



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

**“MANUAL DE INTERVENCIÓN INTERCONDUCTUAL EN EL
CONTEXTO CLÍNICO”**

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)
NADIA TREJO IBAÑEZ
RICARDO ARIEL FUENTES GONZALEZ

Director: Dr. JUAN ANTONIO VARGAS BUSTOS

Dictaminadores: Dra. ROSA ISELA RUIZ GARCÍA

Lic. ABNER SOTO GONZÁLEZ



Los Reyes Iztacala, Edo. México, Octubre 2019



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

DEDICATORIAS

A mis padres que me enseñaron la virtud de la paciencia y el valor de mi esfuerzo.

A mi hermana que siempre estuvo apoyándome.

A mis abuelos Rafael y Graciela que siempre estuvieron conmigo.

Ricardo Ariel Fuentes Gonzalez

DEDICATORIAS

A mis padres Diana y Julián; y a mis abuelos Arminda y Agustín por su incansable apoyo, motivación y cariño.

Al resto de mi familia; Agustín, Danna, Gabriela y Juan por sus inagotables palabras de aliento.

Nadia Trejo Ibañez

RESUMEN

El objetivo de esta tesis fue la elaboración de un manual de Intervención Interconductual en el Contexto Clínico (IICC) que se logró por medio de un análisis histórico de la psicología y su área tecnológica la psicología clínica; mediante la descripción de la teoría interconductual de J. R. Kantor, la taxonomía funcional de la conducta de Emilio Ribes y la alternativa tecnológica la Intervención Interconductual junto con su especialización para el área clínica; y a través una revisión de las ventajas y desventajas de diferentes manuales clínicos y de procedimiento.

Este manual expone de manera detallada la Intervención Interconductual compuesta por el análisis, evaluación, regulación y probabilización de la conducta que es el eje principal de la intervención. Así mismo se detallan los Procedimientos de Apoyo Técnico integrados por la Entrevista y guía clínica general IICC, el uso y llenado de los Reportes por sesión y reporte final IICC que son específicos para el área clínica.

Su elaboración implicó alcanzar los siguientes propósitos: acortar el tiempo de inducción al interconductismo para los psicólogos interesados; hacer la enseñanza y el aprendizaje de la IICC más sencilla; proporcionar a los estudiantes una sólida base teórica de la cual partir para ulteriormente tener un mayor número de herramientas para el área clínica; para que a su vez fomente la creación de más tecnología desde el interconductismo.

La introducción de un manual de procedimientos de la IICC en la enseñanza actual de la Psicología incitaría a la reflexión de lo que actualmente se considera como Psicología y cómo es que los psicólogos actuales abordan esta área tecnológica, para evitar errores conceptuales y no repetir los que ya imperan.

Empero, tanto este manual como la teoría interconductual no están exentas de sufrir modificaciones posteriores. Como ciencia, la psicología debe estar en constante construcción y deconstrucción de sus postulados para ofrecer un mejor análisis del comportamiento y así la tecnología derivada podrá satisfacer las demandas sociales con mayor eficiencia y conseguir la profesión tenga mejor reputación.

ÍNDICE

Resumen	4
Introducción	6
I. Historia de la Psicología	17
1.1. De la Grecia antigua al Imperio Romano	17
1.2. La Edad Media y la Psicología	20
1.3. El dualismo alma-cuerpo de Descartes	22
1.4. Comienzo de la Psicología moderna	24
1.5. Enfoques psicológicos	29
1.6. Psicología como ciencia	35
II. Psicología Interconductual	37
2.1. Orígenes de la teoría Interconductual	37
2.2. Fundamentos teóricos de la teoría Interconductual	44
2.3. Áreas tecnológicas	51
2.4. Intervención Interconductual (II)	54
III. Historia de la Psicología Clínica	56
3.1. Precedentes de la Psicología Clínica	56
3.2. Instituciones clínicas y “Enfermedad Mental”	61
3.3. Surgimiento de la Psicología Clínica	64
IV. Intervención Interconductual en el Contexto Clínico (IICC)	71
4.1. Conceptos básicos	71
4.2. Procedimiento de la IICC	72
4.3. Evidencia de la efectividad del IICC	77
4.4. Otros procedimientos y tecnologías interconductuales	87
V. Manual de Intervención Interconductual en el Contexto Clínico	90
5.1. Objetivos del manual	90
5.2. Elaboración del manual	96
Conclusiones	102
Bibliografía	106
Anexo 1: Manual de Intervención Interconductual en el Contexto Clínico	114

INTRODUCCIÓN

Para comenzar es importante mencionar que la historia de la Psicología es necesaria para la práctica de la disciplina. La historia se analiza reconstruyendo los hechos a partir del presente, pero no solo es recopilar y ordenar información, las teorías y los hechos científicos son sustituidos unos tras otros, demostrando que la historia de la ciencia no es continua y va en constante transformación. Por lo tanto, se revisan los problemas conceptuales y metodológicos, se establece su origen histórico y su posterior evolución para así establecer un quehacer científico próximo (Ribes, 1990). De esta manera, la historia resultante forma un todo coherente en el que cada componente tenga sentido en el conjunto (Giménez, 2002). El punto es tener conciencia histórica de la Psicología para darle un significado y tener una proyección futura que permita darle sentido al presente de la disciplina (Vezzetti, 2007).

Por consiguiente, la forma de comprender el conocimiento científico y su evolución es a partir del contexto histórico en el que se desarrollaron debido a que los conceptos se han ido modificando históricamente en su significación (Monroy y Álvarez, 2013).

En el caso de la psicología el concepto de mente o cognición ha sufrido transformaciones a lo largo de la historia. Su origen es el concepto de alma que los griegos utilizaban, este se relacionaba con los cuerpos vivos, específicamente con el de los animales. El alma tenía la función del conocimiento y la del movimiento, era la potencialidad de un cuerpo de realizar un acto, entonces no era una entidad que habitaba en los animales. Pero con la llegada de la Iglesia se sostuvo la formulación dualista cartesiana (división mente-cuerpo e interno-externo) que alteró el significado naturalista que los griegos le daban al alma y aun en la actualidad se mantiene vigente (Ribes, 1990).

Fue así como la Psicología se centró en los aspectos trascendentales o espirituales que “controlaban” la naturaleza. Se trató de enfocar en las características biológicas de los animales para entender el comportamiento sin dejar a un lado la parte metafísica y espiritual del alma (Kantor, 1978).

Para René Descartes en el siglo XVII mente y cuerpo eran sustancias distintas que influían en el ser humano, propuso el estudio del movimiento de la máquina (res extensa), movimientos automáticos e involuntarios que llamó reflejos y la mente (res cogitans) (Ribes, 1990). También estaba Spinoza que opinaba que los eventos mentales sólo determinaban sucesos mentales y los movimientos corporales determinaban desplazamientos. Sin embargo, para Spinoza mente y cuerpo estaban coordinados por Dios por lo que sólo existía una sustancia espiritual (Monroy y Álvarez, 2010).

Otros autores trataron de hacer a la Psicología una ciencia natural con ayuda de las ideas de los biólogos y la doctrina evolucionista para reforzar sus propuestas, pero terminaron por volverse Psicología trascendental como le sucedió a Wundt tratando de naturalizar el alma (Kantor, 1978; 1990).

Según Wundt la Psicología estaba conformada por la experimentación, el estudio de los aspectos sociales y por la metafísica. Él tenía la intención de descubrir cómo funcionaba el organismo como mecanismo psicofisiológico, no obstante, creó un sistema de procesos mentales atomistas. Asimismo, con las aportaciones de uno de sus alumnos, Edward Bradford Titchener, se propuso que las estructuras mentales tenían relación con el sistema nervioso (Kantor, 1990; Villareal y Avendaño, 2012).

Igualmente estaban los que consideraban a la Psicología una ciencia social e intentaron explicar cómo el comportamiento humano era resultado de la sociedad, pero llegaban al punto de volver a dar una justificación a lo espiritual o sobrenatural (Villareal y Avendaño, 2012).

Dentro de la primera mitad del siglo XX también fue desarrollándose una teoría totalmente contraria a las ideas dualistas. Dentro de sus personalidades más destacadas está Iván Pavlov y Edward Thorndike. Sus investigaciones estuvieron enfocadas en los reflejos condicionales y en el aprendizaje instrumental respectivamente (Monroy y Álvarez, 2010).

Pavlov fue quien demostró que respuestas automáticas del cuerpo se podían condicionar de tal forma que lograba provocarse con un estímulo diferente. Su más famoso experimento fue el condicionar la respuesta de

salivación de un perro ante un alimento, a un sonido. Lo que provocó fue que, después de presentar el sonido en presencia del alimento, el sonido provocaba la respuesta de salivación sin estar presente el alimento. Thorndike experimentó con varios animales utilizando laberintos y otro tipo de cajas problema, donde podía medir el tiempo en que los animales salían de las cajas. De estas investigaciones postuló tres leyes del aprendizaje: ley del efecto, que indica que se tiende a repetir las conductas a las que les siguen consecuencias agradables; ley de la predisposición, donde lo agradable y lo desagradable va a depender de cómo se encuentre el organismo; ley del ejercicio, donde se asocia un estímulo y una respuesta en función de las repeticiones de una conducta (Monroy y Álvarez, 2010).

En seguida apareció John B. Watson y es con él cuando aparece formalmente el conductismo. Su meta fue la predicción y control de la conducta y con más fuerza que nunca, el conductismo rechazó la idea de que exista la mente y realza la idea de que la Psicología sea una ciencia, la ciencia de la conducta. Luego de la llegada del manifiesto conductista de Watson, llegó B. F. Skinner con el condicionamiento operante en el cual explica que la conducta se caracteriza por ser mediada por una serie de contingencias que están en el medio ambiente. Su enfoque lo llamó Análisis Experimental de la Conducta y destacó el efecto de las consecuencias de la conducta. Estas pueden aumentar o disminuir la probabilidad de ocurrencia o frecuencia de una conducta a través de dos tipos de reforzadores, los positivos y los negativos. A esto se le conoció como principio del reforzamiento. Los reforzadores se dividían en: primarios como la comida o el agua, y los reforzadores secundarios que eran aprendidos como el dinero, atención o elogios. Entre otros conceptos que aportó Skinner se encuentran el de castigo y extinción para disminuir conductas no deseadas (Monroy y Álvarez, 2010).

Muchos de los principios del conductismo clásico y operante fueron aplicados para usos investigativos y usos tecnológicos, sin embargo, con el tiempo se fueron vislumbrando limitaciones en su uso, el comportamiento humano resultó más complejo debido al lenguaje. Entonces fue necesario que el conductismo evolucionara (Vargas, 2006a).

Fue J. R. Kantor (1924 – 1926) en su libro *Principios de Psicología* donde explica desde un punto de vista naturalista los eventos psicológicos, diferenciando sus componentes sociales y biológicos. Afirmaba que la Psicología sufría de problemas conceptuales y que aún utilizaba términos espiritualistas. En 1959 publica su libro *Psicología Interconductual*, en el cual ofrece un metasistema de la interconducta. En este define a la Psicología como el estudio de las interacciones de los organismos con objetos, eventos y con los mismos organismos (Vargas, 2006a).

Emilio Ribes Iñesta planteó en 1985 una taxonomía funcional de la conducta como campo de interacción apoyándose en la labor de Kantor por hacer una Psicología científica. Según las tesis epistemológicas, metodológicas y lógicas, esenciales para la taxonomía interconductual, la Psicología tiene como objeto de estudio la conducta (como interacción) de los organismos en lo individual y como objetivo identificar las condiciones históricas, situacionales y paramétricas de los factores que están presentes en la conducta (interacción) (Vargas, 2006a).

Las tesis epistemológicas también definen que lo psicológico es irreductible a lo biológico y a lo social, ambas son necesarias, pero ninguna puede explicarlo por sí sola; el estudio de la interacción de los organismos en lo individual haciendo inútil el estudio de lo interno y externo; en forma de lenguaje como función sustitutiva es exclusivo del ser humano, aunque va más allá de este tipo de funciones haciendo más compleja la conducta humana. Entre las tesis metodológicas más importantes mencionan que lo psicológico, al ser alterado algún elemento de las interacciones, éstas cambian los demás elementos; al tratarse de un proceso puede analizarse cualitativa y cuantitativamente (Vargas, 2006a).

