, la participación del UPGr, costos del servicio, confidencialidad de la información y los alcances de la intervención, especificando que “no se puede sugerir como objetivo de la intervención el cambio de comportamiento de terceras personas” (Vargas, 2008b; p. 71).
- *Precisiones:* son la evaluación inicial, la definición del usuario, la definición de la conducta de interés y las expectativas del UPGr respecto de la intervención.
- *Datos demográficos del usuario:* éstos consisten en datos personales, familiares (los que el UPGr considera familia) características del lugar de residencia y del lugar de trabajo y/o estudio.
- *II (Intervención Interconductual):* se compone de la puesta en marcha de la intervención interconductual
- El *final*, que considera la evaluación final de la conducta de interés, el resumen de la información obtenida y el último contacto.

Reporte por sesión IICC

Registro consecutivo de información generada durante la intervención, integrada por:

- *Portada:* contiene los datos de la institución en la que se realizó la IICC, nombre completo del RI, título y número de sesión, nombre completo del usuario, hora, lugar y fecha de la sesión.
- *Actividades del RI:* descripción de técnicas empleadas y justificación de las mismas.
- *Presentación de la información:* consiste en la transcripción textual de la sesión, sin interpretaciones, con formato de diálogo.
- *Datos relevantes para la intervención:* esto se refiere a la información seleccionada relevante para la II, desarrollo de la conducta de interés y variaciones no derivadas directamente de la intervención.

- *Actividades del UPGr*: descripción de actividades y justificación de las mismas.
- *Resumen*: conclusiones
- *Bibliografía*: referencias teóricas de apoyo a la intervención.

Reporte final IICC

Es un registro acumulativo final de información generada durante la intervención, integrado por portada, presentación del caso, integración de la información, II, análisis de datos, resultados y bibliografía.

- *Portada*: contiene los datos de la institución en la que se realizó la IICC, nombre completo del RI, título y número de sesiones, nombre completo del usuario y resumen de datos demográficos, hora, lugar y fecha de la conclusión
- *Presentación del caso*: demanda originalmente planteada y resultados esperados por el UPGr, evaluación inicial, definición del usuario y definición de la conducta de interés
- *Integración de la información*: técnicas empleadas y la transcripción textual de la información.
- *II*: vaciado de la información de la intervención.
- *Análisis de los datos*: desarrollo de la conducta de interés y las variaciones no derivadas directamente de la intervención.
- *Resultados*: evaluación final de la conducta de interés, la conclusión de la intervención y conclusiones.
- *Bibliografía*: referencias teóricas de apoyo a la intervención.

Como se pudo apreciar en este último apartado, la IICC es un procedimiento tecnológico interconductual, específicamente para el contexto clínico, que comprende el análisis, evaluación, regulación y probabilización de la conducta (siempre en ese orden) y que atiende una necesidad específica del usuario, persona o grupo de referencia (UPGr), identificada como dificultad.

CAPÍTULO 4 COMPARACIÓN TEÓRICA

A lo largo de los capítulos anteriores se realizó una revisión teórica de diferentes teorías psicológicas (psicoanálisis, psicología cognitiva, psicología conductual e interconductismo) no sólo desde los aspectos básicos de las mismas, también se ha considerado su intervención en la psicología clínica; en donde dichas teorías realizan aportaciones diferentes a esta área tecnológica. Sin embargo, debemos recordar que la psicología “...surgió como una disciplina con una configuración ambigua, producto de la convergencia de intereses, propósitos y orígenes diferentes, cuando no incompatibles entre sí...” (Ribes, 2009, p. 7).

Es importante mencionar, que Ribes (2000, p. 368) hace énfasis en señalar, que la psicología no es una ciencia, sino “...*varias* psicologías, distintas entre sí y que transitan por rutas independientes, paralelas o divergentes inclusive...” La peculiaridad de las psicologías (como las denomina Ribes) se encuentra en el desacuerdo que existe sobre el objeto de *conocimiento específico* a ser abordado, pues “...en la medida en que difieren en su formulación ontológica del objeto de conocimiento, divergen también total o parcialmente en los criterios epistemológicos de cómo abordarlo...” (Ribes, 2000 p. 369)

Es posible resumir, las formas o psicologías que aparecieron en el siglo XX, de las cuales se han desprendido los distintos compromisos psicológicos como formas particulares de concebir del objeto, del método y de la aplicación del conocimiento psicológico a la vida social de la siguiente forma:

- Como el estudio experimental de la experiencia subjetiva (fenómenos mentales), y su relación con los problemas de la filosofía tradicional del conocimiento y la moral.
- Como la extensión experimental de los estudios sobre el funcionamiento del sistema nervioso y la evolución biológica.
- Como el estudio del comportamiento de los organismos y de sus aplicaciones al comportamiento humano en sociedad.

- Como el desarrollo de técnicas de medición e intervención relacionadas con la actividad de los seres humanos en los campos de la salud, la educación y las organizaciones.

Consideremos que los términos mundo, cuerpo, mente, cerebro y conducta, constituyen uno de los referentes de cualquiera de las psicologías, estos términos tienen significación diferente en cada uno de los diversos paradigmas e incluso pueden presentarse interpretaciones específicas diversas al interior de cada paradigma; sin embargo, “todas las teorías psicológicas se ven obligadas a considerar al *mundo* como marco de referencia de su objeto de conocimiento...” (Ribes, 2000; p. 369), y el mundo es nuestro punto de referencia, pues todos los eventos psicológicos, conductas, cogniciones, se ven reflejadas en el mundo material indiscutiblemente.

La psicología “...no ha logrado formular un modelo específico propio, en la medida en que, aún cuando todas las perspectivas conceptuales reconocen la especificidad de los fenómenos psicológicos en la lógica del lenguaje ordinario, no existe consenso respecto de una lógica común de abstracción analítica de dichos fenómenos...” (Ribes, 2009, p. 7). Con lo anterior se puede definir que el problema no se da en el nivel de la coherencia *perfecta* de una teoría científica o tecnológica con los fenómenos psicológicos que pueda satisfacer en la explicación o en el dominio práctico, respectivamente, a la comunidad científica o pragmática, respectivamente también.

4.1 El lenguaje en las psicologías

El dominio *fenomenológico* de las psicologías o la “...materia cruda de lo psicológico, son las prácticas del lenguaje ordinario que incluyen expresiones mentales o psicológicas...” (Ribes, 2010, p. 56-57), lo que nos sugiere previamente, especificar y delimitar sus límites y alcances con respecto al tipo funcional de conocimiento, consideremos pues lo siguiente:

- Los fenómenos psicológicos tienen lugar como episodios entre personas que incluyen siempre expresiones cotidianas, cuyo sentido lo da la circunstancia. Las ocurrencias de palabras aisladas con significación “mental” no constituyen reportes de ocurrencias en ámbitos diferentes y no denotan propiedades o características de dichas ocurrencias o entidades supuestas.
- Los términos psicológicos sólo tienen sentido, como componentes de un episodio, en la medida en que forman parte de una expresión. Por ello, el sentido del término lo da la expresión en circunstancia o contexto. De este modo, los términos psicológicos o *mentales*, no tienen sentido por sí solos, o tienen tantos sentidos o significados como expresiones episódicas puedan tener lugar en circunstancias diferentes.
- En la medida en que las palabras por sí solas carecen de significado, expresiones ordinarias con términos distintos pueden ser funcionalmente equivalentes o semejantes, mientras que expresiones con el mismo término incluido pueden tener sentidos distintos. Por ello, los términos psicológicos *per se* no denotan la circunstancia o episodio en que ocurre el fenómeno, sino que ni siquiera constituyen palabras *índice* de dichas circunstancias.

En la medida de que no se diferencie la funcionalidad de cada uno de estos dos lenguajes seguiremos cometiendo estos errores lógicos, y no saldremos (al parecer de esto no sale casi nadie, evidenciarán, pues, lo relevante que es acotar este tema) de los eternos errores lógicos o categoriales (tratar de algo como lo que no le corresponde). Tales precisiones son según Ribes (2010, p. 57):

- Un lenguaje técnico se caracteriza porque sus términos tienen un sentido unívoco, es decir, guardan una relación de correspondencia estricta con aquellos referentes a los cuales se aplican.
- Los lenguajes técnicos no requieren estar constituidos necesariamente por términos de nueva creación, sino que pueden incluir y, normalmente lo hacen, términos empleados por otros lenguajes o por términos de uso ordinario.

- Lo fundamental no es la forma del término, sino la delimitación o definición precisa de su significado, que se adecue su sentido general a las circunstancias de aplicación, y que no auspicie el uso conflictivo o incompatible de sentidos.
- Es posible distinguir a dos tipos de lenguaje técnico con "distintas funciones": El lenguaje de la historia natural de los fenómenos, y El lenguaje de la teoría científica.

A pesar de afirmar que algunas *psicologías* tienen objeto de estudio definido, lenguaje y práctica, es decir, poseen un cuerpo de conocimientos relativamente sistemático y coherentes con sus principales axiomas paradigmáticos y hay algunas *no tan psicologías* con criterios de sistematización tácitos a pesar del rechazo a las prácticas científicas (Ribes, 2005), sin embargo muchas de ellas no poseen un cuerpo de conocimientos en forma de qué aplicar, sino de cómo aplicar, conocimientos basados *parcialmente* en la experiencia práctica con los objetos y acontecimientos particulares con el fin de dirigirse a ellos. Consideremos pues que los términos de cada psicología por ejemplo, el psicoanálisis, tiene el mismo sentido que en el lenguaje ordinario y debería de partir del primer nivel de abstracción de la realidad empírica: descriptivo.