Como toda ciencia, la Psicología ha tratado de ofrecer un uso práctico de sus postulados. La tecnología mantiene una relación estrecha entre los aspectos básicos y aplicados de la ciencia y como ya se mencionó, el conductismo intentó generar tecnología científica, pero, dados los errores conceptuales en sus postulados no es posible que esta sea válida (Vargas, 2008b).

Por tal motivo, Vargas (2008b) propone la Intervención Interconductual (II) como una alternativa tecnológica para un análisis funcional del comportamiento desde la teoría Interconductual de Ribes y López (1985), para aplicarse en cualquier área tecnológica de la Psicología. Vargas enfatiza que el punto de interés es el organismo en lo individual y su interacción con su ambiente ya que es lo que en mayor medida se puede analizar, evaluar, regular y/o probabilizar. Como tecnología, el individuo o grupo social que demanda el servicio es quien toma las decisiones de su uso con asesoría del psicólogo. Cabe recalcar que este procedimiento tecnológico no mide ni clasifica, solo se hace un contraste de la funcionalidad de la conducta ante situaciones con un criterio de logro en un contexto específico. Así mismo, dada la característica singular de la conducta ésta no puede ser representada en curvas de normalidad, debido a que la conducta del individuo es el punto de comparación. En resumen, la II es el procedimiento general para las áreas tecnológicas de la Psicología como la organizacional, deportiva, educativa, forense o clínica.

Así como la Psicología en general ha pasado por múltiples transformaciones, el campo clínico ha sido abordado por diversas teorías y metodologías por lo que se requiere una revisión histórica para comprender los distintos abordajes influidos por requerimientos sociales de distintas épocas y sus avances científicos. Para este análisis es necesario identificar el término clínico como un proceso médico el cual tiene como objetivo minimizar o eliminar síntomas producidos por enfermedades físicas (Arias, 2014; Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2003).

La Psicología clínica como campo de aplicación no tiene un inicio establecido, aunque diversos autores coinciden con los aportes que forjaron y transformaron este campo, como la reflexión sobre el ser humano desde Grecia Antigua (Jacó, 2007) como posteriormente Spinoza y Descartes, hasta llegar con las reflexiones de Kant o Leibniz (Arias, 2014). Otros antecedentes provienen del mismo desarrollo de la Psicología, como la frenología y el posterior interés por las diferencias personales, con esto surgieron posteriormente herramientas para medir estas diferencias, llamadas pruebas mentales de Galton y Cattell (Bernstein y Netzel, 1982; González, 2015).

Dentro del desarrollo de la Psicología clínica la conducta considerada extraña o anormal es algo a lo que siempre se ha enfrentado. En Grecia se atribuyó a la intervención de algún Dios, podría ser Apolo, Afrodita y Eros, Dionisio, tal vez incluso una Musa dependiendo de la clase de locura; Hipócrates reconoció que la conducta se debía a procesos naturales y no eran sagradas o malditas (Belloch, 2008; Bernstein y Netzel, 1982).

No fue hasta la Edad media donde las explicaciones de conductas dominadas por demonios retornaron y ahora los tratamientos eran administrados por el clero, hubo una persecución hacia conductas anormales, purificando o castigando el alma a través de hogueras. Fue también este periodo en donde los verdaderos médicos cuestionaron el origen de estas enfermedades, y se comenzaron a confinar en hospitales o asilos, este movimiento salvó vidas, aunque la teoría médica dictaba que las enfermedades era resultado de una lesión cerebral (Bernstein y Netzel, 1982).

Lightner Witmer se considera el primer psicólogo clínico, en su clínica posteriormente realizaron cursos sobre Psicología infantil enfocados en enseñar a aplicar pruebas diagnósticas, dando apertura a la escuela-internado vinculada a las clínicas de retrasados mentales, para después fundar la primera revista de Psicología clínica (Bernstein y Nietzel, 1982; González, 2008; Juárez, 2016).

En Estados Unidos se comenzó a popularizar el uso de las escalas para diagnosticar la inteligencia de los “débiles mentales” con las revisiones y adaptaciones de Goddard y Terman, también se comenzaron a utilizar en prisiones levantando un interés por la investigación en adultos. De 1910-1970 la Psicología se encargó de crear e investigar la validez de diferentes pruebas que comenzaron a analizar la personalidad a través de cuestionarios (Bernstein y Nietzel, 1982; Durán, Restrepo, Salazar, Sierra y Schnitter, 2007; Joseph, Gierlach, Housley y Beutler, 2005).

Durante la primera guerra mundial la necesidad de los psicólogos clínicos se vio reflejada en la carencia de pruebas para adultos que midieran la relación entre la inteligencia y la estabilidad emocional, creando las pruebas

“Army Alpha” y “Army beta”, “Hoja de datos personales” de Yerkes. Para 1940 ya había más de 500 pruebas, y con ellas un negocio emergió para vender y preparar a las personas para aplicar estas, vendiendo con ellas la licencia de poder ser psicólogo (Bernstein y Nietzel, 1982).

En la segunda guerra mundial los psicólogos tuvieron que ejecutar más tareas además de la aplicación de pruebas, como la realización de entrevistas, redacción de informes psicológicos y aplicación de terapia de orientación debido a las deserciones por traumas de guerra. Al concluir el conflicto, la aplicación de pruebas, el compromiso por el seguimiento de terapia en soldados, aunado a la necesidad de capital humano para rehabilitar a los veteranos de guerra abrió la posibilidad de realizar un posgrado en Psicología clínica, modificando la formación y desarrollo de la Psicología clínica, brindando respeto a la profesión (Bernstein y Nietzel, 1982).

En la terapia clínica se han tenido diferentes aproximaciones al análisis de la conducta como el modelo del aprendizaje social. En este establece que la conducta se ve influida por el aprendizaje desarrollado en un contexto social, las diferentes formas de respuesta se atribuyen a una historia única de aprendizaje individual, todos los antecedentes culturales se consideran parte del aprendizaje influenciando las conductas problema y no problema. En este modelo la conducta mensurable se toma como objeto de estudio (Millan, 1982).

Otro modelo es el de la Psicología cognitiva, que describe como primera parte del proceso clínico el conocer y evaluar pensamientos, posteriormente su modificación si resultan disfuncionales, siendo el objetivo principal de la terapia, a través de la utilización de diferentes técnicas cognitivas o de modificación de conducta como el Análisis Funcional de la Conducta (Carrobles, 2012; García, Piqueras, Rivero, Ramos y Oblitas, 2008; Millan, 1982).

La teoría Interconductual se introdujo en el estudio de la conducta de los organismos, ampliando su análisis con la identificación de condiciones históricas, situacionales y otros factores que participan en la interacción (conducta). La Intervención Interconductual en el Contexto Clínico (IICC), derivada de la Intervención Interconductual de Vargas (2008a), aparece como

una alternativa tecnológica de los modelos causalistas antes señalados la cual está constituida por la II y los Procedimientos de Apoyo Técnico (Entrevista y guía clínica general IICC, Reportes por sesión IICC y Reporte final IICC). En esta intervención se realiza un análisis, evaluación, regulación y probabilización de la conducta (Vargas, 2006b; 2008b).

Ahora bien, para el estudio de cualquier campo de la ciencia la lectura de los escritos originales es, hasta cierto punto, inevitable para una mejor comprensión. En el caso de la Psicología Interconductual ayuda a conocer de manera más profunda los conceptos y postulados. Sin embargo, resulta más difícil el aprendizaje directo de la lógica de las ideas y conceptos que se pretende comunicar en estos textos. Por esta razón, un manual ofrecería facilidad de comprensión más eficiente de los conocimientos que en este caso serían los de la Psicología Interconductual y su procedimiento tecnológico la IICC (Calviño y De la Torre, 1986; Hall y López, 2011).

El manual es un documento que incorpora lo esencial de un tema de estudio, proporciona información básica y concreta de la materia. La importancia de los manuales está en que establecen lineamientos para la correcta ejecución de un trabajo determinado (Fernández, Arias, López y Calderón, 1994). Además, contiene información y/o instrucciones sobre historia, políticas y procedimientos que se consideran necesarios para la realización de un trabajo, toda información está ordenada y debe ser sistemática (Duhalt, 1977).

La característica principal de los manuales es facilitar a quien lo lee algún modelo científico o algún dominio del mundo, y se define como un género que facilita el dominio de los conceptos básicos de una determinada disciplina. Su gran flexibilidad, sencillez y legibilidad es por lo que se han vuelto de especial interés los manuales (Hall y López, 2011).

Cabe mencionar que los manuales tienen clasificaciones dependiendo del trabajo que se esté describiendo. Entre los más importantes se encuentran los manuales de organización empresarial, manuales de finanzas, manuales

escolares, manuales de funciones y manuales de procedimientos (Molina, Rodríguez y Flores, 2011).

En particular los manuales de procedimientos son los que se utilizan con mayor frecuencia en el contexto hospitalario y, por lo tanto, este incluye el área clínica. Este tipo de manuales son instrumentos que se caracterizan por describir de forma metódica etapas o pasos que deben cumplirse para ejecutar una función (Molina, et al., 2011). Se debe agregar que estos manuales para el contexto clínico se componen de diversas herramientas técnicas que deben estar estrechamente relacionadas con la teoría, metodología y orientación filosófica en la que estén basándose (Rojas, 2011).

Actualmente en Psicología, específicamente en el área clínica, los manuales de procedimientos más populares son los de modificación de conducta que con mayor frecuencia se les da el nombre de “Evaluación o Tratamiento en Psicología Clínica o “Evaluación y Tratamiento psicológico” (Santacreu, 2011).

Es de destacar que en este tipo de manuales se hace un énfasis en el tratamiento de “enfermedades psicológicas” y/o “problemas psicológicos” haciendo alusión a comportamientos que se desajustan a los de la sociedad. Asimismo, clasifican los comportamientos en psicopatologías y señalan los puntos clave de su desarrollo para así hacer un ajuste en las cogniciones, llámese también creencias, actitudes, emociones, etc. (Santacreu, 2011).

El concepto de “enfermedades psicológicas o mentales”, que los manuales en Psicología clínica dan por hecho que existen y se pueden tratar, realmente es un concepto que no se ajusta al modelo médico ya que si se descubre la existencia de algún daño o alteración en las células o tejidos cerebrales se estaría hablando de una enfermedad neurológica y no de una enfermedad mental. En específico la psiquiatría ha justificado el llamar a los comportamientos que no son socialmente permitidos, los que son moralmente incorrectos, enfermedad mental. Tratan con medicamentos o procedimientos quirúrgicos aquello que no es y lo consideran real. La enfermedad mental es un mito, un invento (Ribes, 2018).

Dicho lo anterior, la IICC posee ventajas en comparación de otras intervenciones clínicas que se utilizan hoy día en lo que se refiere a lo que se considera como evento psicológico, las implicaciones para los usuarios y para la sociedad en general, el nivel al que se realiza la intervención para definir con precisión y rapidez el objetivo de consulta, su breve duración, y la evidencia de su efectividad (Vargas, 2006a).

La elaboración de un manual de procedimientos que contemple de forma estructurada y concreta los conceptos y premisas fundamentales de la teoría Interconductual junto con la IICC, constituida por el procedimiento de la II y los Procedimientos de Apoyo Técnico (Vargas, 2008b), sería muy provechoso para la teoría interconductual ya que acortaría el tiempo de inducción al interconductismo para los psicólogos interesados y permitiría brindar más tiempo al instructor de entrenar en el campo a los estudiantes, sin revisar materiales con información duplicada y saturada; la enseñanza y aprendizaje de la IICC resultaría más sencilla; fomentaría la creación de más tecnología desde el interconductismo, incitaría a la reflexión de lo que actualmente se considera como Psicología y cómo es que los psicólogos actuales abordan esta área tecnológica, para evitar errores conceptuales y no repetir los que ya imperan.

Sobre todo, la introducción de un manual de procedimientos de la IICC en la enseñanza actual de la Psicología proporcionaría a sus estudiantes una sólida base teórica de la cual partir para ulteriormente tener un mayor número de herramientas para el área clínica. De esta manera habría mayor avance científico a nivel básico y aplicado de la Psicología interconductual y así el nivel de predicción de la tecnología resultante alcanzaría una mayor confiabilidad y así poder satisfacer las demandas sociales con mayor eficiencia y conseguir que esta propuesta tecnológica tenga una mayor divulgación.

Cabe recalcar lo esencial que es para los estudiantes de esta ciencia hacer una constante revisión y reflexión acerca de para qué, cómo y qué es la Psicología con el motivo de estar en constante construcción y deconstrucción de sus postulados. El análisis continuo que se llevó a cabo de la Psicología

resultó en la Psicología Interconductual, y en esta misma línea se espera que la Psicología sea una y no varias como lo es actualmente.