Se puede decir también que muchas *teorías* que se expresan como cuerpos de análisis sobre la base de compromisos onto-epistémicos particulares, se expresan, explícita o tácitamente, que la Psicología no puede ser ciencia bajo los siguientes argumentos ya antes reflexionados en previas notas: la psicología es el estudio de lo singular, el estudio de la subjetividad humana, por tanto no es ciencia, además, del hombre no se hace ciencia porque su conducta es holística, hay ciencia pero en el hombre "es otro discurso", es una herramienta para la transformación social de las personas; ni hablar de los argumentos pro eclecticismo e interaccionismo, etc.

El análisis conceptual de las funciones de los términos psicológicos constituye un paso indispensable para agrupar o clasificar los fenómenos psicológicos. Permite superar la confusión que derivada de suponer que los términos psicológicos

denotan fenómenos, y que dicha denotación es unívoca. La clasificación de los fenómenos psicológicos, como constituyentes de las prácticas del lenguaje ordinario, se basa en la identificación de usos comunes de las expresiones en circunstancia. Este es el criterio que permite reconocer regularidades en las formas prácticas del lenguaje ordinario y, en esa medida, establecer una primera taxonomía funcional de los fenómenos psicológicos (Ribes, 2010). Con referencia a lo anterior expuesto y reforzando la idea de que lo psicológico es muy distinto a lo químico, físico y biológico, o que el conocimiento psicológico dista mucho de constituirse análogo al conocimiento de las otras ciencias superordinadas a ella, se presenta la afirmación y el rechazo total a aquellas posturas que o, a) tratan de hacer parecer, tanto el poder explicativo como predictivo de una psicología “científica y dura”, como equivalencia de la física, por ejemplo; o, b) sugieren que por el hecho de que la psicología “no es un conocimiento similar al de aquellas disciplinas científicas”, por lo tanto no es posible caracterizarla como tal. Las dos pecan de correcciones incorrectas, porque lo psicológico no se refiere a entidades, sino a funciones o sentidos comunes de los actos lingüísticos.

Por esta razón, los términos incluidos en las prácticas del lenguaje ordinario, que constituyen el mundo natural de lo psicológico, no pueden ser empleados como lenguaje técnico. Los mismos términos no pueden ser descriptores y descritos en un lenguaje técnico. De este modo, para la psicología, el lenguaje técnico se convierte, en principio, en un asunto exclusivo de la teoría científica y de la posterior adecuación de su lenguaje técnico a los fenómenos de la historia natural. El análisis conceptual de las expresiones psicológicas no procura una teoría de lo psicológico, pero es el antecedente necesario para hacerlo. Establece y distingue los tipos de fenómenos que debe abordar la teoría científica de la disciplina.

Es tan necesario saber de epistemología general como de epistemología de las psicologías, pues es posible afirmar que la epistemología de las psicologías es una laguna en comparación del océano de la filosofía científica y la ciencia propiamente dicha. No se puede hablar de psicología si no se sabe de conocimiento, de ciencia, o de filosofía. (Ribes, 2010) con respecto a la naturaleza y fin de la ciencia.

Un modelo psicológico propiamente dicho, no se puede realizarse en el vacío, puede buscar la coherencia y encontrarla, y sin embargo ésta puede no ser congruente con el interés psicológico y su discusión científica como tal. Al parecer, muchas psicologías, han caído en este error por embrujo del lenguaje (Wittgenstein, 1999) que culmina inevitablemente en las dos perversiones del lenguaje (Ribes, 2009b): el suponer que su función básica y definitoria es de denotar y describir la realidad (la mente como un mapa cognoscitivo de las entidades, acontecimientos y propiedades del mundo), y segundo, que todos los términos justifican la existencia que aquellos hacen alusión (por que hablo de fantasmas estos existen, por que hablo de mente esta existe, por que hablo de memoria esta existe; sin embargo, estas expresiones no son las entidades justificadas y aisladas de su práctica social, sino el motivo e interés del estudio mismo y su análisis conceptual respectivo). Ribes (2010, p. 61) lo resumen de la siguiente forma:

- Un modelo teórico de la psicología, requiere forzosamente del análisis histórico de las propuestas elaboradas previamente, de la comparación crítica de los límites sistemáticos y heurísticos de cada teoría general, y del examen de su adecuación epistémica al campo de fenómenos que definen lo psicológico. debe evitarse la búsqueda de falsas integraciones entre teorías basadas en modelos lógicos y epistémicos diferentes, pues los conceptos no son traducibles en principio. No es necesario agregar que la teoría sin método, preparaciones experimentales y el lenguaje de datos correspondientes, carece de significación.
- Toda teoría se prueba en la medida en que es un instrumento eficaz de identificación, búsqueda, sistematización, descripción, interpretación y evaluación de hechos, y sus correspondientes datos Una teoría concebida de esta manera como cuerpo general de conocimiento sobre lo psicológico debe ser el núcleo central de la formación en la disciplina.

En lo último expresado, radica la diferencia entre una persona que analiza y sintetiza lenguaje ordinario y otra que hace lo mismo pero que es psicólogo

tradicional (independientemente que el primero no comete errores categoriales *aunque esté tentado a hacerlo*, como el segundo que oficialmente lo comete por extrapolar y tecnificar su lenguaje; aunque ellos dos usen “los mismos términos mentales para referirse a conductas”, el primero asume lo semejante y el segundo, equívocamente, lo común a ellos en forma de procesos, funciones y/o actividades espacialmente especiales paralelas a la actividad misma del organismo): Usualmente las personas referimos, interpretamos, valoramos, es decir, nos desenvolvemos en la vida cotidiana según nuestra historia y actuación particular (y a falta de experiencia o forma usual de referencia, lo particularmente observado o dicho por los demás hasta el uso de suposiciones y/o opiniones que pueden caer en prejuicios, clichés, supersticiones, etc.); y el psicólogo, con respecto a “sus teorías” (o sistemas de proposiciones de términos ordinarios o desarrollados para enunciar ideas genéricas y generales sobre cierta dimensión psicológica de cualquier aspecto de lo social) y sus prácticas –oportuna y oficialmente en contextos universitarios y profesionales- variadas inter e intra sujeto, adquiere la competencia, más o menos impuesta, de la *generalidad* (Psicología del desarrollo, Psicología de las masas, Modificación de conducta, etc.) y la *valoración neutral* (no se cae en el prejuicio ni en la valoración negativa de las interacciones psicológicas, esto es, la dimensión moral sólo define la identificación de las conductas que el usuario elige cambiar o no, qué cambiar y cómo hacerlo; sin embargo es posible identificar prácticas relativamente “etiquetadoras”, propias del paradigma médico y su intrusión en el dominio de lo psicológico) de un fenómeno psicológico más que recurrir a una opinión inmediata (aquí radica su relativa efectividad).

Antes de diferenciar al psicólogo tradicional del psicólogo interconductual con respecto al conocimiento psicológico, es posible referir algunas consideraciones:

- Las *nociones de generalidad* son relativas respecto al enfoque teórico y su objeto: éste puede reducir la gama de factores y relaciones que hacen posible nuestras interacciones; sus diversos objetos de estudio pueden divergir en distintos métodos y técnicas hasta de criterios de aplicabilidad en las diversas intervenciones profesionales; aunque puedan coincidir en

criterios comunes, el propio marco teórico la de la *forma* peculiar de dicho fondo o contenido; se enmarca en problemas de *intrusión disciplinaria*.

Se puede enunciar en forma generalizada, que la Psicología Tradicional puede existir y existen sesgos en la comprensión del fenómeno psicológico (o justo antes de su especificación lógica) fruto de la tentación del lenguaje como esencia (extrapolación equívoca de lenguaje ordinario-descriptivo como científico-explicativo; hermenéutica, confusión entre los datos observados y su entendimiento por nuestro marco esencialista, etc.) Las *nociones de generalidad*, aunque estrictamente aprendidas en las prácticas mismas (desempeños concretos con una meta o criterio de logro, esto es, las competencias conductuales del psicólogo) (por lo que las universidades deben de priorizar mayor apertura a éstas), para el psicólogo le es necesario una dosis de carga teórica ordinaria (un cuño para referirse a los tratados que los psicólogos sustentan bajo el criterio de experiencia, pero que al mismo tiempo, no se sustentan bajo premisas científicas de teorización ni verificación empírica. Es posible localizar a algunas psicologías que realizan trabajo empírico pero con errores epistemológicos diversos) para contextualizarse en éstas, siendo al mismo tiempo influenciadas de manera considerable por la diversidad teórica, su ambigüedad conceptual, y sus combinaciones pragmáticas.

- Se ha utilizado el concepto de nociones de generalidad, por su relatividad paradigmática, además de poder distinguirlo del concepto de regularidad en el discurso científico como generalidades categorías abstraídas de lo per se (y no lo per se en sí mismo como el caso de la Psicología oficial, tradicional o Conductismos Metodológicos). De igual forma, se utiliza carga teórica (productos relativos paradigmáticos, de superstición teórica, de hermenéutica, de caso a la demanda sin coherencia categórica y de sus categorías respectivas, de otras corrientes de pensamiento, de otras corrientes científicas, de otras corrientes disciplinarias, etc.), para diferenciarla de la teoría propiamente científica(objeto de estudio delimitado, lenguaje especializado y prácticas

de producción de conocimientos en donde se integran al mismo tiempo los métodos y las competencias del científico).

- Las ciencias constituyen un modo especial de conocimiento. Se interesan por los objetos y eventos de la realidad, pero no en su existencia u ocurrencia concretas y singulares. Las ciencias pretenden comprender dichas formas de existencia y ocurrencia, pero como expresiones de principios o conceptos generales. En dicha medida, las ciencias para dar cuenta de los eventos y objetos de la realidad deben formular conceptos y principios que trasciendan su concreción cotidiana. De ahí que las descripciones científicas constituyan formulaciones abstractas y analíticas. Son abstractas en tanto no hacen referencia a ningún objeto o evento en particular en circunstancias particulares. Son analíticas por que hacen referencia a propiedades comunes compartidas por eventos y objetos, que son posibles de identificación mediante el artificio de su desagregación conceptual (Ribes, 1988, p. 73).

Dicho esto, la Psicología Tradicional trató de encontrar en lo semejante los fenómenos que hacen alusión al lenguaje multívoco; lo común por no haber creado un lenguaje especializado (personalidad, inteligencia); el psicólogo interconductual formula términos especializados que implican propiedades comunes de lo semejante (estilos interactivos, competencia), por lo que establece un lenguaje nexa (lenguaje natural de la psicología) entre el ordinario y el propiamente científico (no es que no lo estudiemos, todo lo contrario, se los estudia como tal definidos por sus regularidades, y no indirectamente a entidades o procesos inexistentes que se presumen son comunes a ellos).

A pesar de que las psicologías sean el resultado de elecciones, de jerarquizaciones de las notas del concepto, del deseo de unificarlos, y de darles *contornos matemáticos* a nuestros conceptos cotidianos; o como un síndrome de técnicas de comprensión y tratamiento de las personas, erigido sobre facetas seleccionadas de nuestros conceptos se ha afirmado que, hasta para la ciencia psicológica, es posible la influencia de la opinión o percepción del psicólogo sin que éste pueda sostenerse como ciencia unificada. Sin embargo, se aduce que los

términos psicológicos son semejanzas de familia que no los exenta de usos paradigmáticos pero que la Psicología Tradicional lo estudia como fenómenos o apariencias (o esencias puras). Es posible la confusión conceptual con métodos experimentales (Wittgenstein, 1999). Contra ello, aunque nuestro objeto de estudio se desprenda de, o emane de lenguaje natural y esté supeditado a un ver como en el hombre, las proposiciones científicas son posibles y la unificación en su consenso y concepción es, por tanto, probable.

Eso que podemos llamar *fenómenos de pensar*; por ejemplo, es en realidad un conglomerado con bordes amorfos, aparte de que excluye la legitimidad del discurso acerca de la “experiencia” del pensar, el creer, etc. Dichos fenómenos no son experimentales, pero sí son en cambio observables. Para que el psicólogo pueda estudiarlos es preciso, entre otras cosas, que sean expresados y el modo paradigmático de expresar algo es por medio del lenguaje. La psicología es, pues, una ciencia en la que, más quizá que otras, la menor distorsión del lenguaje humano no puede sino conducir a incomprendiones definitivas y a engendrar errores sin fin.

El conocimiento psicológico, al igual que las otras ciencias, concibe su objeto de estudio a manera de campo fruto de una evolución onto-epistémico; a diferencia de ésta, la naturaleza de sus enunciados generales son de tipo probabilístico o disposicional (por su nivel molar de complejidad entendido como las covariaciones en cada expresión social, a diferencia, por ejemplo de las constante filogenéticas). El conocimiento psicológico nace de nuestra convivencia social por lo que nuestro lenguaje cotidiano y a los fenómenos en que sus términos (mentalista y demás) a los que hace uso, se definen, en principio, su inicial interés, discusión y necesidad de comprensión respectiva. El lenguaje ordinario no es entendido en esencia, como lenguajes que se juegan (pensar que se sigue una regla no es seguir la regla) así como piezas (términos que se usan); es decir, como *herramienta* define el éxito en la comunicación en cada contexto o práctica humana definida socialmente (“tiene la mente en otro lado”), sin embargo, en la medida en que se le *quiera ver más de cerca* (Ciencia, filosofía y cotidianidad) y se trate de capturar su esencia, imagen o pureza (lo regular como lo común), se

habrá sacado del concepto su significado que, sí y solo sí, posee sentido en el discurso(s) particular(es) (multivocidad conceptual) del que se apartó.

Este *atracción* de buscar un cuerpo, no encontrarlo y llamarlo *espíritu* (o esencia), el cual se vivencia como una tentación en nuestra cotidianidad, se ha convertido en sofisticados anudamientos conceptuales como es la filosofía tradicional, en enormes obstáculos para la generación del conocimiento o de las ciencias, además de haberse entronizado, paradójicamente, con la oficialización de éstos entrampamientos en el proyecto de la ciencia psicológica.

Por tanto, los problemas en las psicologías surgen del desconocimiento hasta indiferencia en el caso de conocer, de diferenciar cualitativamente y cuantitativamente la naturaleza del conocimiento psicológico usado por una persona en su cotidianidad (práctica no profesional), un psicólogo profesional (práctica profesional), y un psicólogo Interconductual (práctica profesional desprofesionalizada y desprofesionalizante). Esto criterios son: Delimitación del objeto, lenguaje especializado, prácticas de producción del conocimiento, nociones de regularidad, criterios de aplicabilidad, y efectividad social. La persona en su cotidianidad (práctica no profesional) conoce lo psicológico en forma de las categorías fenoménicas a las que hace alusión según el contexto que determina el significado o el uso de que se le de a cada término psicológico. Sin embargo, se está tentado de caer en esencias cuando se trata de explicar qué es el término (más no cómo, cuándo, y dónde). No se convive constantemente por saber la realidad, creando categorías analíticas de la regularidad del mundo, más bien la singularidad es nuestro fin y su respectiva expresión de actuar.

Convivimos para hacer millones de cosas, no para hacer ciencia mediante un lenguaje técnico (entonces no conviviríamos). El lenguaje ordinario por esta singularidad, la no consistencia de los datos, y la escasa generalidad con respecto a la convivencia de las personas y objetos y/o entidades en circunstancias que nos rodean, no se puede establecer como conocimiento formal ni como conocimiento de cómo aplicar y qué hacer con respecto al comportamiento puesto que, aunque se identifiquen como tal, no reúne las características ni mucho menos los objetivos

de formalidad y naturaleza sistemática (metódico, verificable, objetivo, crítico, provisorio, etc.). Su efectividad se establece en la medida en que el lenguaje (tentado o no por el embrujo del esencialismo) de los individuos esté enmarcado en el marco de los valores sociales (moral) y en la correspondencia de sus prácticas con las de su grupo como formas de agrupación de lo singular en los distintos ámbitos humanos (económico, político, salud, etc.). Se puede solucionar un conflicto amical sin ser científico.

4.2 Intervenciones incompatibles e incomparables

Tal como se mencionó antes, las teorías psicológicas tienen algo en común, esto es que todas tienen como marco de referencia, de su objeto de conocimiento, al *mundo*, por lo tanto las intervenciones psicológicas empleadas en la psicología clínica deben (o deberían) enfocarse en que el sujeto, paciente, individuo, cliente, se reinsertara de forma funcional a dicho mundo. Pero podemos dilucidar que son más los puntos en los que difieren tanto las teorías como las intervenciones psicológicas.

No es posible determinar qué tipo de intervención es mejor que otra, basados sólo en el nombre o en la *popularidad* de la misma o en la inclinación teórica que se tenga en la formación profesional, por el contrario, se debe considerar que pese a la *diversidad* de las intervenciones psicológicas y que, no todas han sido sometidas a un escrutinio empírico (Phares y Trull, 2003), sólo de algunas de ellas hay evidencia *limitada* de que dicha intervención sea más efectiva que otra; Bados, García y Fusté (2002) son claros al señalar que: "...la eficacia de una intervención depende de la calidad de los datos empíricos que la sustentan..."(p. 479).

Pascual, Frías y Monterde (2004) "...sólo hay una psicología clínica aceptable, aquella que se sostiene sobre los principios del método científico..." (p. 6); sin embargo, como se señaló en los capítulos anteriores no todas las psicologías basan sus procedimientos en el método científico.

No es intención de este capítulo desacreditar el trabajo realizado por los psicólogos que han desarrollado teorías y técnicas innovadoras (en su momento) y que han ayudado a la evolución de la ciencia psicológica, pero sí es necesario distinguir ciertas ventajas y desventajas que implican cada una de las intervenciones, no en relación al trabajo realizado por el psicólogo, sino a la funcionalidad que requiere el paciente, cliente o usuario del servicio psicológico.

Podría resultar fácil realizar algún sondeo con usuarios de servicios psicológicos, para saber que tan eficiente fue dicho servicio, que tan satisfecho ha quedado con él, si lo recomendaría, etc. pero, la mayor parte de los usuarios no saben qué tipo de intervención psicológica fue utilizada en ellos (en ocasiones ni el propio psicólogo lo sabe), por lo tanto tendremos que retomar información teórica y empírica (cuando la haya) de los pros y contras de las intervenciones psicológicas.

Mustaca (2004) menciona que se ha puesto cierto énfasis en el estudio de la eficacia de las intervenciones psicológicas, por lo que se han desarrollado y establecido pautas para su validación empírica q, basadas en el método científico.

La investigación de resultados psicoterapéuticos toma como variable el resultado de la terapia, donde la información es obtenida principalmente a través de un enfoque experimental y cuantitativo para determinar el monto de los cambios terapéuticos (Cáceres, Fernández & Sanhueza, 1990).