Por lo tanto, el objetivo de esta tesis es la elaboración de un Manual de Intervención Interconductual en el Contexto Clínico el cual se llevó a cabo a través de una revisión histórica de la Psicología y sus diversas teorías que sirvieron para la construcción de la teoría interconductual; junto con una recopilación de información de artículos y textos para la descripción de los fundamentos y conceptos del Interconductismo así como de la IICC para contrastarlos con los enfoques psicológicos antes mencionados; aunado a una revisión histórica de la psicología clínica describiendo las contribuciones de los enfoques conductual, psicoanalítico y cognitivo-conductual; y con un análisis de diversos manuales clínicos y de procedimientos.

Así pues, en el primer capítulo se presentan los antecedentes históricos de la Psicología desde la Grecia antigua, pasando por la edad media, el dualismo de Descartes hasta el comienzo de la psicología moderna y la aparición del interconductismo. En el segundo capítulo se aborda el origen del Interconductismo de Kantor, sus fundamentos teóricos y las posteriores aportaciones de Ribes, junto con las diferentes áreas tecnológicas de la psicología concluyendo con la creación de la Intervención Interconductual de Vargas (2008b). Luego, en el capítulo tres se profundiza en los precedentes de la Psicología clínica que incluyen la aparición de las instituciones clínicas y el concepto de enfermedad mental, hasta la aparición formal de esta área y las principales teorías que la trabajaron. Después, en el capítulo cuatro se detallan los conceptos básicos y la descripción general de toda la IICC. Por último, en el quinto capítulo se describe la elaboración del manual de la IICC y los principales objetivos de este. En los anexos de esta tesis se podrá consultar el manual de la IICC.

I. HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA

1.1 De la Grecia antigua al Imperio Romano

Como cualquier ciencia es imposible fijar una fecha específica del comienzo de la historia de la psicología. El procedimiento para fijar el inicio u origen de una determinada ciencia siempre es arbitrario y se utiliza criterios que son elegidos con libertad. Es común que el criterio más aceptado para establecer este origen es el de averiguar cuándo fue la primera ocasión que se trató de organizar, sistematizar o formular proposiciones sobre algún fenómeno particular. Aunque, para comprender tales ideas es fundamental entender las circunstancias culturales que favorecieron su aparición (Kantor, 1990).

Así pues, fue en la Grecia clásica, en Atenas, entre los siglos VII a.C. y III a. C. donde surgieron las primeras proposiciones sobre psicología. Por lo tanto, a continuación, se mencionarán las características de la vida ateniense que favorecieron la aparición del pensamiento psicológico griego (Kantor, 1990; Vargas, 2006a).

La principal peculiaridad de la ciudad-estado (*polis*) griega era la agresividad que se expresaba en la constante expansión territorial para aumentar su influencia en otras tierras. Así mismo, esta agresividad se trasladó a alcanzar la buena vida, no solo era vivir en conjunto de manera pacífica y armoniosa para satisfacer las necesidades, también era alcanzar un estado de sabiduría que los separara cada vez más de los animales. No restringían su vida únicamente al trabajo para el éxito económico, disfrutaban bastante el ocio, las actividades políticas consistían en presenciar obras teatrales, juegos y procesiones artísticas que agraciaban la vida cotidiana de la comunidad griega. Aunque esto no lo hubieran logrado de no ser por su sistema de esclavitud (Kantor, 1990).

Todas estas y más cualidades utópicas del Estado griego contribuyeron a su adelanto intelectual que promovía el potencial humano. No hay duda alguna de que progresaron de manera asombrosa en el campo de las artes y de las ciencias. En específico, fueron tres filósofos los que demostraron este

potencial característico de los griegos: Sócrates, Platón y Aristóteles (Kantor, 1990).

Dentro de la psicología naturalista de Sócrates se encuentra la afirmación de que aun cuando la fisiología participa en la conducta y es esencial para que se produzca, no la causan ni la explican. Pedía que la descripción de la conducta incluyera la motivación, los ideales morales, las circunstancias políticas, prejuicios, etc., ya que afectan a la conducta facilitando o dificultando que se produzca. Nunca hizo alusión a algo que no esté dentro de hechos objetivos y naturalistas. Así que, para Sócrates, alma significaba acciones que las personas realizaban como rasgos esenciales (Kantor, 1990).

Después llegó Platón como discípulo de Sócrates, que a través de los siglos ha sido quien más modificaciones a sus pensamientos ha sufrido. Platón no se dedicó al estudio de mundos trascendentales, y aunque sus ideas se alejaban demasiado de los objetos concretos, como creador de mitos que era, no llegó en ningún momento a alguna clase de sobrenaturalidad. Los mitos utilizados eran una herramienta que facilitaba la obtención de resultados en las discusiones, siempre tratando de exhortar las cualidades morales del hombre (López, 2014; Kantor, 1990; Marx y Hillix, 1979).

Los eventos psicológicos entraron en la filosofía de Platón a través de la reflexión de la ética de la conducta del hombre, por ejemplo, la bondad, ser razonable, la moderación, la irascibilidad y la impetuosidad. Pero como todos sus antecesores griegos, Platón tuvo la costumbre de sustancializar los principios de acción. Tal es el caso de la conducta de razonar que se sustancializó en la Razón, como una manifestación de ella. Y en efecto, todo principio de acción se concretó en una psique sustantiva que después fue traducida como “alma sustantiva”. Esta traducción favoreció la transformación del concepto de alma por medio de las ideas judeocristianas siglos después, haciendo una separación del alma y cuerpo, cosa que Platón no fue capaz de llegar a la idea de la transespacialidad o de la mente transnatural (Kantor, 1990; Marx y Hillix, 1979).

Sin embargo, no fue hasta la llegada de Aristóteles, discípulo de Platón, que se creó un sistema de psicología aproximadamente amplio en el cual hizo

una descripción naturalista y objetiva de los eventos psicológicos. Aristóteles es el inicio de la psicología como materia de estudio, sus tratados han sido de gran influencia en el desarrollo y establecimiento de la psicología como ciencia. Estudió los eventos psicológicos como lo hizo con la física o la biología, intentando no alejarse de los eventos concretos (Kantor, 1990; Vargas, 2006a).

Para entender los fundamentos de la psicología aristotélica es importante tener en cuenta estas metaproposiciones: en primer lugar, los eventos psicológicos son parte de eventos biológicos, se ocupa del estudio de los actos de los organismos por separado; en segundo lugar, describe los eventos psicológicos como interacciones con las cosas y condiciones del ambiente; en tercer lugar, el principio de la vida animal y vegetal es la psique, y constituye la característica esencial de los organismos (Kantor, 1990).

Aristóteles recalca que la psique o alma es un rasgo independiente de los eventos psicológicos, es el fin de tales acciones, es decir, el ser en acto. Y aunque persiste en la idea de que la psique es una sustancia esta no debe entenderse como un objeto que se puede separar del cuerpo, pero tampoco debe entenderse como algo incorpóreo. Esta idea de la incorporeidad del alma proviene del hecho de que esta una acción del organismo que se interrelaciona con las acciones de las cosas que están alrededor suyo. También mencionó que la psique no es igual en todas partes debido a los distintos tipos de conducta psicológica, la psique es específica y debe ser descrita tal cual se observa (López, 2014; Kantor, 1990).

No fue hasta el siglo II a. C. que los griegos fueron conquistados por el Imperio romano y hubo una transformación y modificación de la cultura. Surgió una nueva forma de vivir y de pensar que evolucionó hacia el espiritualismo. Roma se convirtió en una comunidad cristiana, se convirtió en la ciudad de Dios donde surgieron nuevas instituciones intelectuales trascendentales (Kantor, 1990).

Fue en Roma donde empezó a desarrollarse el dualismo que ha estado y sigue presente en la psicología científica. Específicamente, fue en la Iglesia sagrada de Dios donde evolucionó el trascendentalismo y el sobrenaturalismo, esta fue creciendo dentro del estado romano hasta el punto de competir con él

por el dominio, pero finalmente terminó por sustituirlo. Aunque esto no se dio sino después de muchos años y después de muchos conflictos. El cambio ideológico de los cristianos no fue bien recibido obteniendo solo burlas, en sus doctrinas se encontraba la idea de un creador y su mundo invisible e intangible que no podía ser representado. Por esta razón, cuando se les pedía una prueba fehaciente de este mundo inmaterial, los cristianos no podían demostrarlo y terminaron por despreciar las pruebas y razonamientos basados en la observación (Kantor, 1990).

Cabe recalcar que este trascendentalismo cristiano con su dicotomía del espíritu y la naturaleza, Dios y el mundo, gira en torno a Jesús Cristo. A través de las ideas sobre Jesús de Nazaret, el cristianismo elaboró un universo superespacial que prometía la salvación para las almas de los hombres que estuvieran afligidos por la pobreza o por la sociedad. Simultáneamente, se fue forjando la idea de que el hombre como organismo biológico y el mundo que habita es inferior, por lo que tiene que rendirse a las demandas de Dios para que en la muerte su alma pueda trascender a su reino celestial (Kantor, 1990).

Siglos después, cuando el Imperio romano ya había sido derrotado, Europa entró en un periodo llamado como oscurantista, es decir, la Edad Media europea (Vargas, 2006a).

1.2 La Edad Media y la Psicología

En esta época, el dominio del cristianismo era casi total sobre la vida cotidiana de las personas, el estudio de textos bíblicos lo realizó Aurelio Agustín y la reinterpretación de los textos griegos recuperados fue hecho por Tomás de Aquino (Vargas, 2006a).

San Agustín (354 – 430) vivió sin sentirse obligado a seguir las leyes científicas de la naturaleza como lo hicieron los griegos, en vez de eso se dedicó a crear una nueva concepción del mundo a partir de la idea del Dios verdadero que pudiera satisfacer las necesidades en las luchas diarias de las personas por seguir viviendo en un mundo cambiante. Reforzó la idea de la salvación personal y dar un refugio trascendental del alma contra los males del

mundo terrenal, ya que decía que el alma era inmortal. Como espiritualista pensaba que el Alma o Mente es una sustancia simple pero incorpórea, por lo tanto, no puede ser localizada ya que habita en todas las partes del cuerpo humano. Entonces, la única forma de localizar el alma era a través de la introspección, es decir, conocerse a sí mismo, de tal manera se podía prescindir del estudio de las cosas ya que el alma poseía la imagen de Dios y eso era suficiente (Kantor, 1990).

Esta importancia que le daba al alma hacia a su vez que el cuerpo fuera devaluando su valor y aunque no pudo ignorar el cuerpo por completo, lo menos que hizo fue denigrarlo. Esto significó que San Agustín hizo de la psicología ya no un estudio del comportamiento humano, sino el estudio de la mente o alma inmaterial (Kantor, 1990).

No es sino hasta el siglo XIII, alrededor de 700 años después, que la psicología volvió a sufrir una serie de modificaciones debido a la intervención de Tomás de Aquino (1225 – 1274). Históricamente fue quien estabilizó efectivamente los protopostulados fundamentales de la psicología moderna. Aunque esto no fue sencillo, la Iglesia se opuso al estudio de las lecturas aristotélicas hasta el punto de desprestigiarlo (Kantor, 1990).

Tomás de Aquino era teólogo y su trabajo lo dedicó al estudio de Dios y del hombre de tal modo que trató de espiritualizar al ser humano. La importancia de la psicología de Santo Tomás tiene que ver tanto con la transformación de la psicología biológica de Aristóteles como de la asimilación de sus doctrinas naturalistas que lo llevó a ser el primero en incorporar procesos psíquicos en *De Anima*. Decía que el ser humano es un ser de cuerpo habitado por el alma, pero eran cosas distintas, el alma era inmortal y cuando el cuerpo parecía regresaba a Dios y prevalecía (Kantor, 1990).

En resumen, lo que dejó la Edad Media a la Psicología fueron los procesos ocultos que no pueden ser observados, el alma que solo se puede demostrar a través de las acciones humanas y de esta manera conocer a Dios y sus ángeles (Kantor, 1990; Vargas, 2006a).

Sin duda, las ideas de Tomás de Aquino han persistido hasta la actualidad, sus escritos sobre el estudio del ser humano siguen sorprendiendo y continúan estudiándolos como guía. Se siguen realizando escritos apoyándose de Santo Tomás para la construcción de una “Psicología científica” (Echeverría, 2003). Sin embargo, esto ha provocado consecuencias negativas difíciles de erradicar dado que hoy en día se considera que en el cerebro habita el alma, no obstante, ahora se le llama mente o procesos psíquicos dejando de lado el concepto de alma, aunque prácticamente son sinónimos (Kantor, 1990, Marx y Hillix, 1979; Novoa, 2002).

1.3 El dualismo alma-cuerpo de Descartes

Aproximadamente en el siglo XV surgió el Renacimiento italiano dando un nuevo auge a las ciencias y las artes, pero con la herencia de la dualidad alma-cuerpo de San Agustín y Santo Tomás (Vargas, 2006a). Pero no fue sino hasta el siglo XVII que la psicología volvió a cambiar su curso con René Descartes (1596 – 1650) quien emprendió la labor de fundamentar metafísicamente la ciencia, sobre todo la física mecanicista y la matematizada. Pretendía vincular el alma con los artefactos mecánicos que eran importantes en la cultura europea de aquel tiempo. También trató de ubicar el alma en el cerebro, específicamente en la glándula pineal (Kantor, 1990; Monroy y Álvarez, 2013).

Utilizó la duda como método para sus investigaciones estableciendo el principio “*pienso, luego existo*”, lo que le permitió afirmar una suposición como verdadera. La regla consistía en que si se conciben las ideas de forma muy clara y distinta son verdaderas, regla que se basó en la existencia de Dios (Monroy y Álvarez, 2013).

La diferencia entre mente y cuerpo suele ser rastreada desde los griegos, por esto, la dualidad de Descartes no difiere de los pensamientos de Platón, considera que los cuerpos como máquinas, pero los seres humanos tienen algo que lo diferencia de los animales que es la razón. Indica que la razón, como manifestación del alma, es capaz de legitimar el conocimiento verdadero que la experiencia proporciona, pero al final de todo siempre es Dios

quien es la fuente y garantía del conocimiento innegable. De tal modo, para René Descartes, la unión entre alma y cuerpo no puede ser objeto de estudio científico, sino moral (Monroy y Álvarez, 2013).

Una vez dicho esto, Descartes propuso dos postulados que son fundamentalmente el objeto de estudio de su psicología: el análisis mecanicista y la dualidad cartesiana. El primero indica que el cuerpo humano se rige bajo las leyes de la mecánica y pudo observar que el cuerpo posee ciertos movimientos involuntarios o automáticos a los que llamó reflejos, esto puede entenderse como acción-reacción. El dualismo cartesiano indica la relación entre alma y cuerpo, es decir, el movimiento de la máquina (*res extensa*) causado por el alma o mente (*res cogitans*), (Kantor, 1990; Novoa, 2002; Vargas, 2006a; Villareal y Avendaño, 2012).

Descartes también hizo una clasificación de la interacción entre el alma y el cuerpo y lo divide como actividades internas o externas. Las internas consisten en los cinco sentidos básicos, es decir, la vista, olfato, gusto, tacto y oído. De las externas nada se sabe más que tiene que ver con la figura, la magnitud y el movimiento de los objetos. A toda esta interacción le llamó "Pasiones" y además agregó otro tipo de actividades pertenecientes sólo al alma, sin que haya resultados en movimientos espaciales y las llamó "Acciones" (Kantor, 1990).

Se entiende entonces que la dualidad alma-cuerpo habita conjuntamente en el ser humano y sin ellas el ser humano no sería como es, por lo tanto, ambos son parte del dominio de la naturaleza. Sin embargo, llegó a contradecirse en su estudio del alma debido a falta de claridad, ya que hay confusión en si estudiaba al alma como algo independiente o como algo que interactuaba con el cuerpo únicamente (Kantor, 1990; Monroy y Álvarez, 2013).

En el renacimiento italiano hubo una necesidad que las ciencias naturales comenzaran a crear sus propios conceptos para poder estudiar los fenómenos de su competencia, y es así como surgió el modelo primitivo de la ciencia a partir del que se conformaría poco a poco la ciencia contemporánea. Y desafortunadamente esto condenó a la psicología como disciplina, quedó

encargada de estudiar las relaciones entre la mente y las acciones del cuerpo (Ribes, 1990).

1.4 Comienzo de la Psicología moderna

Dentro de los autores que siguieron esta tradición dualista está John Locke (1632 – 1704) y se distingue de autores anteriores ya que fue él quien le otorgó funciones cognitivas al alma. Fue de los primeros en estudiar al alma de manera menos trascendental difiriendo mucho con las implicaciones teológicas de Descartes. Igualmente rechazó la doctrina cartesiana de las ideas innatas junto con la especulación pura como método de investigación. Locke, al igual que Newton, era atomista y reduccionista por lo que hizo fue transformar al alma en partículas psíquicas a las que llamó ideas. De manera que el propósito de las investigaciones de Locke fue investigar el alcance del entendimiento humano y para esto su punto de partida fue establecer el origen de las ideas (Hothersall, 1997; Monroy y Álvarez, 2013; Villareal y Avendaño, 2012).

Fue de tal manera que consideró al alma, o mente, una *tabula rasa*, es decir, un papel en blanco que no poseía ideas innatas, como pensaba Descartes, y estas iban apareciendo a medida que la persona tenía contacto con los objetos a su alrededor, es decir, a través de la experiencia (Hothersall, 1997; Villareal y Avendaño, 2012).

Por otra parte, Locke consideró que las ideas no podían venir exclusivamente de la experiencia, sino que podían provenir también de la reflexión, una operación interna de la mente. Sin embargo, pese a toda su investigación, el alma de John Locke no difería mucho con el alma trascendental tradicional, solo sufrió una modificación para adaptarla al clima intelectual de su época (Hothersall, 1997; Kantor, 1990; Villareal y Avendaño, 2012).

No pasó mucho tiempo cuando nació una nueva “ciencia”, la de la vida psíquica o mental. Este evento se le puede atribuir a Christian Wolff (1679 – 1754) y al escocés Thomas Reid (1710 – 1796). Su contribución fue el sistematizar la ciencia de lo mental, un gran avance para la gestación de la

psicología como ciencia, aunque cada uno mostró diferencias entre sí (Kantor, 1990).

En el caso de Wolff, su trabajo consistió en hacer una conjunción de materiales psicológicos para hacer de la psicología una materia independiente y pudiera ser parte de las ciencias empíricas, aunque no renunció del todo a las creencias del trascendentalismo. Igualmente, el trabajo de Thomas Reid consistió en sistematizar a la psicología, se centró en las posibilidades que ofrecían las ciencias naturales bien establecidas. Su sistema no fue el mejor ni el más complejo, pero formalmente estaba bien elaborado. Cabe mencionar que Reid era clérigo por lo que también estaba interesado en conservar los principios morales y religiosos en este sistema (Kantor, 1990).

Por esta misma época surgió un movimiento en el que los procesos invisibles tenían que sustentarse en alguna sustancia tangible, que fuera materia sólida y duradera. Ese movimiento fue el Materialismo y más que nada fue un fenómeno de cambio social, político y sobre todo religioso debido a que hubo una insistente defensa del naturalismo en contra del espiritualismo, por lo tanto, quien era materialista era considerado ateo (Kantor, 1990).

El Materialismo, influenciado por los avances científicos y tecnológicos del siglo XVIII, no podía quedarse atrás por lo que intentó establecer que la mente es dependiente de los de los eventos biológicos y fisiológicos del organismo humano. Si se podía comprobar esta conexión, se podría confiar en la existencia de la mente (Kantor, 1990).

La Mettrie (1709 – 1751) fue uno de los que trató de relacionar los problemas del alma humana con algunas variables biológicas, en pocas palabras fue un materialista y mecanicista. Así pues, correlacionó los procesos emocionales con reacciones orgánicas. Por ejemplo, la ira aumenta todos los movimientos y acelera la circulación de la sangre, mientras que el miedo provoca disminución de los movimientos, produce frío, etc. (Hothersall, 1997; Villareal y Avendaño, 2012).

En su obra *El Hombre-Máquina*, a pesar de que argumentó que las personas y sus acciones pueden explicarse a través de principios mecánicos,

considero al alma como una clase de fantasma o halo que se sostiene a sí misma y flota sobre la máquina. Supuso que el cuerpo humano era base suficiente para hacer proposiciones acerca de la naturaleza del alma (Hothersall, 1997; Kantor, 1990).

Hasta este punto se puede observar como la psicología a lo largo del siglo XVIII trató de acoplar los métodos de las ciencias ya establecidas, pero fue en el siglo XIX con el auge de las ciencias biológicas que la psicología siguió de cerca su desarrollo hasta el punto de casi asimilarla (Kantor, 1990).

Este gran desarrollo de la biología se vio reflejado en los trabajos sobre fisiología del siglo XIX. Entre los más destacados está Hermann Helmholtz (1821 – 1894), quien contribuyó de forma notoria con el establecimiento formal de la psicología independiente a través de sus investigaciones sobre fisiología sensorial y el sistema nervioso que resultaron en un gran avance científico (Monroy y Álvarez, 2013). Entonces, realizó experimentos acerca de la velocidad de los impulsos nerviosos y concluyó que su velocidad era de 43 metros por segundo (Hothersall, 1997).

También aparece en escena la frenología con su notable descripción de las funciones del cerebro que la hicieron muy popular como otra ciencia de la mente en el siglo XIX, aunque en la actualidad esta disciplina ahora es, por lo menos, una pseudociencia (Hothersall, 1997).

La frenología comenzó con Franz Gall (1758 – 1828) y su discípulo Spurzheim (1776 – 1832) quienes afirmaban que la personalidad y la inteligencia eran reductibles a 42 funciones, cada una pudiéndose localizar en un área de la superficie del cerebro. Por sus investigaciones la Iglesia los etiquetó como deterministas y materialistas, etiquetó sus libros como prohibidos y descalificó sus conferencias llamándoles subversivas de la religión. Después de la muerte de Gall y Spurzheim, George Combe (1788 – 1858), compañero de este último, continuó popularizando a la fenología con sus estudios, sobre todo cuando publicó su libro *Constitución de un hombre* (Hothersall, 1997).

A la par de todas estas investigaciones que se dieron en el siglo XIX, hubo tres personajes que destacaron por introducir la experimentación en la

psicología: Ernest Weber (1795 – 1878), Theodor Fechner (1801 – 1887) y Wilhelm Wundt (1832 – 1920) (Vargas, 2006a).

Weber fue fisiólogo y anatomista alemán que contribuyó a la psicología con sus investigaciones sobre las sensaciones y su formulación de la ley de Weber. Esta indica que entre los estímulos y las intensidades de estimulación hay una relación reglada, no se perciben las diferencias absolutas de los estímulos sino las relativas (Sahakian, 1970).

Para esto, Weber experimentó primero con estímulos táctiles para medir el umbral de las sensaciones, entonces pudo observar que los estímulos táctiles débiles no se percibían hasta que iba aumentando la intensidad y así determinó cuál era el umbral absoluto, pero estas sensaciones también dependían de otros factores por lo que identificó tres clases de sensaciones para el tacto: presión, temperatura y lugar (Monroy y Álvarez, 2013). Además, experimentó con la habilidad de las personas para diferenciar entre dos pesos distintos mientras los objetos eran sostenidos (tacto) o si eran levantados (tacto y esfuerzo muscular). Concluyó que las personas perciben diferencias cuando hay esfuerzo muscular implicado que cuando solo utilizan el tacto (Hothersall, 1997).

Es de importancia mencionar que para Weber las actividades corporales van a la par de procesos mentales y en algunos casos estos los anteceden. Por lo tanto, para Weber los procesos mentales son el principal objeto de interés para psicólogos y fisiólogos (Kantor 1990).

Fechner, filósofo y psicólogo experimental alemán, influenciado por las instituciones espiritualistas que aún eran predominantes en su tiempo, convirtió al pansiquismo en la base de su trabajo. Describió en sus libros su idea acerca de la relación entre el mundo espiritual y el mundo físico, y veía la posibilidad de utilizar las matemáticas para el estudio de la mente (Kantor, 1990; Monroy y Álvarez, 2013; Sahakian, 1970).