Es cierto que todas las intervenciones que se han mencionado en el presente trabajo, éstas se pueden someter a ciertas críticas:

4.2.1 Terapia psicoanalítica

La contribución de Freud al psicoanálisis (Bernstein, 1982) y de éste a la psicología en general, se puede ver reflejada en:

- Presentó la teoría más amplia y revolucionaria del comportamiento (hasta entonces)
- Introdujo ideas y conceptos que captaron la atención de la psiquiatría y otras profesiones cuyo objetivo es ayudar a personas con *problemas*

En la psicología clínica la aportación de Freud, se puede considerar de la siguiente forma:

- Estudio intensivo de un individuo
- Sesión de evaluación
- Tratamiento entre dos personas (psicólogo-paciente)
- Que la conducta manifiesta tiene relación con causas psicológicas que se pueden identificar
- La idea de que, ciertos factores que desconoce el individuo pueden influir en su conducta
- Importancia del conflicto
- Conceptos llevados a la cotidianeidad (consciente, inconsciente, yo, ello, complejo de Edipo, etc.)

Pese a que son numerosas las aportaciones del psicoanálisis a la psicología clínica, es un error común reducir esta última al modelo psicoanalítico; que también ha sido criticado (Bernstein, 1982) porque:

- Las ideas e hipótesis psicoanalíticas (yo, ello, súper yo, consciente, inconsciente, etc.) son abstracciones casi imposibles de verificar científicamente
- Sus técnicas no son confiables ni válidas para medir conceptos de la personalidad
- Las experiencias clínicas de Freud, fueron con un número reducido de pacientes, lo que cuestiona la generalización de sus ideas
- Los conceptos psicoanalíticos acerca de la conducta y el desarrollo de ésta no son universales
- No dedica suficiente atención a la posibilidad de crecimiento entre las personas, ni a la influencia de la sociedad y cultura sobre el comportamiento
- El modelo facilita el que cualquier conducta sea interpretada como indicadora de motivación inconsciente

- El enfoque médico de Freud adjudica etiquetas despectivas a los *problemas* que presentan los pacientes

Para Bunge (1998; Bunge y Ardila, 2002), en su modelo de demarcación de la ciencia, sostiene que el psicoanálisis es un ejemplo de pseudociencia porque carece de consistencia externa. Mientras las diferentes disciplinas científicas interactúan apoyándose las unas en las otras, tanto en sus aspectos teóricos como empíricos, el grave problema del psicoanálisis, consistiría según sostiene Bunge, en que se trata de una disciplina aislada del resto del conocimiento, que no interactúa con disciplinas obviamente pertinentes, tales como la psicología experimental, la neurociencia cognitiva y las ciencias biológicas. Más aún, según este autor, el psicoanálisis es incongruente con los descubrimientos de estas disciplinas.

En la investigación sobre eficacia clínica, realizada usualmente comparando grupos de tratamiento con distribución aleatoria, los resultados muestran que existen factores inespecíficos benéficos (contacto afectivo, escucha empática, experiencia del terapeuta, etc.) comunes a distintas terapias (cognitivas, conductuales, sistémicas, psicoanalíticas, gestálticas, y diversas versiones de integración entre ellas), mientras que para las conductas más resistentes al cambio se evaluaron terapias más eficaces que el tratamiento placebo, que en su mayoría son cognitivo-conductuales.

Tanto las corrientes cognitivas como las conductuales, a pesar de sus diferencias, coinciden en el esfuerzo por contrastar sus resultados y realizar seguimientos, lo cual permitió validar, descartar o mejorar sus técnicas. Esa situación obligó a algunos seguidores del psicoanálisis a comprometerse en la investigación experimental, pero a la vez eso implica aceptar el riesgo de modificar la teoría en función de los resultados, algo que muchos no están dispuestos a enfrentar. Este es el dilema actual que enfrenta el psicoanálisis, el cual llevó a la escisión de un grupo dispuesto a la investigación y el cambio, y otro que se repliega en un forma conservadora en la teoría.

Se pueden rescatar algunas ideas del psicoanálisis como heurísticos para generar nuevas teorías y ponerlas a prueba empíricamente, como la idea de transferencia y las investigaciones sobre relaciones interpersonales, pero a la vez eso implica abandonar el conservadurismo y el temor a distanciarse de las propuestas freudianas originales (hecho que resulta esperable en una disciplina que se modifica en base a la investigación). Esa línea alternativa, más abierta a la investigación y al diálogo con hipótesis rivales se puede encontrar reseñada en Bergin (Handbook of Psychotherapy and Behavior Change) y en los autores de distintas corrientes que recibieron influencias del psicoanálisis y buscaron contrastar sus propias hipótesis.

4.2.2 Terapia cognitiva

Para la terapia cognitiva, es indispensable conocer y evaluar primeramente los pensamientos y los tipos de procesos cognitivos que la persona emplea. La principal crítica a la psicología cognitiva hace referencia a la terminología utilizada. El tomar prestado de la ciencia de los ordenadores, de la lingüística e, incluso de la filosofía, una gran parte del vocabulario, ha hecho que la psicología cognitiva tenga una terminología inflada, poco precisa y poco válida operacionalmente. Términos como rutina, almacén, esquema, unidad central del proceso, etc. no se sabe muy bien a qué realidad psicológica hacen referencia. Por otro lado, todos estos términos tienen poca plausibilidad desde el punto de vista neurofisiológico, pues hasta ahora ha sido imposible encontrar en que parte del SN se localizan estas estructuras.

Por otra parte, los apoyos técnicos que la psicología cognitiva ha buscado en instrumentos como el ordenador han sido también cuestionados. El ordenador ejecuta con muchísima mayor velocidad y precisión las tareas mecánicas que el hombre. Pero el hombre actúa de un modo más flexible y creativo. El ordenador es incapaz de aprender a partir de experiencias desfavorables. Además, la máquina percibe de manera diferente al cerebro, es sensible a actuar ante una imagen determinada de un objeto, pero otras imágenes del mismo objeto que se obtienen

desde otros ángulos no provocan la respuesta, por ser consideradas imágenes distintas. A estas razones se pueden añadir otras de tipo atencional y motivacional; el ordenador no experimenta emociones ni distracciones, porque todos los recursos para resolver el problema los posee desde el principio y, una vez iniciado el proceso, la sucesión es automática y precisa. Todas estas razones hacen que la comparación entre la actuación del ordenador y la mente humana sólo se pueda realizar a grosso modo, siendo cuestionadas las extrapolaciones de los datos obtenidos.

Según Labrador, Cruzado y Muñoz (1997) entre los principales problemas que presenta esta terapia se deben destacar la ausencia de una clarificación precisa de las relaciones entre las cogniciones, las respuestas emocionales y la conducta motora. Muchos autores incluidos en este enfoque utilizan constructos mal operacionalizados, así como modelos de causación circulares. Resulta obvio decir, que las variables cognitivas que se utilicen deben estar adecuadamente fundamentadas en la psicología experimental, lo que falta aún en la investigación básica. Es necesario por tanto, estructurar y sistematizar de la manera más rigurosa los procedimientos, dotándolos de una mayor fundamentación teórica y llevar a cabo una adecuada evaluación de su eficacia. Como señalan Safran & Segal (1994) “Pese a la creciente popularidad en la teorización de la psicoterapia de la orientación cognitiva, no existe una teoría cognitiva única, uniforme, del desarrollo de la personalidad, la psicopatología y el cambio, sino tan sólo una multitud de conceptos cognitivos diferentes, muchos de los cuales parecen ser independientes y no tener cohesión con el resto...” (p.66).

Por ello a efectos de encontrar una base teórica global para su trabajo, los investigadores y teóricos de la Terapia cognitiva se están volcando cada vez más en la psicología cognitiva experimental. Según Kazdin (1989) “Una de las principales dificultades a la horade tener en cuenta los procesos encubiertos es de índole metodológica, debido a que los eventos privados o encubiertos, tales como imágenes y pensamientos, sólo puede detectarlos la persona que los experimenta. Esta capacidad para evaluar los procesos encubiertos representa un obstáculo par

la modificación de la conducta, puesto que no puede verificarse la ocurrencia o ausencia de esos procesos” (p. 261).

En tanto que la perspectiva del condicionamiento encubierto ha tenido una variedad de formas moleculares, su premisa central ha permanecido sin modificación: los procesos y principios que describen los fenómenos encubiertos son continuos con aquellos que describen las conductas explícitas. El supuesto de la continuidad o identidad entre los principios del aprendizaje explícito y encubierto es significativo, especialmente en relación con la adecuación teórica del modelo del condicionamiento encubierto. Si se asume tal continuidad, se puede entonces realizar una extrapolación lógica de los fenómenos de aprendizaje explícito a los procesos encubiertos. Los modificadores de la conducta han defendido reiteradamente el supuesto de la continuidad, sin embargo tales defensas se han basado principalmente en la interferencia lógica, más que en la demostración empírica; es decir, no hay razón para creer que los fenómenos privados son en algo diferentes de los fenómenos públicos. Las terapias de condicionamiento encubierto han presentado un cuadro empírico mezclado y generalmente modesto. La limitada evidencia experimental sobre detención del pensamiento, el control, el reforzamiento negativo encubierto y la extinción encubierta, no han prestado apoyo a la pretensión de que estos procedimientos afectan consistentemente de manera confiable o clínicamente significativa los progresos terapéuticos. El resto de las técnicas, con la excepción del modelamiento encubierto y algunas formas de sensibilización encubierta, han mostrado una eficacia generalmente mezclada o tangencial. El uso de las terapias de condicionamiento encubierto en la modificación de la conducta, las evaluaciones empíricas controladas y los refinamientos, han permanecido considerablemente atrás de las aplicaciones clínicas. Ya que usualmente la política para la publicación en revistas parece ser selectivamente exponer los *éxitos* y oscurecer nuestro conocimiento de los resultados negativos.