Influenciado por Weber, su principal tarea fue la medición psicofísica, la relación mente-cuerpo como un todo orgánico, por lo que su ley se basaba en los supuestos de que las sensaciones pueden ser mensurables y que toda

sensación tiene un punto cero en el que es realmente sentida. Utilizó tres métodos para sus experimentaciones: las diferencias apenas perceptibles de Weber, los casos acertados y erróneos, y el del error medio. Con esto, desarrolló el concepto del limen que es el punto en el que una persona puede percibir un estímulo el 50% de las veces (Sahakian, 1970; Monroy y Álvarez, 2013). Y a pesar de que sus investigaciones estuvieron llenas de misticismo, su trabajo resultó ser más relevante para la fundación de la psicología experimental (Kantor, 1990).

Por último, dentro de los personajes más destacados de la psicología experimental del siglo XIX fue Wundt y con él apareció una psicología que trataba de preocuparse menos de los estados mentales y más de las actividades de los organismos (Kantor, 1990).

Es bien sabido por todos que Wundt fundó el primer laboratorio de psicología en la Universidad de Leipzig. En 1876, la universidad comenzó por asignarle un almacén para su equipo de demostración y sus aparatos experimentales. Wundt impartió clases sobre psicología fisiológica utilizando estos aparatos en sus demostraciones. Sus estudiantes incluso participaban en experimentos simples y cuando llegaba alguien nuevo a sus clases se le asignaba uno de los aparatos de su equipo para que lo utilizara en demostraciones ya planeadas para la clase. Dadas las molestias del transporte de sus aparatos a los salones de clase, Wundt terminó por dar sus clases en el almacén donde guardaba su equipo y años después comentó que los experimentos realizados ahí para sus conferencias marcaron el establecimiento formal de su laboratorio de psicología en 1879. Se considera que la psicología se estableció en este año como ciencia independiente y experimental gracias a Wundt (Hothersall, 1997).

La finalidad de las investigaciones y experimentos de Wundt era descubrir cómo el organismo humano opera en una gran cantidad de maneras. Definió a la psicología como ciencia de la experiencia inmediata, por lo tanto, la investigación está encaminada a la suma total de los hechos a los que es consciente el ser humano. Wundt utilizó el método introspectivo para la descomposición de la experiencia en elementos de la conciencia como la

sensación, la memoria, los sentimientos, las emociones, los motivos y los procesos volitivos (Kantor, 1990; Monroy y Álvarez, 2013).

Como investigador de la experiencia inmediata, Wundt no distinguió entre experiencia interna o externa. Para él los psicólogos deben encargarse de descubrir que elementos de la experiencia inmediata se repiten con frecuencia respecto de los mismos estados del sujeto (Sahakian, 1970).

A partir de las investigaciones y experimentos que realizó Wundt a lo largo de su carrera, en el siglo XX surgió una nueva emoción por la psicología que se extendió por muchas partes del mundo y se proliferó en nuevos enfoques y descubrimientos (Sahakian, 1970).

1.5 Enfoques psicológicos

Durante la primera mitad del siglo XX, ocurrió una revolución paradigmática con el llamado conductismo. Redefinió el objeto de estudio de la psicología, transformó su estructura teórica y abandonó el estudio de la mente. Sus intereses se encontraban en el control de este objeto de estudio (la conducta) para pasar de sólo describir los fenómenos psicológicos a predecirlos (Monroy y Álvarez, 2013).

Entre sus antecedentes más inmediatos se encuentra Iván Pavlov (1849-1936), nacido en Rusia, realizó investigaciones acerca del funcionamiento de los sistemas fisiológicos cardíaco, digestivo y cordial. Su objetivo era estudiar sistemas vivos por lo que aplicó procedimientos quirúrgicos en animales basados en los procedimientos que se realizaban en los humanos. En particular, estudió la composición de los jugos gástricos en perros bajo condiciones alimentarias simuladas, lo que después se llamó asociación de estímulos. Primero comenzó por presentar un estímulo incondicionado, como la comida, que provocaba una respuesta refleja en los perros; después presentaba un estímulo neutro, como el sonido de una campana, a la par de la comida (estímulo incondicionado); por último, volvía a presentar el sonido de la campana, pero ahora sin la presencia de la comida. Como resultado la respuesta refleja comenzó a presentarse en ausencia de la comida y en

presencia del estímulo neutro ahora condicionado, es decir, en presencia del sonido de la campana. Pronto empezó a realizar más investigaciones al respecto, por lo que empezó a ganar renombre y ahora se conoce su trabajo como condicionamiento clásico (Hothersall, 1997).

Después apareció en escena el estadounidense John B. Watson (1878 – 1958), y con él aparece formalmente el conductismo en 1913 con su declaración del conductismo en su escrito *La psicología tal como la ve el conductista*. Sus investigaciones estuvieron enfocadas en la experimentación con animales para realizar interpretaciones acerca de los fenómenos psicológicos. Esto, a su vez, eliminó la necesidad de estudiar el factor subjetivo para concentrarse solo en la conducta. Consideró al estudio de la mente irrelevante y contraproducente, la psicología debía ser una rama de la ciencia natural, por lo tanto, debería ser totalmente objetiva y así eliminaría las barreras que existen entre otras ciencias (Sahakian, 1970).

En sus investigaciones Watson se dedicó al estudio con animales ya que le resultaba más cómodo. Estudió el comportamiento de las ratas en laberintos, las entrenó para que corrieran a través de este para que alcanzaran su alimento. En un inicio, las ratas tardaron 30 minutos en completarlo, al cabo de 30 ensayos las ratas tardaban 10 segundos en recorrerlo. La pregunta que se formuló Watson fue: ¿Cómo lo hacen? Pensó que eran los sentidos como el olfato, la vista o el oído lo que determinaba este aprendizaje, pero al eliminarlos las ratas seguían recorriendo con éxito los laberintos. Terminó por eliminar a algunas ratas su vista, olfato, oído, bigotes y estas seguían completando el laberinto. Hasta que decidió voltear el laberinto y poner a estas ratas en laberintos diferentes, fue ahí cuando se dio cuenta que las ratas corrían enérgicamente a través del laberinto hasta que se detenían y dudaban del camino a seguir, por lo que concluyó que las pistas kinestésicas y/o las sensaciones musculares eran importantes para que las ratas concluyeran los laberintos. Estos y muchos más experimentos con animales le sirvieron para poner en claro que la conducta humana podía describirse, explicarse y predecirse (Hothersall, 1997).

Dentro del conductismo, el último personaje importante que entró en escena fue Burrhus Frederic Skinner (1904 – 1990), otro psicólogo estadounidense influyente que postuló que la conducta de un organismo depende de las contingencias que existen en el medio ambiente para predecirlos (Monroy y Álvarez, 2013).

Llamó a su enfoque análisis Experimental de la Conducta y destacó la importancia de las consecuencias de la conducta sobre la misma conducta. Postuló que si una consecuencia es contingente a la emisión de una respuesta aumenta la probabilidad de que ocurra de nuevo. Una consecuencia es contingente sólo cuando se presenta inmediatamente después de que se ha realizado una conducta objetivo y esta no ocurre en otro momento o situación. Esto es lo que se conoce como condicionamiento operante (Monroy y Álvarez, 2013).

Para poder explicar el comportamiento humano, Skinner se interesó en encontrar una respuesta orden del funcionamiento de la llamada conducta voluntaria la cual no era resultado de un estímulo que se pudiera identificar, describe una definición sobre el reflejo con una posición fenomenalista y funcional como una “correlación observada de un estímulo y una respuesta” con esta propuesta busca encontrar las reglas que involucren al organismo (Plazas, 2006).

En sus primeros estudios, entrenó la adaptación de ratas y pichones utilizando sus famosas cajas de condicionamiento operante las cuales eran insonoras, siguiendo las enseñanzas de Pavlov para controlar todas las variables posibles (Plazas, 2006); desarrolló el método de moldeamiento para establecer y modificar la conducta, sea animal o humana. Por ejemplo, entrenaba ratas para que presionaran una palanca y pudiera obtener alimento, así que reforzaba la conducta más parecida a la conducta meta hasta hacer que presionara la palanca. Después de esto, Skinner diseñó y comenzó a utilizar lo que llamó programas de reforzamiento que le permitieron mantener las conductas meta en el tiempo debido a que el reforzamiento continuo aumenta la probabilidad de provocar una extinción de la conducta (Hothersall, 1997).

Entre sus conceptos más populares está el de reforzador positivo y negativo que se dividían a su vez en primarios y secundarios. También para disminuir la conducta utilizaba el castigo tanto positivo como negativo, y la extinción (Monroy y Álvarez, 2013).

Sin embargo y pese a todo a los logros alcanzados por Skinner, Watson y Pavlov, el conductismo está aún dominado por la doctrina mente-cuerpo. Por más que hayan querido rechazar la mente, los conductistas siguieron teniendo la idea tradicional del cuerpo. Consideraron al organismo como un cuerpo sin mente, dándole relevancia a supuestas propiedades, como las necesidades orgánicas, los instintos, la genética, etc. (Kantor, 1990).

Al mismo tiempo, comenzó a gestarse otra tradición psicológica más enfocada al estudio de los procesos internos relacionados con el conocimiento como la memoria, percepción, atención, conciencia, inteligencia, etc. Esta es la tradición del pensamiento cognoscitivista y dentro de ella se encuentran la psicología Gestalt, la psicología estructural de Jean Piaget (1896 – 1980) y la psicología histórico-cultural de Lev Semiónovich Vygotsky (1896 – 1934) (Álvarez, Molina, Monroy y Bernal, 2013).

Alrededor del año de 1912 Max Wertheimer (1880 – 1943) publicó su ensayo *Estudios experimentales sobre la visión del movimiento* y dio inicio el movimiento de la psicología Gestalt en Frankfurt, Alemania (Sahakian, 1970).

De acuerdo con la Gestalt, los fenómenos psicológicos son un todo que pueden correr el riesgo de no entender sus características si se analizan sólo sus partes ya que por separado estas no definen nada, esto quiere decir que el todo es más que la suma de sus partes, principio del pensamiento holístico (Villareal y Avendaño, 2012). Sus leyes según Wertheimer son la de conclusión, proximidad y semejanza. La primera ley indica que los todos imperfectos tienden a formas completas, es la tendencia de las percepciones, pensamientos, acción y recuerdos a asumir una forma concluida. La ley de la proximidad dice que los objetos son percibidos como unidad cuando se observan de cerca. La última ley indica que los objetos que son observados con forma o color semejantes se perciben asumiendo una sola agrupación (Sahakian, 1970).

Otra característica de la Gestalt es el isomorfismo psicofísico. Este indica que un elemento psíquico tiene su elemento físico, esto quiere decir que las experiencias encuentran una correlación con procesos cerebrales que se le asemeje (Sahakian, 1970).

Dentro de sus investigaciones con animales encontraron que los animales aprenden relaciones y no a responder a estímulos positivos. Significa que cuando un animal ha aprendido a distinguir entre dos tonalidades de algún color, este responde a la relación. Si tiende a responder a la tonalidad más clara del color gris, cuando a éste le cambien de color, el animal seguirá respondiendo al color más claro. Incluso también hicieron investigaciones respecto a la memoria en las que concluyeron que existen rastros de memoria, por ejemplo, se puede recordar más rápidamente un detalle distintivo de una lista que otros que sean similares (Sahakian, 1970). La Gestalt llegó con el exilio Wertheimer y otros psicólogos a los Estados Unidos en la década de 1930 y le dio un impulso al desarrollo de la psicología en ese país (Hothersall, 1997).

Por otra parte, el biólogo suizo Jean Piaget (1896 – 1980) se introduce dentro de la psicología con sus libros: *el lenguaje y el pensamiento del niño* de 1923, *El juicio y el razonamiento en el niño* de 1924 y *La representación del mundo en el niño* de 1926. Detalla los resultados de sus observaciones al comportamiento de niños a lo largo de varios años, en particular el de sus hijos. Trata de explicar el origen y desarrollo de la inteligencia, el cómo es que adquirimos conocimiento, de ahí el nombre de su teoría: Epistemología Genética (Álvarez et al., 2013; Villareal y Avendaño, 2012).

De las conclusiones más importantes que realizó al observar el comportamiento de sus hijos, Piaget se percató de que los niños son más egocéntricos que los adultos debido a que los pensamientos de los niños solo se centran en ellos mismos incluso cuando están en compañía de adultos o de otros niños. Esta clase de pensamiento no le permite al niño pensar en términos relativos, solo absolutos, debido a que el cerebro del niño aún no se ha desarrollado lo suficiente. De igual forma, existen pensamientos similares a

éste como el animista en el que los niños de siete años suponen que el sol se mueve porque está vivo (Sahakian, 1970).

Estas y más observaciones le sirvieron a Piaget para proponer que los niños construyen el conocimiento de manera activa, interactuando con el ambiente. Este desarrollo suponía la capacidad para razonar su entorno el cual describe a lo largo de cuatro etapas, que van desde el nacimiento hasta la adolescencia, determinadas por la maduración del organismo y la influencia del ambiente.

En cada etapa se da una descripción dada por cambios cualitativos, así como por la forma en la que se organiza el conocimiento siguiendo una secuencia invariable. Del nacimiento a los dos años está la etapa sensoriomotora, de los dos a los siete años aparece la etapa preoperativa, de los siete a los doce años la etapa de operaciones concretas y de los doce a los quince aparece la última etapa de operaciones formales (Linares, 2007; Sahakian, 1970; Villareal y Avendaño, 2012). Estas etapas son un proceso donde el humano integra y ajustan patrones o esquemas físicos y cognitivos a una estructura más compleja, posteriormente, acomoda la información en esquemas que ya existen o bien realiza una acomodación de las estructuras, esto con el motivo de llegar a un pensamiento lógico formal, en el cual el ser humano es capaz de conceptualizar pensamientos abstractos (Álvarez et al., 2013).

Así mismo, hubo otro psicólogo inserto en la tradición cognoscitivista que tuvo intereses similares a los de Piaget al querer estudiar la génesis del conocimiento, aunque difiere respecto al método utilizado. Este fue Lev Vygotsky (1896 – 1934) y su enfoque sociohistórico (Álvarez et al., 2013).

Vygotsky fue uno de los primeros psicólogos rusos en enfocar la psicología hacia la doctrina marxista y leninista. Propuso que la conciencia es un reflejo activo de la realidad y como una propiedad del cerebro humano. Para él, lo que caracterizaba al ser humano es la utilización de herramientas simbólicas mediante el lenguaje (Villareal y Avendaño, 2012).

Puso especial interés en el lenguaje como medio para insertarse en una cultura, especialmente se centró en el proceso social para aprender una

lengua. Describió la importancia de los adultos para el desarrollo de los niños, la definió como una Zona de Desarrollo Potencial en la que el nivel actual de desarrollo del niño puede superarse mediante la intervención de un adulto que le enseñe y alcance nuevas zonas de desarrollo. Vygotsky quiere decir con esto que, en un primer momento, los procesos psicológicos aparecen como actividad conjunta con otra persona y después como un dominio personal, se vuelve un proceso individual (Álvarez et al., 2013; Villareal y Avendaño, 2012).

El principal objetivo de la psicología de Vygotsky fue analizar cómo, a lo largo del desarrollo histórico, los procesos mentales se han ido haciendo más complejos. Investigó cómo la mente, los procesos cognitivos, son determinados por el contexto histórico y social en el que se encuentren las personas (Villareal y Avendaño, 2012). A pesar de su corta vida, Vygotsky desarrolló importantes planteamientos que aun ahora siguen tomándose en cuenta (Álvarez et al., 2013).

Así que, como resultado de la llegada de nuevas tradiciones y con la llamada revolución conductista, es que la psicología comienza un periodo de gran expansión y autosuficiencia. Llegó a una madurez que le permitió desarrollarse en distintos campos especializados como la psicología infantil, psicología fisiológica, la evaluación personal y la psicometría, psicología social y cultural, psicología anormal y clínica junto con la psiquiatría y el estudio de la psicopatología, la psicolingüística y otros campos de la psicología aplicada (Kantor, 1990).

1.6 Psicología como ciencia

Se puede observar cómo es que en el siglo XX la psicología comenzó de nuevo a tratar de volver a sus comienzos naturalistas que los griegos iniciaron. No obstante, a pesar de que la psicología volvió a tratar de posicionarse como una verdadera ciencia, el elemento espiritual (la mente) nunca desapareció y actualmente sigue siendo una característica dominante en la tradición psicológica (Kantor, 1990).

Sin embargo, surgió una teoría en donde quedaban excluidos todos los principios psíquicos e internos, negando también las explicaciones a las funciones neuronales. Surgió como una teoría alternativa más coherente y clarificadora de lo que estudia la psicología, tratando de hacer a la psicología la ciencia que estudia el comportamiento. Esta fue la teoría interconductual del estadounidense Jacob Robert Kantor (1888 – 1984), que se definía como el estudio individual de las interacciones de los organismos con los objetos, eventos y otros organismos del ambiente (Barraca, 2002; Vargas, 2006a).

A lo largo del desarrollo de la metateoría interconductual de Kantor, diversos autores comenzaron a contribuir a su desarrollo. Entre ellos, uno de los más importantes y recientes es el español Emilio Ribes Iñesta (1944 – presente), que elaboró en la década de 1980 una taxonomía funcional de la conducta como campo de interacción apoyándose de la teoría de campo de Kantor (Vargas, 2006a).

Sin duda, sólo la construcción de una teoría de campo hizo posible la eliminación de todos los factores trascendentales de la psicología y la comprensión de los eventos observables. Así pues, la psicología Interconductual ha alcanzado la meta de haber desarrollado su potencial como ciencia al igual que las otras. Pero, como ciencia, siempre debe estar en constante transformación y corrección, por lo tanto, su desarrollo nunca se deberá darse por concluido (Kantor, 1990).

II. PSICOLOGÍA INTERCONDUCTUAL

2.1 Orígenes de la teoría Interconductual

Conviene subrayar que la ciencia ha progresado de dos maneras distintas: mediante el descubrimiento de nuevos fenómenos y/o mediante la revaloración de los eventos con base en mejores criterios para analizarlos (Ribes, 1990).

La evolución de la psicología como ciencia se caracterizó por una constante modificación y autocorrección de sus postulados, resultando en el abandono de teorías que son sustituidas por otras. Sin embargo, estas sustituciones no implicaron necesariamente la incorporación de unas u otras teorías, sino que significó su rechazo definitivo dando como resultado la coexistencia de distintas psicologías (Kantor, 1978; Ribes, 1990).

Ahora, debido a que son pocos o nulos los eventos psicológicos que faltan por descubrirse, lo que a la psicología le queda para progresar científicamente es que las construcciones descriptivas e interpretativas que siguen vigentes sean corregidas. Por esta razón, se formuló la psicología interconductual para poder sobreponerse a los errores e inconsistencias de las primeras construcciones de los fenómenos psicológicos, y de esta manera, hacer que haya una sola psicología (Kantor, 1978).

Se puede afirmar entonces que el trabajo más importante de la psicología contemporánea consiste en mayor medida en liberar a la investigación de imponer a los fenómenos psicológicos propiedades no derivadas de la observación y la experimentación (Kantor, 1978).

Para este fin, cabe volver a recapitular los estados culturales por los que ha pasado la psicología. En primer lugar, se encuentra la psicología biológica griega, época en la que se intentó explicar los fenómenos a través de la interrelación de sus factores, es decir, los fenómenos psicológicos se consideraron como el funcionamiento de los organismos que están en contacto con los objetos a su alrededor. En segundo lugar, se encuentra la psicología trascendental que con el desplazamiento de Grecia y el Imperio Romano marcó una nueva etapa para Europa con lo que se puede denominar el periodo de la

fe y el simbolismo. En esta época se consideró a lo supernatural en coordinación con lo natural, y hasta la época actual la psicología se ha transformado manteniendo esta conexión dualista mente-cuerpo. Incluso el conductismo siguió considerando al organismo como el mismo tipo de entidad con el que trató el dualismo. Por último, apareció la psicología interconductual que propuso la visión no ocultista de la psicología biológica griega, pero rechazando la sobresimplificación que tenían de las acciones de los organismos. Además, sostiene que el periodo de la larga imposición de los poderes místicos sobre los organismos y su comportamiento es consecuencia de creaciones culturales (Kantor, 1978).

No obstante, el sistema teórico interconductual no surgió de la nada, como cualquier otro se desarrolló a partir de uno o varios sistemas teóricos ya existentes. Entonces, los orígenes más inmediatos del Interconductismo son los del movimiento conductista y su más famoso autor John B. Watson, que fueron influidos por la teoría de la evolución y el funcionalismo. Pero, sobre todo, fue J. R. Kantor quien desarrolló la metateoría interconductual (Ribes, 1994).

Es importante mencionar que dado el contexto histórico en el que se desarrolló la psicología interconductual, Kantor arrastró las limitaciones y carencias del conductismo y ha afectado en su incorporación actual (Ribes, 1994).

Jacob Robert Kantor nació el 8 de Agosto de 1888 en el estado de Pennsylvania, Estados Unidos, y murió el 2 de Febrero de 1984 en la ciudad de Chicago, Illinois. Inició sus estudios universitarios en la ciudad de Chicago en el año de 1913, eligiendo la carrera de filosofía y concluyendo con un doctorado en 1917 (Vargas, 2006a).

Dentro de sus primeras actividades profesionales está la de instructor en filosofía y psicología en la universidad de Minnesota entre 1915 y 1917, después como instructor en psicología en la universidad de Chicago entre 1917 y 1920, y finalmente como profesor en la universidad de Indiana en el año de 1923 (Vargas, 2006a).

En 1937 fundó junto con otros académicos de la universidad de Indiana *The Psychological record*, siendo editor de los primeros cinco volúmenes hasta su interrupción por la segunda guerra mundial. Las publicaciones vuelven a aparecer en 1956 cambiando la residencia de la publicación en diversas ocasiones, aunque no fue sino hasta 1968 que Kantor volvió a colaborar en la revista con el seudónimo del observador, hasta el año de 1983 (Vargas, 2006a).

En cuanto a la formulación de su metateoría interconductual, se puede identificar su origen y desarrollo a través de sus tres escritos principales: *Principios de psicología de 1924-1926*, *Psicología interconductual de 1959* y *La evolución científica de la psicología de 1963-1969* (Vargas, 2006a).

En su primera obra, *Principios de psicología*, da una explicación del comportamiento específicamente psicológico, diferenciándolo de sus componentes biológicos y sociales. Añade que los eventos psicológicos pueden ser analizados con el método experimental y que el problema de la psicología es que sigue arrastrando conceptos erróneos cargados de espiritualidad. Importante hay que mencionar que esta primera obra fue opacada por muchos conductistas debido a que los trabajos de Skinner fueron más llamativos en ese entonces (Vargas, 2006a).

Su segunda obra, *Psicología interconductual*, continuación de la primera, establece el metasisistema interconductual en el que se opone a la filosofía y lógica trascendental de la psicología, apegándose al sistema científico. En este escrito define a la psicología como el estudio de la interacción de organismos, eventos y otros organismos, así como sus cualidades y relaciones específicas, también generó teoremas y constructos para su teoría y ley psicológicas, estableció sistemas y subsistemas psicológicos, y finalizó por describir cómo la psicología se inserta dentro de las ciencias (Vargas, 2006a).

En 1963 publicó el primer volumen de *La evolución científica de la psicología* y el segundo en 1969. En estos textos detalló el desarrollo científico de la psicología, analizó las relaciones entre la psicología y otras ciencias, enfatizó los errores conceptuales que terminaron por transformar el alma por la mente, y cómo esta habita en el cuerpo de forma inmaterial (Vargas, 2006a).

Específicamente en su libro *Psicología Interconductual* Kantor (1978) establece que todo sistema científico debe basarse en una serie de suposiciones básicas previamente establecidas de acuerdo con lo que se está estudiando, para este propósito, Kantor planteó una serie de protoproposiciones en las cuales se basa el metasisistema interconductual. Dentro de éstas se encuentran protopostulados de los cuales los más relevantes son los siguientes:

1. “La ciencia es la empresa del intercomportamiento con las cosas y eventos específicos que nos conduce a una orientación precisa y definida con respecto a esas cosas y eventos” (p. 77).
2. “La orientación científica se interesa por: a) la existencia e identidad con las cosas y eventos o sus componentes, y b) la relación entre los componentes de cosas y eventos o entre las propias cosas y eventos” (p. 77).
3. “Ninguna ciencia se interesa por hechos o procesos que trascienden los límites de la empresa científica. Ningún problema científico se interesa por una “realidad” más allá de los eventos, ni por su investigación” (p. 77).
4. “La construcción científica –formulaciones de: a) hipótesis, y b) teorías y leyes- debe derivarse del intercomportamiento con los eventos, y no ser impuesta sobre los eventos o empresa científica de fuentes culturales no científicas” (p. 78).
5. “Las empresas científicas son evolutivas; se desarrollan como instituciones complejas en situaciones culturales. Los dominios científicos son corregibles y acumulativos; están completamente libres de todos los absolutos, últimos o universales” (p.78).
6. “Las empresas científicas pueden ser, y en ocasiones son, autónomas y fundamentales dentro del complejo cultural. Solo las empresas específicas pueden cooperar e influirse mutuamente con respecto a los procedimientos investigativos e interpretativos básicos” (p.78).