La terapia cognitivo conductual posee una adecuada consistencia externa, entre sus propios postulados y los de la comunidad científica, debido a que el conjunto de sus conocimientos respeta los parámetros científicos de la época.

Existe desarticulación entre los aspectos simbólicos-formales de la terapia, vale decir sus aspectos conceptuales en relación con su adecuación empírica, en la medida que no existe correspondencia entre la teoría y los datos que la sustentan.

Su contrastabilidad es limitada y polémica pues al tratar con eventos no observables directamente, debe manejar dos clases de términos: los constructos hipotéticos; y los observacionales que expresan propiedades concretas de los anteriores vía las definiciones operacionales, los cuales en su gran mayoría no se apoyan en evidencia empírica obtenida de la investigación experimental.

Su poder explicativo es limitado pues diversas investigaciones demuestran que los cambios conductuales se dan independientemente de los cambios cognitivos, por ejemplo, existen tratamientos no cognitivos, incluyendo la farmacoterapia, que producen cambios cognitivos equivalentes a los producidos por la terapia cognitiva en otros estudios, los cambios ocurren primero que las modificaciones cognitivas, cuando presumiblemente aquellas dependen de éstas. Otros hallan que cambios en las cogniciones no se correlacionan con cambios en la conducta. Si se tiene en cuenta que las derivaciones predictivas constituyen el puente entre la teoría y la realidad, y que las predicciones derivadas teóricamente proporcionan oportunidades empíricas para poner a prueba la terapia Cognitivo conductual, llegamos a la conclusión de que su poder predictivo es de bajo nivel, pues carece de exactitud y aún el nivel de su teorización es bajo, pues sus formulaciones se aíslan de los datos al ser incapaces de ofrecer predicciones claras. Por lo tanto, es necesario contar con sólidas investigaciones experimentales que permitan disponer de evidencia empíricamente obtenida que posibilite la fundamentación y/o consolidación de la teoría⁸. que debe dar soporte al ejercicio clínico, el cual ha estado en gran parte desarticulado de sus principios teóricos y más guiado por el pragmatismo.

4.2.3 Terapia conductual

Esta forma de intervención tiene claro los fines y apunta a los cambios de conducta, cuyos resultados se pueden medir con exactitud, podemos ver como ventajas que:

- En un tiempo breve resuelve los síntomas graves y agudos de problemas específicos, que en otros modelos requiere de un tiempo más prolongado.
- Camino claro, valido y específico, acentuando el aprendizaje social.
- Objetivo, metódico, científico, organizado, concreto y explícito.

La crítica más frecuente hace referencia a que el Modelo Conductual ignora o no concede suficiente importancia a los aspectos subjetivos de los humanos en general, y a la propia identidad personal de cada individuo, en particular, limitándose a estudiar la conducta externa adquirida con su relación con el medio. Evidentemente esta crítica es sólo aplicable a los enfoques conductuales más radicales pero no a otros más actuales que integran perfectamente conducta y elementos del mundo subjetivo (enfoque cognitivo-conductual). Otra crítica hace referencia a que el modelo conductual sólo es aplicable o válido para solucionar problemas relativamente simples y restringidos a ciertas manifestaciones de la conducta. De nuevo habría que alegar que estas limitaciones han sido también superadas en los actuales enfoques. La validez de los principios o conceptos en los que se sustenta han sido también criticados, en base a que no se han establecido, las bases sobre las que el modelo se sustenta por parte de los diferentes enfoques. Esto hace referencia más bien a una cuestión de forma en la que cada posición teórica trata de justificar los principios del aprendizaje desde sus propios postulados (por ejemplo posiciones conductista y cognitivistas dentro del propio marco del Modelo Conductual). Finalmente, señalar la crítica centrada en la aplicabilidad de muchos de los principios del modelo conductual, derivados de investigaciones en laboratorio con animales a la explicación y modificación de conducta humana. A este respecto, hoy en día, no existe ninguna duda, que la

modificación de conducta ha dotado a la Psicología Clínica de valiosos instrumentos de intervención que, independientemente del enfoque teórico de cada clínico, pueden aplicarse a multitud de trastornos, especialmente en los conductuales, y en población tanto normal como en casos de niños con retraso mental u otras discapacidades.

Además:

- La intervención se basa en técnicas de modificación de la conducta, que para algunos es incompatible para los valores y principios del servicio Social, debido a la manipulación y uso del cliente, obviando el autocontrol y autodominio.
- Se polariza la diferencia de los roles y status, entre el profesional y el sujeto, lo que hace que la relación sea poco dinámica y paternalista.
- El modelo interpreta estrictamente la conducta en relación causa-efecto, sin dejar lugar a los valores, elecciones morales o juicios éticos del hombre.
- La modificación de la conducta no encaja a veces con determinadas prácticas culturales. La inadaptación puede ser fruto de un proceso de sobrevivencia.
- Ignora la existencia del inconsciente, los sentimientos y estados de la mente. No le asigna un papel a la personalidad, al Yo ni al "sí mismo". No da lugar a la libertad, a la voluntad ni a la intencionalidad.
- No intenta explicar los procesos cognoscitivos, la intuición, la información ni el proceso creativo. Ve al sujeto como un receptor pasivo.
- Es mecanicista: concibe lo psicológico como un conjunto de respuestas ante estímulos. Descuida la dotación innata y el papel del sistema nervioso, lo que es un modo reduccionista de mirar al ser humano que no repara en su complejidad.
- Está desfasado del desarrollo actual de la ciencia. Trabaja con animales, asimilando su comportamiento al humano. Sus aplicaciones

son envilecedoras (premios, castigos) y hasta brutales (descargas eléctricas, vomitivos, etc.).

- Es operacionalita: identifica los fenómenos con las esencias. Es una ideología importada, al servicio del poder, que mantiene la psicología como ciencia natural, no preocupada por los fenómenos sociales.

4.2.4 Terapia interconductual

Como menciona Vargas (2008a) la psicología interconductual es “el cuestionamiento y propuesta más seria no sólo en lo que a la... psicología se refiere, sino en sus implicaciones filosóficas extensivas a la consideración del ser humano...” (p.3).

Y es que tal como lo menciona Ribes (1994) la teoría interconductual, tal como la formuló Kantor, no es propiamente una teoría psicológica, “es una teoría acerca de lo psicológico, y de cómo construir un sistema teórico para describirlo y estudiarlo” (p.230), por lo que la teoría interconductual no se dirige a la descripción de eventos concretos, sino a la delimitación de características que deben poseer los conceptos referidos a eventos concretos y sus propiedades (Ribes, 1994). El modelo interconductual ofrece un punto de vista objetivo de la conducta y deja de lado términos ambiguos para su explicación; diversas posturas afirman que la conducta se rige en función del objetivo que la persona desea obtener a través de esa conducta. Desde la perspectiva interconductual, no se habla de metas sino de funcionalidad (Tryon, 2008).

Dentro de la psicología clínica, para lograr encontrar una solución adecuada a la problemática que nos plantea un usuario es necesario primero, definir el problema psicológico. Desde este enfoque la identificación y definición del problema se llevan a cabo de manera conjunta entre el psicólogo y el usuario. El psicólogo, con ayuda de la entrevista como herramienta de evaluación básica, va solicitando la información que requiere y al mismo tiempo informando al usuario de los eventos, personas, circunstancias, juicios de valor, etc. que configuran su problemática. No

se pretende dotar al usuario de un lenguaje técnico, sino de un método para analizar sus problemas, de manera que sea él quien, una vez comprendido su problema, opte por la alternativa de solución que mejor se ajuste a su caso (Landa, 1996).

Como se mostró previamente, el enfoque interconductual tiene dos tipos de intervención, el análisis contingencial y la IICC.

El análisis contingencial se ha empleado fundamentalmente en su función de intervención, aunque igualmente podría aplicarse para diseñar programas preventivos o con funciones tales como el desarrollo y la planeación, este tipo de intervención ha demostrado ser eficaz en la modificación de interacciones valoradas como problema, como sistema de análisis plantea la posibilidad de investigar procesos de comportamiento a través de un marco teórico diferente, lo que permite entender el comportamiento humano en su ambiente natural y su aplicación depende del conocimiento del modelo interconductual, por lo que implica entender un modelo cuya lógica de análisis es distinta a otras (Rodríguez, 2002), pero este análisis presenta algunas inconsistencias teóricas y metodológicas, tanto en los conceptos que emplea como en su lógica y procedimientos (Vargas, 2006a)

Por otro lado, la IICC, opera empleando conocimientos científicos adaptados a requerimientos concretos, a través de acciones que integran el estudio analítico en procedimientos específicos, conjugándose en la mayoría de los casos con elementos tecnológicos de otras disciplinas; a diferencia de los modelos psicológicos causales “la teoría y la tecnología interconductual establece que la conducta ocurre de manera característica por todos los elementos y estructuras que la componen... (por lo que) una interacción puede ser alterada al cambiar algún elemento o estructura...” (Vargas, 2006b, p. 60).

La IICC es un procedimiento sencillo, en el sentido en que se centra en el cambio de los elementos constitutivos de la interacción y/o de la valoración, por lo que no supone elementos ajenos o ambiguos y, para realizar este cambio se vale de diferentes técnicas que van desde la ampliación de los conocimientos del UPGr en

torno al tema que refiere como dificultad hasta la modificación de hábitos y elementos concretos dentro del segmento interconductual especificado en el análisis de la conducta. Si bien las técnicas y materiales a emplear en el proceso de regulación de la conducta pueden ser variados, particularmente si se trata de cambiar la valoración del UPGr, y dependen de las mismas características de la conducta de interés, se puede incurrir en un error común de los psicólogos clínicos que consiste en retomar cualquier técnica que se ajuste a la situación sin considerar que se ajuste también al modelo de intervención. Por ello, sería conveniente que se plantearan requisitos indispensables para la viabilidad en el uso de técnicas para la regulación de la conducta.

Actualmente se cuenta con investigación a cerca de la eficacia de la IICC como procedimiento de intervención en el área clínica; es decir, se cuenta con datos para verificar que “funciona o no funciona”. Sin embargo, como un procedimiento de entrenamiento sólo se cuenta con los datos anecdóticos, no documentados, de los alumnos del área de psicología clínica de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, por lo que se sugiere documentar estos datos de manera que se demuestre su viabilidad en el desarrollo de habilidades de los futuros psicólogos (Velasco, 2011).

CONCLUSIONES

La psicología como ciencia tiene una independencia de otras ciencias, realmente reciente, y eso se puede percibir en la multiplicidad de objetos de estudio que tiene, así como de procedimientos para realizar los acercamientos con dichos objetos (Kantor, 2000) Esta falta de especificidad y de consenso en el objeto de estudio lleva a la necesidad de apoyar sus explicaciones continuamente en elementos propios de otras disciplinas o de adherir a los modelos explicativos elementos inconsistentes dentro del mismo, lo que aleja a la psicología de su objetivo inicial de científicidad.

Sin embargo, los avances de la psicología como disciplina científica también se han hecho notar con los cambios en la concepción del propio objeto de estudio, que ha ido avanzando progresivamente de ideas, (que podrían resultar hasta fantasiosas) como la de que la psicología era una ciencia del alma, hasta centrar poco a poco la atención eventos específicos que se han tornado en su objeto de estudio, dependiendo del punto de vista adoptado.

El surgimiento del psicoanálisis siempre será considerado como una parte muy importante en la obtención de dicha independencia científica, pero la teoría psicoanalítica, carece del rigor necesario para ser considerada como meramente científica y posibilitar su avance. La psicología cognitiva, por su parte muestra problemas tales como la ausencia de una clarificación precisa de las relaciones entre las cogniciones, las respuestas emocionales y la conducta motora. El conductismo, por ejemplo, por su excesivo rigor ha caído en decadencia por no poder explicar fenómenos complejos y desecharlos como no válidos o inexistentes.

El interconductismo marcó el camino hacia la científicidad completa, conformándose como una propuesta integral, novedosa e independiente de análisis de la conducta como objeto de estudio de la psicología. A la propuesta interconductual se adhirieron de manera concreta muchos elementos que otros

habían intentado considerar, pero que sólo trajeron ruido a sus modelos por no darles el tratamiento adecuado. El interconductismo enfatizó las interacciones entre las ciencias y sus objetos de estudio en el continuo de la realidad y con ello definió de manera más específica el objeto de estudio de la psicología, desambiguando sus explicaciones y procedimientos de manera que ya no requieren de otros modelos explicativos para regir tanto la investigación como su incidencia en la resolución de problemas socialmente planteados.

Por su parte el área clínica de la psicología estuvo mucho tiempo ligada a la medicina, específicamente a la psiquiatría y a la farmacología, utilizando términos como salud y enfermedad mental, desórdenes de personalidad, etc. Por tratarse de un área tecnológica, la psicología clínica y su acción está sujeta siempre a las demandas sociales, hecho que se puede observar claramente al analizar el cambio en cuanto a la acción del psicólogo clínico a lo largo de la historia, pasando de ser un asistente de psiquiatra a un fisiólogo, evaluador, educador, terapeuta e investigador actualmente.

Como otro aporte importante del cambio en el pensamiento y los procedimientos, la investigación en psicología clínica hace ver que los modelos empleados en la atención de los pacientes, (usuarios, sujetos, clientes) no es la adecuada, al mismo tiempo que permite difundir nuevas técnicas, modelos explicativos y resultados de efectividad de los tratamientos de manera que el área crece en la medida en que la investigación se diversifica; las propuestas teóricas surgidas el siglo pasado tienen su propio modo de abordaje del área clínica, pero todas ellas, por su naturaleza, han dejado de lado muchos elementos o han abordado lo psicológico desde un punto de vista metafísico (como las propuestas fenomenológicas surgidas del psicoanálisis), lo que ha frenado el avance de la psicología clínica.

El conductismo abrió la posibilidad de abandonar explicaciones improbables del comportamiento, posibilitando a su vez el traslado del conocimiento adquirido a áreas específicas de acción, incluida la clínica. Sin embargo, a inclusión de la teoría y las técnicas cognitivas al conductismo dio la posibilidad de ampliar el

campo de acción, con lo que se pretendía tapar sus deficiencias y que terminó acentuándolas; a pesar de ello, hoy por hoy el modelo cognitivo-conductual sigue siendo uno de los más difundidos y aceptados en el área clínica.

La teoría interconductual a su vez, abrió la posibilidad en el área clínica de intervenir de manera científica por medio del desarrollo de tecnologías psicológicas de análisis y cambio de la conducta, enmarcadas en los elementos que la constituyen, tanto en lo referente al modelo de campo como a los elementos de la taxonomía funcional de la conducta.

La teoría interconductual se trata de una propuesta meramente científica, libre de nociones metafísicas, explicaciones ambiguas, causalidad lineal, variables intervinientes, etc. (Kantor, 1980), con lo que se posiciona como una propuesta válida e integral en el abordaje de lo psicológico.

La misma definición de lo psicológico que propone Kantor (1980), así como su unidad de análisis hacen más claro el papel de la psicología en el ámbito científico, al mismo tiempo que posibilitan el análisis de un mayor número de fenómenos que no pueden ser tratados eficientemente desde otros modelos explicativos.

La taxonomía funcional de la conducta (Ribes y López, 1985), además de posibilitar aún más el análisis científico eficaz de la conducta, abrió la posibilidad de general tecnología psicológica en respuesta a las demandas sociales en diferentes áreas, incluida la clínica, la cual ha crecido en la medida en que ha posibilitado un análisis de la conducta más específico, rápido y certero, así como una metodología de cambio concreta y fácil de efectuar.

Sin embargo, la psicología interconductual, carece de difusión no sólo en el ámbito científico básico, también en el ámbito social, por lo que la transmisión de sus avances tecnológicos, es decir, de las herramientas de análisis y cambio psicológico (Análisis contingencial) o de análisis, evaluación, regulación y probabilización de la conducta (Intervención Interconductual) (Landa, 1996; Vargas, 2006b), resultan indispensables para enmendar los errores que pueden existir en la puesta en práctica de la intervención psicológica y para dejar de lado,

poco a poco, las intervenciones que resultan ser más populares, pero cuya efectividad puede quedar limitada.

La Intervención Interconductual, en general, resulta factible para su aplicación en cualquier situación dentro de cualquier contexto tecnológico y, en el caso del área clínica, es un modelo eficiente para el trato con el usuario, persona o grupo de referencia (UPGr) por su especificidad (ejemplificada en el caso presentado) y porque no requiere de otros modelos de explicación para identificar y evaluar la conducta de interés. Al añadir los niveles de mediación contenidos en la taxonomía funcional de la conducta al análisis de la conducta de interés, la IICC provee al (RI) de un elemento más para el análisis eficaz de la conducta de interés, pues el nivel de mediación en que se analiza la conducta permite su comprensión detallada.

Otra ventaja del procedimiento de IICC la constituyen los esquemas de apoyo técnico, los cuales vuelven más fácil la labor del RI al guiarlo en el proceso de análisis, evaluación, regulación y probabilización de la conducta de interés, además de que le permiten un acceso más fácil a detalles de interés presentes en la información proporcionada por el UPGr; además, con el constante ejercicio que supone la elaboración de los reportes, el RI adquiere un dominio adecuado de los elementos importantes para la resolución de la dificultad planteada por el UPGr.

La IICC es un procedimiento sencillo, en el sentido en que se centra en el cambio de los elementos constitutivos de la interacción y/o de la valoración, por lo que no supone elementos ajenos o ambiguos y, para realizar este cambio se vale de diferentes técnicas que van desde la ampliación de los conocimientos del UPGr en torno al tema que refiere como dificultad hasta la modificación de hábitos y elementos concretos dentro del segmento interconductual especificado en el análisis de la conducta. Dadas las características generales de la IICC, así como su desarrollo, se obtiene de ella una opción para el ejercicio profesional de la psicología en el área clínica, pues, como ya se dijo, es un procedimiento sencillo, muy específico y completo para la intervención con usuarios; además, la

investigación presentada por Vargas (2006b) demuestra que es un procedimiento eficaz en la resolución de las dificultades de los usuarios.

Sin embargo, es importante señalar, que en esta investigación no se ha podido dilucidar (como se pretendía) que intervención psicológica resulta ser la más eficaz y/o eficiente, pues como menciona Ribes (2000) la incompatibilidad de las psicologías, en el plano de la ciencia básica, se acentúa cuando se trasladan éstas a la aplicación tecnológica, por lo que, para poder identificar a la *mejor* o a la *peor* intervención clínica, se tendrían que realizar investigaciones exhaustivas y muy variadas (como las intervenciones mismas) donde se puedan aplicar las técnicas utilizadas por cada psicología y con una gran variedad de casos presentados por los usuarios, en lo que realmente se puedan poner a prueba cada intervención.