Una vez expuestas estas protoproposiciones, se pueden entender mejor las metaproposiciones que Kantor (1978) estableció para su metasistema psicológico interconductual.

Entre ellas, la metaproposición más importante indica que lo que debe de hacer la psicología es rechazar todas las filosofías trascendentales que presuponen la existencia de una realidad espíritu-mente. Como se puede ver en las protoproposiciones antes citadas, cada ciencia, como la psicología, aísla una variedad de eventos específicos de la naturaleza con los que tiene contacto para convertirlos en su objeto de estudio, por lo tanto, los métodos y la información recabada de la psicología son homogéneos con los de otras ciencias. Por ejemplo, las técnicas de observación de la psicología son similares, pero a la vez diferentes de las de otras ciencias (Kantor, 1978).

No obstante, Kantor insistió en que la psicología no debe y no necesita adoptar analogías de otras ciencias para organizar sus datos y leyes, tal como el estructuralismo de Wundt basado en la química o el funcionalismo basado en la biología. A pesar de que todas las ciencias surgen de la misma diversidad de eventos y objetos que las lleva a una interrelación, cada una es relativamente independiente de las otras. Ninguna ciencia es más básica, superior o inferior que otra, por ejemplo, la psicología puede apoyarse de los datos de la biología o de la física, pero no requiere reducir sus datos a los de estas ciencias (Kantor, 1978).

Teniendo ya establecido su metasistema, Kantor plantea ocho postulados principales de la psicología interconductual respecto a los eventos psicológicos:

Primer postulado. Los eventos específicos que estudia la psicología consisten en las interacciones de los organismos con los objetos, eventos u otros organismos. En ningún momento los objetos o sus propiedades son creaciones psíquicas, proyecciones de los organismos o alguna clase de fuerzas ocultas.

Segundo postulado. Los eventos psicológicos están estrechamente relacionados con los eventos sociales, biológicos, físicos y químicos dado que

ambos entran dentro de acontecimientos naturales integrados, por tanto, no puede evitarse el traslape de datos, aunque siempre se deben de respetar los límites de cada una para no caer en reduccionismos.

Tercer postulado. Toda interconducta psicológica tiene raíces bioecológicas, es decir, que los eventos psicológicos son ajustes que realiza el organismo a los objetos de su ambiente.

Cuarto postulado. En los eventos psicológicos el organismo participa de manera total y no de forma parcial, la psicología interconductual no otorga más importancia a otros órganos como el cerebro.

Quinto postulado. Los eventos psicológicos son ontogénicos, es decir, estos eventos se originan a partir de la vida de cada individuo. La manera en que los individuos interactúan con los objetos, eventos u otros organismos en situaciones específicas depende del modo en que previamente lo ha hecho en condiciones únicas.

Sexto postulado. Como continuación del postulado anterior, aquí se indica que las interacciones varían enormemente de acuerdo con sus culturas, a pesar de que todos los individuos humanos *normales* son biológicamente iguales.

Séptimo postulado. Todas las construcciones científicas que se hagan deben hacerse con base en los contactos de los investigadores científicos con los eventos originales que llamaron su atención. El científico crea abstracciones y descripciones referentes a eventos, pero no debe suponerse que los eventos en sí mismos son constructos.

Octavo postulado. Los eventos psicológicos deben describirse sin introducir factores externos o internos. Los principios externos que tomaron la forma de pulsiones, motivos, valencias, procesos inhibitorios, etc., son un ejemplo de la magia precientífica.

Después de que Kantor fuera publicando sus escritos, a partir de 1937 otros psicólogos contribuyeron al desarrollo de la teoría interconductual, aunque sus artículos fueron escasos. Por ejemplo, Sidney Bijou y William

Schoenfeld, colaboradores de Kantor en Indiana, resaltaron al examinar las proposiciones conductuales al probarlas empírica y conceptualmente. Bijou introdujo el concepto de factor disposicional de Kantor en el análisis de la conducta y Schoenfeld cuestionó en sus investigaciones al condicionamiento operante además de que reconoció la importancia del factor social en la conducta del ser humano (Vargas, 2006a).

En años recientes el psicólogo Emilio Ribes Ñesta destacó por sus contribuciones a la psicología interconductual. Nació el 24 de Junio de 1944 en España, obtuvo la licenciatura en psicología en 1966 en la Universidad Nacional Autónoma de México con una tesis en la que integró la teoría psicoanalítica del yo, la teoría del aprendizaje y la teoría psicofisiológica con base en la actividad del sistema nervioso. En 1968 obtuvo el grado de maestro en psicología experimental en la Universidad de Toronto con una tesis sobre la evaluación del valor reforzante de estímulos complejos y estímulos familiares. En 1995 obtuvo el grado de doctor en filosofía de nuevo en la Universidad Nacional autónoma de México con la tesis sobre el condicionamiento operante y su relación con la lógica cartesiana (Vargas, 2006a).

Su carrera académica destaca por haberse desempeñado como profesor e investigador en el departamento de psicología en la Universidad Veracruzana, en la Facultad de Psicología en la Universidad Nacional Autónoma de México, en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (antes Escuela Nacional de Estudios profesionales Iztacala). Fungió como director del Centro de Estudios e Investigaciones en Comportamiento de la Universidad de Guadalajara e investigador nivel III del Sistema Nacional de Investigaciones del Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología. También fungió en varios cargos académicos y administrativos diseñando programas de estudio a nivel licenciatura, maestría y doctorado (Vargas, 2006a).

Fundó la *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta* en 1975 y *Acta Comportamental* en 1992; fundó la *sociedad Mexicana de Análisis de la conducta* en 1975 y organizó el *Primer Congreso Mexicano de Psicología* entre otras actividades importantes (Vargas, 2006a).

Desde 2009 hasta la fecha se encuentra como investigador de tiempo completo y secretario técnico del Centro de Estudios e Investigaciones en Conocimiento y aprendizaje Humano (CEICAH) en la Universidad Veracruzana.

A lo largo de su vida académica Emilio Ribes paso por transiciones teóricas que lo llevaron desde el psicoanálisis hasta el interconductismo como se puede ver en sus tesis de licenciatura, maestría y doctorado, además de que el contacto con distintas personalidades de la psicología como Bijou, Keller, Bandura e incluso el propio Kantor en 1974, lo llevaron a adoptar el punto de vista interconductual (Vargas, 2006a).

Incluso antes de conocer a Kantor, en su libro *Técnicas de modificación de conducta* de 1972 ya comenzaba a cuestionar al conductismo de Skinner. Pero fue en su libro *Teoría de la conducta: un análisis de campo y paramétrico* de 1985 donde se puede ver concretadas sus reflexiones sobre el Interconductismo al elaborar una taxonomía funcional de la conducta. En sus libros *Psicología General* de 1990 y *Teoría del condicionamiento y lenguaje: un análisis histórico y conceptual* de 1999 refina más estas ideas. En el presente año volvió a publicar otro libro titulado *El Estudio Científico de la Conducta Individual: Una Introducción a la Teoría de la Psicología* como una actualización de su libro *Teoría de la conducta: un análisis de campo y paramétrico* (Vargas, 2006a).

2.2 Fundamentos teóricos de la teoría interconductual

Aun cuando Ribes se apoyó en la teoría de campo y las categorías funcionales de Kantor, sus planteamientos difieren bastante, esto debido a que la teoría kantoriana no es en sí misma una teoría psicológica. Es una teoría acerca de cómo construir un sistema teórico a través de la delimitación de las características que deben tener los conceptos que se refieren a eventos concretos junto con sus propiedades, es decir, es un sistema para ubicar, observar, describir y explicar los eventos psicológicos como un sistema de relaciones. Incluso sirve para la interpretación funcional de términos del lenguaje ordinario que han sido utilizados para describir los eventos

psicológicos con el motivo de evitar confusiones conceptuales como la psicología ha venido arrastrando (Ribes, 1994).

Por lo tanto, la teoría de campo interconductual que Kantor formuló no puede usarse para estudiar e interpretar los eventos psicológicos directamente, sino para la construcción única y adecuada de conceptos y métodos que analicen los eventos psicológicos para posteriormente explicarlos (Ribes, 1994).

Entonces lo que elaboró Ribes fue una taxonomía de la organización de la conducta, esto quiere decir, un sistema que delimita y clasifica las interacciones conductuales en sus distintos niveles funcionales. De este modo propone que la psicología tenga como objeto de estudio la conducta individual de los organismos y como objetivo identificar las condiciones históricas, situacionales y paramétricas de los factores que participan en la interacción (Ribes y López, 1985; Vargas, 2006a).

Y como toda teoría, la taxonomía formulada de Ribes (1985) es un sistema abierto, que autocorriga los datos que organiza, provisional en la medida en que sea superado por mejores formulaciones (Ribes, 1994).

Antes de exponer la taxonomía funcional de la conducta hace falta describir sus tesis fundamentales. En primer lugar, se encuentran las tesis epistemológicas las cuales son:

- Lo psicológico posee un nivel particular en su conocimiento científico, por lo tanto, no puede ser reductible a lo biológico ni a lo social.
- Como parte de los eventos psicológicos se encuentran elementos estudiados por otras disciplinas como las características biológicas de los organismos y/o las fisicoquímicas de los objetos del ambiente, sin embargo, los eventos psicológicos son más complejos como para ser descritos por las ciencias biológicas y fisicoquímicas.
- El desarrollo psicológico de un organismo es producto de una interrelación entre la historia evolutiva de una especie y las características del medio ambiente, en otras palabras, la conducta de un

organismo se construye históricamente a partir de la estructura biológica (filogenia) y su interacción con el ambiente (ontogenia).

- Debido a que el objeto de estudio de la psicología es la interacción de un organismo total con su medio ambiente físico, biológico y/o social, el estudio de lo interno-externo se vuelve irrelevante.
- La tarea del psicólogo es reconocer las formas genéricas de interacción entre los organismos y el ambiente, después determinar cómo estos organismos adquieren diferentes maneras de contacto con su medio y como este se ve limitado o capacitado según la especie a la que pertenece, por último, estudiar los eventos anteriores.
- Debido a la característica social del medio ambiente humano y su desprendimiento a los objetos debido al lenguaje, hace que la conducta humana sea distinta a la de los animales.
- A pesar de que cierta clase de especies animales mantienen cierta clase de “comunicación animal”, el ser humano es el único que ha sido capaz de crear sistemas convencionales lo bastante variados que permiten referir o ser referido en situaciones no presentes, situaciones que ya ocurrieron o no han ocurrido.
- Por lo tanto, las funciones psicológicas que son resultado del lenguaje son exclusivamente humanas, y son las formas de contacto organismo-ambiente más complejas de la organización de la conducta.
- Estas funciones incluyen a las formas de contacto menos complejas, no como una suma de elementos, sino como una integración en un todo unitario.

En segundo lugar, se encuentran las tesis metodológicas las cuales son:

- Se propone estudiar los eventos psicológicos como eventos molares continuos en tiempo y espacio, superando así la tradición psicológica que aislaba los componentes moleculares sin considerar las interrelaciones con otros elementos.

- Todo fenómeno puede estudiarse molecularmente en sus elementos mínimos pero su observación y manipulación debe llevarse a cabo sin olvidar que existen como parte de eventos molares.
- El análisis de campo propuesto considera los eventos como un todo integrado donde cada elemento influye y es influido por los demás elementos, de esta manera el concepto de “causalidad” queda obsoleto.
- Existe una imposibilidad práctica de evaluar simultáneamente todo el complejo sistema de factores que forman los campos psicológicos, pero esto no significa que el evento estudiado se reduzca a los elementos definidos y/o manipulados directamente.
- En la investigación experimental los segmentos seleccionados para estudiarse no son necesariamente interacciones representan la realidad general. Ningún aspecto de la conducta es más fundamental.
- Dado que la conducta se da gradualmente en los contactos específicos y sucesivos del organismo con su ambiente, el análisis de los eventos requiere del seguimiento continuo de las transiciones de una función. No se evalúan estados terminales.