A pesar de la amplia variedad de psicologías y de intervenciones derivadas de éstas, al final del día, sólo hay una psicología clínica aceptable, aquella que se sostiene sobre los principios del método científico (Pascual, Frías y Monterde, 2004).

BIBLIOGRAFÍA

1. Bados, A.; García, E. y Fusté, A. (2002) Eficacia y utilidad clínica de la terapiapsicológica. **International Journal of Clinical and Health Psychology** 2 (3) 477-502. Consultado en abril de 2012 en: <<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio>
2. Beck, A.; Rush, A.; Shaw, B. y Emery, G. (1979). **Cognitive therapy of depression**. Nueva York: Guildford.
3. Belloch, A (2008) Psicología y psicología clínica: sobre árboles y ramas. **Análisis y Modificación de Conducta**. 34, 150-151. Consultado en septiembre de 2011 en: <http://uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/amc/article/view/705>.
4. Bernard, D. y Dongmei, Y. (2004). **Psicoterapia: programa de formación**. Barcelona: Masson.
5. Bernstei, D. (1982) **Introduccion a la psicologia clinica**. México : McGraw-Hill.
6. Boring, E. (2006). **Historia de la psicología experimental**. 3ª ed. México: Trillas.
7. Buendía, J. (1999). **Psicología clínica. Perspectivas actuales**. Madrid: Pirámide.
8. Bunge, M. (1998). **Ciencia, técnica y desarrollo**. México: Hermes.
9. Bunge, M. y Ardila, R. (2002). **Filosofía de la psicología**. México: Siglo XXI.
10. Compas, B. y Gotlib, I (2002). **Introducción a la psicología clínica**. México: Mc Graw Hill.
11. Coon, D.(2001). **Fundamentos de psicología**. México: Thomson.
12. Cullari, S. (2001). **Fundamentos de psicología clínica**. México: Pearson.

13. De la Casa, L. (1995). **Introducción a la psicología, una perspectiva histórica**. Madrid: Algaida.
14. Díaz- González, E. y Carpio, C. (1996). Criterios para a aplicación del conocimiento psicológico. En: Sánchez, J.; Carpio, C. y Díaz- González, E. (1996). **Aplicaciones del conocimiento psicológico**. México: UNAM-FP-ENEPI-DGAPA-SMP.
15. Díaz- González, E.; Landa, P. y Rodríguez, M. (2002). El análisis contingencial: un sistema interconductual para el campo aplicado. En: Mares, G. y Guevara, Y. (2002). **Psicología interconductual. Avances en la investigación tecnológica**. México: UNAM- FESI.
16. Dumont, F y Corsini, R. (2003). **Seis terapeutas y un paciente**. México: Manual Moderno.
17. Echeburúa, E. (1993). **Modificación de conducta y psicología clínica**. Bilbao: Universidad del país Vasco.
18. Eysenck, H. (1988) Why history of pshycology? **Revista de historia de la psicología**. 9 (2) 239-261.
19. Freud, S. (1913). **Sobre la iniciación del tratamiento: nuevos consejos sobre la técnica del psicoanálisis I**. En Obras Completas. Buenos Aires, Amorrortu.
20. Freud, S. (1920) **Más allá del principio del placer**. En Obras Completas. Buenos Aires, Amorrortu.
21. Freud, S. (1923) **El yo y el ello**. En Obras Completas. Buenos Aires, Amorrortu.
22. García, C.; Muñiz, M. y Montalvo, J. (2008). **Conceptos de psicología**. México: Trillas.
23. García, L. (2003). **Breve historia de la psicología**. México: Siglo XXI.
24. García, V., Moya, s. y Rodríguez, D. (1992). **Historia de la psicología**. Madrid: Siglo XXI.

25. Garfield, S. (1979). **Psicología clínica, el estudio de la personalidad y la conducta**. México: Manual Moderno.
26. Golfried, M. (1996). **De la terapia cognitivo-conductual a la psicoterapia de integración**. Bilbao: Descleé de Brouwer.
27. Gross, R. (1998). **Psicología. La ciencia de la mente y la conducta**. México: Manual Moderno.
28. Gutiérrez, R. (2002). **Historia de las doctrinas filosóficas**. México: Esfinge.
29. Hothersall, D. (1997). **Historia de la psicología**. México: Mc Graw Hill.
30. Iturriaga, J. (2007) **Ritos de sangre y sexo: erotismo y brutalidad en el México preindependiente**. México: Grijalbo.
31. Kantor, J. (1926). Principles of Psychology. Chicago. **Principia Press**, Vols. I y II.
32. Kantor, J. (1980). **Psicología interconductual**. México: Trillas.
33. Kantor, J. (1990). **La evolución científica de la psicología**. México: Trillas.
34. Kazdin, A. (1989). **Historia de la modificación de conducta: fundamentos experimentales de la investigación actual**. Bilbao: Descleé Brower.
35. Kendall, P. y Norton, J. (1988). **Psicología clínica. Perspectivas científicas y profesionales**. México: Limusa.
36. Kriz, J. (1990) **Corrientes fundamentales en psicoterapia**. Buenos Aires : Amorrortu.
37. Labrador, F. (1990). Aspectos básicos de la Modificación de Conducta. En Vallejo, M.; Fernández-Abascal, E. y Labrador, F. (Eds.). **Modificación de Conducta. Análisis de casos**. Madrid: TEA Ediciones.
38. Labrador, F.; Cruzado, J.; y Muñoz, M. (1997). **Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta**. Madrid: Pirámide.

39. Landa, P. G. (1996). **Una propuesta interconductual para la psicología aplicable: Manual de análisis contingencial**. Tesis de maestría. Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala. Tlalnepantla, México.
40. Leahey, T. (1993). **Historia de la psicología**. Madrid: Prentice Hall.
41. Mahoney, M. (1995). **Psicoterapias cognitivas y constructivistas. Teoría, investigación y práctica**. Bilbao: Descleé de Brouwer.
42. Marchal, L. (2007). Una visión general de la noción de causa en conductismo. **Revista digital de psicología**. 2. 1-18.
43. Martínez, R. y Moreno, R. (1994). Conceptos y estructura de la teoría interconductual. **Revista Mexicana de Análisis de la Conducta**. 20 (2) 206-226.
44. Martorell, J. (1996). **Psicoterapias: escuelas y conceptos básicos**. Madrid: Pirámide.
45. Morris, C. y Maisto, A. (2005). **Introducción a la psicología**. México: Pearson.
46. Myers, D. (2005). **Psicología**. Madrid: Panamericana.
47. Neisser, U. (1976) **Psicología cognoscitiva**. México: Trillas.
48. Oblitas, L. (2008). **Psicoterapias contemporáneas**. México: Cengage Learning.
49. Pascual, J; Frías, M. y Monterde, H. (2004) Tratamientos psicológicos con apoyo empírico y práctica clínica basada en la evidencia. **Papeles del psicólogo**. 87. Consultado en mayo de 2012 en: <http://www.papelesdelpsicologo.es/vernumero.asp?id=1134>
50. Phares, E. y Trull, T. (2003). **Psicología clínica. Conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión**. México: Thompson.
51. Pérez, A. (1981). **Psicología clínica: problemas fundamentales**. México: Trillas.

52. Hayes, L.; Ribes, E. y López, F. (1994). **Psicología Interconductual. Contribuciones en honor a J.R. Kantor.** México: Universidad de Guadalajara.
53. Ribes, E. (1982). **El conductismo: reflexiones críticas.** Barcelona: Fontanella.
54. Ribes, E. (1994). ¿Qué significa ser interconductista? **Revista Mexicana de análisis de la conducta.** 20 (2) 227-239.
55. Ribes, E. (2001). Acerca del conductismo. En: Mares, G. y Guevara, Y. (2001) **Psicología interconductual. Avances en la investigación básica.** México: UNAM- FESI.
56. Ribes, E. (2000). La psicología y la definición de sus objetos de conocimiento. **Revista Mexicana de Análisis de la conducta.** 26 (3) 367-383.
57. Ribes, E. (2004). Acerca de las funciones psicológicas: un post-scriptum. **Acta Comportamental.** 12 (2) 117-127.
58. Ribes, E. (2005) Reflexiones sobre la eficacia profesional del psicólogo. En: Santoyo, C. (2005) **Alternativas docentes, Volumen III, Análñisis y evaluación de habilidades metodológicas, conceptuales y profesionales en la formación del psicólogo.** México: UNAM- FP.
59. Ribes, E. (2009). La psicología como ciencia básica. ¿Cuál es su universo de investigación? **Revista Mexicana de Investigación en Psicología.** 1, 7-19.
60. Ribes, E. (2010). Lenguaje ordinario y lenguaje técnico: un proyecto de currículo Universitario para la psicología. **Revista Mexicana de Psicología.** 27 (1) 55-64
61. Ribes, E. y Burgos, J. (2006). **Raíces históricas y filosóficas del conductismo. Vol. 2.** México: Universidad de Guadalajara, Universidad Veracruzana.

62. Ribes, E.; Díaz-González, E. Rodríguez, M. y Landa, P. (1986) El análisis contingencial: una alternativa a las aproximaciones terapéuticas del comportamiento. **Cuadernos de psicología**. 8, 27-52.
63. Ribes, E.; Ibáñez, C. y Hernández, R. (1986). Hacia una psicología comparativa: algunas consideraciones conceptuales y metodológicas. **Revista latinoamericana de psicología**. 18 (2) 263-276.
64. Ribes, E. y López, F. (1985). **Teoría de la conducta**. México: Trillas.
65. Rodríguez, M. (2002). **Análisis contingencial**. México: UNAM-FESI.
66. Rodríguez, M. y Díaz-González, E. (1999). El análisis contingencial y su aplicación en un problema psicológico. **Revista Electrónica de Psicología Iztacala**. 2 (2)
67. Rodríguez, M. y Landa, P. (1996). El análisis contingencial: una nueva orientación para la psicología aplicable. En: Sánchez, J.; Carpio, C. y Díaz-González, E. (1996) **Aplicaciones del conocimiento psicológico**. México: UNAM-FP-ENEPI-DGAPA-SMP.
68. Ruiz, J. y Cano, J. (1992). **Manual de psicoterapia cognitiva**. e-book. <http://www.psicologia-online.com/ebooks/index.htm>. Consultado el 15 de marzo de 2010.
69. Ryle, G. (1967). **El concepto de lo mental**. Buenos Aires: Paidós.
70. Sánchez- Barranco, A. (1996). **Historia de la psicología**. Madrid: Eudema.
71. Sánchez-Escárcega y Brown, N. (1992). Las primeras sesiones del tratamiento psicoanalítico. **Imagen psicoanalítica**. 1, 101-124.
72. Santacreu, J. (1996) Entrevista a Emilio Ribes, un amante de la psicología. **Papeles del psicólogo: revista del Colegio Oficial de Psicólogos**. No. 66, Consultado en septiembre de 2011 en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=899735>
73. Skinner, B. F. (1969). **Ciencia y conducta humana: Una psicología científica**. Barcelona: Fontanella.

74. Skinner, B. F. (1987). **Sobre el conductismo**. Barcelona: Martínez Roca.
75. Tortosa, G. (1998). **Una historia de la psicología moderna**. Madrid: Mc Graw-Hill.
76. Trigo, E. Martínez, F. (1994). Diseños y procedimientos de validación en la psicología interconductual: discriminación condicional y estrategias longitudinales. **Revista Mexicana de la Conducta**. 20 (2)
77. Tryon, W. (2008). History and theoretical foundations. En: Hersen, M. & Gross, A. (2008). **Handbook of clinical psychology**. Vol.1. New Jersey: John Wiley & sons. 3-37
78. Vargas, J. (2002). Tecnología psicológica: el momento de la transición. **Revista Electrónica de Psicología Iztacala**. 5 (2)
79. Vargas, J. (2006a). Psicología Clínica: consideraciones generales. **Revista Electrónica de Psicología Iztacala**. 9 (2) p.60
80. Vargas, J. (2006b). Brevísimas historia de la psicología: la psicología interconductual. **Revista Electrónica de Psicología Iztacala**. 9 (3)
81. Vargas, J. A. (2006c). **Intervención interconductual en psicología clínica**. Tesis de maestría. Facultad de estudios superiores Iztacala, UNAM. Tlalnepantla, México.
82. Vargas, J. (2008a). Tecnología Psicológica: Intervención Interconductual (II). **Revista Electrónica de Psicología Iztacala**. 11 (1)
83. Vargas, J. (2008b). Psicología Clínica: Intervención Interconductual en el Contexto Clínico (IICC). **Revista Electrónica de Psicología Iztacala**. 11 (4)
84. Velasco, S. (2011). **Especificaciones prácticas de la Intervención Interconductual en el Contexto Clínico: Implicaciones en la práctica clínica y en la enseñanza**. Tesis de licenciatura. Universidad Nacional Autónoma de México, Campus Iztacala. Tlalnepantla, México.

ANEXOS

Anexo 1: Esquemas de apoyo técnico en la Intervención Interconductual en el Contexto Clínico.

Esquema 1
Procedimiento de Intervención Interconductual (II)

1 Análisis de la conducta.

1.1 Identificación y denominación de la interacción de interés y la especificación de la función contextual, suplementaria, selectora, sustitutiva referencial o sustitutiva no referencial crítica de la interacción de interés.

1.1.1 Límites del campo de interacción (eventos y objetos funcionales).

1.1.1.1 Del estímulo: Tipo de objetos o eventos, propiedades fisicoquímicas, orgánicas y convencionales, y función (dependiente de la respuesta).

1.1.1.2 De la respuesta: Tipo de reactividad biológica (organismo), propiedades fisicoquímicas, orgánicas y convencionales, y función (dependiente del estímulo).

1.1.2 Factores disposicionales (eventos no configurados directamente en el contacto funcional (pero que lo afectan) de forma sincrónica, probabilizando un tipo de interacción).

1.1.2.1 Factores situacionales: Variaciones presentes del ambiente y biológicas del propio organismo (contexto).

1.1.2.2 Historia interactiva: Segmentos previos de interacción identificados como variaciones en los elementos de estímulo (evolución de estímulo) y respuesta (biografía reactiva).

1.1.3 Medio de contacto (condiciones necesarias para la interacción).

1.1.3.1 Físicoquímicas: Abstracción límite del campo de estudio de la física y la química.

1.1.3.2 Ecológicas: Abstracción límite del campo de estudio de la biología.

1.1.3.3 Normativas: Abstracción límite del campo de estudio de la ciencia social.

2 Evaluación de la conducta.

2.1 Comparación del análisis de la interacción de interés y en específico de la función contextual, suplementaria, selectora, sustitutiva referencial o sustitutiva no referencial, crítica de la interacción de interés, con la valoración.

3 Regulación de la valoración y/o de los elementos de la conducta.

3.1 Alteración o preservación (cuando sea posible) de la valoración y/o de los elementos, en específico de la función contextual, suplementaria, selectora, sustitutiva referencial o sustitutiva no referencial crítica de la interacción de interés.

3.1.1 Límites del campo de interacción (eventos y objetos funcionales).

3.1.1.1 Del estímulo: Tipo de objetos o eventos, propiedades fisicoquímicas, orgánicas y convencionales, y función (dependiente de la respuesta).

3.1.1.2 De la respuesta: Tipo de reactividad biológica (organismo), propiedades fisicoquímicas, orgánicas y convencionales, y función (dependiente del estímulo).

3.1.2 Factores disposicionales (eventos no configurados directamente en el contacto funcional (pero que lo afectan) de forma sincrónica, probabilizando un tipo de interacción).

3.1.2.1 Factores situacionales: Variaciones presentes del ambiente y biológicas del propio organismo (contexto).

3.1.2.2 Historia interactiva: Segmentos previos de interacción identificados como variaciones en los elementos de estímulo (evolución de estímulo) y respuesta (biografía reactiva).

3.1.3 Medio de contacto (condiciones necesarias para la interacción).

3.1.3.1 Físicoquímicas: Abstracción límite del campo de estudio de la física y la química.

3.1.3.2 Ecológicas: Abstracción límite del campo de estudio de la biología.

3.1.3.3 Normativas: Abstracción límite del campo de estudio de la ciencia social.

4 Probabilización de la conducta.

4.1 Estimación del desarrollo posterior de la interacción de interés y en específico de la función contextual, suplementaria, selectora, sustitutiva referencial o sustitutiva no referencial crítica de la interacción de interés.

Esquema 2**Procedimiento de apoyo técnico
Entrevista y guía clínica general IICC****1 Inicio**

1.1 Primer contacto

2 Recepción

2.1 Presentación

2.2 Habitación

2.3 Motivo general de asistencia

2.4 Expectativas del UPGr

2.5 Intentos anteriores de solución

2.6 Programación de sesiones

3 Introducción

3.1 Características del servicio

3.2 Participación del UPGr

3.3 Costo del servicio

3.4 Confidencialidad de la información

3.5 Alcances de la intervención

4 Precisiones

4.1 Evaluación inicial

4.2 Definición del usuario

4.3 Definición de la conducta de interés

4.4 Expectativas del RI

5 Datos demográficos de usuario

5.1 Personales

5.2 Familiares

5.3 Generales

6 II

6.1 Implementación

7 Final

7.1 Evaluación final de la conducta de interés

7.2 Resumen

7.3 Último contacto

Esquema 3**Procedimiento de apoyo técnico
Reporte por sesión IICC****A) Portada**

- 1 Institución
- 2 Nombre completo del RI
- 3 Título y número de sesión
- 4 Nombre completo del usuario
- 5 Hora, lugar y fecha

B) Actividades del RI

- 1 Descripción
- 2 Justificación

C) Presentación de la información

- 1 Transcripción textual de la sesión

D) Datos relevantes para la intervención

- 1 Información seleccionada
- 2 Desarrollo de la conducta de interés
- 3 Variaciones no derivadas directamente de la intervención

E) Actividades del UPGr

- 1 Descripción
- 2 Justificación

F) Resumen

- 1 Conclusiones

G) Bibliografía

Esquema 4**Procedimiento de apoyo técnico
Reporte final IICC****A) Portada**

- 1 Institución
- 2 Nombre completo del RI
- 3 Título y número de sesiones
- 4 Nombre completo del usuario y resumen de datos demográficos
- 5 Lugar y fecha

B) Presentación del caso

- 1 Demanda originalmente planteada y resultados esperados por el UPGr
- 2 Evaluación inicial
- 3 Definición del usuario
- 4 Definición de la conducta de interés

C) Integración de información

- 1 Técnicas empleadas
- 2 Transcripción textual de la intervención

D) II

- 1 Presentación

E) Análisis de datos

- 1 Desarrollo de la conducta de interés
- 2 Variaciones no derivadas directamente de la intervención

F) Resultados

- 1 Evaluación final de la conducta de interés
- 2 Conclusión de la intervención
- 3 Opinión final del UPGr respecto a la intervención
- 4 Conclusiones

G) Bibliografía