Por último, se encuentran las tesis lógicas que indican:

- La validez de la taxonomía propuesta está garantizada por la gran cantidad de eventos psicológicos que permite integrar lógicamente, dado la ausencia de vacíos y sobreposiciones.

Una vez explicado las tesis epistemológicas, metodológicas y lógicas se expondrán los elementos que integran la taxonomía funcional de la conducta de Ribes (1985).

En primer lugar, se encuentra el campo interconductual que es una representación conceptual de un segmento de interacción del organismo individual con su medio ambiente. Este campo de interacción está compuesto funcionalmente por: la función estímulo-respuesta, los factores disposicionales y el medio de contacto.

- I. La función estímulo-respuesta es los segmentos de respuesta y de estímulo que entran en contacto recíproco, que define formas cualitativas de interacción. Esta función se subdivide en siete elementos:
- Límite de campo: delimita los eventos y objetos funcionales con respecto al organismo individual. Esta funcionalidad de los eventos y objetos corresponde tanto a si están presentes o no en el momento del análisis. No todos los objetos presentes son funcionales en un momento de una interacción particular o algunos pueden no estar presentes fisicoquímicamente, pero forman parte del campo de interacción.
 - Objetos y eventos de estímulo: son los cuerpos y acontecimientos fisicoquímicos con lo que los organismos tienen contacto directo o indirecto.
 - Estímulos: son las dimensiones energéticas de objetos y eventos.
 - Función de estímulo y respuesta: son los estímulos y respuestas, de objetos de estímulo y de un organismo particular, que hacen contacto funcional en un sistema determinado de relaciones, por lo tanto, es un todo inseparable.
 - Organismo: es la unidad biológica.
 - Respuestas: son los sistemas reactivos que interdependen de las características fisicoquímicas y ecológicas del ambiente, así como de aspectos normativos que son determinados por una convención.
- II. Los factores disposicionales son eventos pasados y presentes los cuales tienen como función particular afectar cuantitativamente las características de una interacción, no participan directamente, pero la probabilizan ya que funcionan como elementos que facilitan o interfieren con una forma particular de interacción. Los factores disposicionales incluyen:

- Factores situacionales: son todos aquellos elementos que no entran directamente en la interacción organismo-objeto de estímulo delimitante de la función estímulo-respuesta particular.
- Historia interconductual: son todos los segmentos previos de interacción de un organismo. Incluye tanto la evolución del estímulo como la biografía reactiva.

III. El medio de contacto se refiere a las condiciones necesarias que posibilitan una interacción. Estas condiciones pueden ser fisicoquímicas, ecológicas y normativas.

Cabe agregar que la función estímulo-respuesta posee elementos morfológicos que se pueden clasificar en tres propiedades distintivas: propiedades fisicoquímicas, propiedades organísmicas y propiedades convencionales (Ribes y López, 1985).

Las propiedades fisicoquímicas son las dimensiones energéticas que hacen contacto directo o a distancia con los diversos sistemas sensoriales de respuestas del organismo. Las propiedades organísmicas se entienden que son las dimensiones de estímulo que son producto por un organismo que afectan como conducta a otro organismo. La propiedad convencional de un evento de estímulo o de respuesta está asignada por la convención o acuerdo de grupo social que es específica de las circunstancias sociales en que tiene lugar (Ribes y López, 1985).

Hay que resaltar que todo objeto de estímulo y/o todo estímulo necesariamente poseen una dimensión fisicoquímica de ocurrencia, pero puede no definir su funcionalidad. Como se puede ver en los objetos y eventos de estímulo, al igual que las respuestas, con propiedades convencionales contienen a su vez propiedades fisicoquímicas siempre y propiedades organísmicas en ocasiones (Ribes y López, 1985).

De este modo un objeto de estímulo puede afectar funcionalmente con base en las tres propiedades de manera simultánea o sucesivamente a un individuo particular. Aunque cada propiedad morfológica afecta funcionalmente en distinta manera a un organismo. Los eventos fisicoquímicos con base en

sus propiedades energéticas y dependiendo de sus características particulares afectan con mayor o menor duración. Los eventos organísmicos dependen de la historia interconductual de cada organismo, por lo que son evanescentes con el tiempo y su funcionalidad se limita a los momentos en que interviene. No obstante, los eventos convencionales no mantienen ninguna relación de correspondencia con la biología del organismo ni con las propiedades fisicoquímicas de los objetos de estímulo. Por lo tanto, las propiedades de los eventos convencionales no son necesariamente evanescentes y pueden tener efectos permanentes y a distancia en tiempo y espacio gracias al lenguaje (Ribes y López, 1985).

Esta posibilidad funcional que tienen los organismos de responder de forma independiente de las propiedades fisicoquímicas de los eventos y del espacio-tiempo se denomina desligamiento funcional. Esto depende de cuatro factores: la diferenciación sensorial, la diferenciación motriz, la vida en grupo intraespecífico y la existencia de un ambiente normativo estructurado con base en convenciones que trascienden la naturaleza (Ribes y López, 1985).

La diferenciación sensorial permite formas coordinadas y diversas de reactividad a los eventos en el ambiente. La diferenciación motriz que incluye la motricidad fina y la capacidad de manipular objetos permite alterar directamente las relaciones entre los eventos del ambiente y el organismo. La convivencia en grupo con miembros de la misma especie permite desarrollar y potenciar a los eventos con morfologías organísmicas. Por último, el ambiente normativo que es posible debido al lenguaje permite que en la sociedad humana los individuos puedan responder con morfologías y ante morfologías que no poseen características fisicoquímicas. El ser humano ha creado contingencias que modifican las propiedades de los objetos, así es como a través de la historia se puede observar la liberación del humano respecto de la naturaleza (Ribes y López, 1985).

Para finalizar este apartado se mencionarán las cinco formas de desligamiento funcional que permiten describir cinco formas cualitativas de organización funcional de la conducta que forman un sistema de contingencias

organizado y estructurado en niveles funcionales inclusivos y progresivos de mediación (Ribes y López, 1985). Estos son:

Mediación contextual. Es la primera forma de función estímulo-respuesta donde la respuesta del organismo depende de la contingencia entre estímulos. Esta mediación representa el establecimiento de nuevas propiedades funcionales de un estímulo respecto a la reactividad biológica.

Mediación suplementaria. Esta mediación implica la participación de la respuesta del organismo en la conformación de la contingencia. Al menos la presentación de uno de los eventos de estímulo depende de la ocurrencia de una respuesta del organismo a la que es condicional.

Mediación selectora. En esta mediación un segmento media una contingencia suplementaria. La respuesta del organismo es condición necesaria para presentar otra respuesta de la cual depende la presentación del estímulo.

Mediación sustitutiva. Aquí la contingencia entre un individuo y los eventos del ambiente es mediada por la conducta de otro individuo.

Mediación sustitutiva no referencial. Esta última función constituye una relación entre eventos puramente convencionales. Por lo que puede prescindirse de la participación de otro organismo.

Las últimas dos mediaciones son exclusivas del ser humano gracias al lenguaje (Ribes y López, 1985).

2.3 Áreas tecnológicas

En toda ciencia es importante la verificación del conocimiento y la solución de las demandas sociales a través de procedimientos específicos (Silva, Ruiz, Aguilar, Canales y Guerrero, 2016). Ribes (2009) distingue a la psicología aplicada de dos maneras, primero como un conjunto de métodos que define, analiza y resuelve situaciones específicas, o bien como tecnología, y segundo,

como un conjunto de conocimiento teórico y metodológico para análisis y solución de áreas de problemas específicos, o bien como técnica.

Entonces la tecnología consiste en elaborar un producto que integre la teoría y permita el cambio, creación o eliminación de condiciones u objetos particulares. Esta tecnología es la conexión con la sociedad, ya que transforma el lenguaje científico en un beneficio. Sin embargo, la tecnología por sí misma no resuelve la situación valorada como problema, sino que, se necesita de un técnico que conozca la tecnología (Silva et al., 2016).

Se describe al técnico como aquella persona que sabe cómo se desarrolló la tecnología, diseña y evalúa procedimientos, asesora y plantea soluciones relativas con el usuario o con el usuario, grupo o compañía que esté solicitando su intervención, para esto utiliza un lenguaje que puedan entender personas no relacionadas con la psicología, en el cual los que realicen esta práctica deberán ser sumamente cuidadosos para evitar confusión o un mal entendimiento (Silva et al., 2016).

Este lenguaje, según Vargas y Velasco (2002), debe de seguir los siguientes criterios:

1. Los términos utilizados serán en función del contexto que en el que se opere, sin que estos contradigan las bases de la teoría.
2. Algunas denominaciones particulares sólo podrán emplearse en las áreas específicas suscritas por la psicología.
3. Se tiene que valorar el uso de lenguaje no psicológico en función a la teoría.
4. Solo se denominará lenguaje tecnológico cuando su impacto social sea diferenciable.
5. Se deben de adecuar los términos utilizados para hacer de dominio general los hallazgos realizados.

Además de esto, el psicólogo debe de conocer las características del contexto donde está realizando su intervención, ya que al no conocerlas

promueven una práctica errónea o que desarrolle actividades que no son propios de la psicología. Para definir un área Vargas y Velasco (2002) propone las siguientes consideraciones:

1. Interés en el organismo individual, y en otros organismos cuando sean parte del campo a analizar de otros organismos.
2. Interés por la conducta y su interacción con su ambiente.
3. El punto de operación son los elementos que participan en la interacción.
4. Se puede estudiar los objetos de la interacción reconociendo las limitaciones.
5. Las interacciones del organismo son más controlables para analizar, evaluar, modificar o predecir.
6. El contexto influye en la conformación de procedimientos tecnológicos, pero sin alterar sus fundamentos.
7. Solo quien demanda el servicio es quien toma la decisión con la asesoría del psicólogo.
8. La psicología participa en distintos contextos con otras disciplinas, por lo que debe de establecer su relación con la ciencia básica y posteriormente con las disciplinas y el contexto.

El objetivo entonces de cada área tendrá que tomar en cuenta las características de quien demande el servicio, sin dejar la base teórica, por lo que el trabajo del psicólogo será implementar procedimientos de acuerdo con las interacciones del organismo individual que se referencie como problema, sin importar de su contexto, por ejemplo, en el área tecnológica organizacional, el grupo tiene un objetivo productivo, comercial o de servicio en el cual los procedimientos deberán ser implementados sobre un individuo en relación con su organización; para el área educativa los procedimientos serán relacionados entre lo individual y su proceso de enseñanza; o en el área tecnológica clínica, la cual recibe este nombre tras su desarrollo histórico en instituciones

encargadas de resolver problemas de salud, el psicólogo deberá implementar el procedimiento en relación a las interacciones del individuo valoradas como problema (Vargas y Velasco, 2002).

2.4 Intervención interconductual (II)

La Intervención Interconductual es un procedimiento tecnológico que se puede utilizar en cualquier área tecnológica de la psicología, teniendo en cuenta los siguientes puntos (Vargas y Velasco, 2002):

- I. Los procedimientos contrastan la funcionalidad del comportamiento ante situaciones criterio y criterios de logro.
- II. Analizan la tendencia de la conducta según su historia interconductual o de acuerdo con una intervención o evento particular.
- III. Los procedimientos tienen los mismos fundamentos teóricos y no deben de cambiar para cumplir diferentes objetivos.
- IV. La operación psicológica no se verá afectada por el contexto, puede variar la forma de aplicación.
- V. El sujeto y su conducta es su propio punto de comparación.
- VI. La implementación del procedimiento dependerá del usuario, asesorado por el psicólogo sobre posibles consecuencias derivadas de estas acciones.

La Intervención Interconductual (II) consiste en analizar, evaluar, regular y probabilidad la conducta para la atención de demandas sociales pertinentes a la psicología dependiendo de las necesidades del usuario y del área tecnológica (Vargas, 2008a).

Para el análisis de la conducta se debe de identificar y denominar la interacción, así como la función contextual, suplementaria, selectora, sustitutiva referencial o sustitutiva no referencial crítica de la interacción de interés. Se deben delimitar los elementos para establecer el campo de la interacción, se

debe de distinguir la función estímulo-respuesta, factores disposicionales y situacionales como variaciones del ambiente y del organismo, historia interactiva y el medio de contacto diferenciando las propiedades fisicoquímicas, ecológicas y normativas que posibilitan la interacción, pero no participan en ella (Vargas, 2008a).

En la evaluación se hace una comparación analítica de la interacción de interés y la función contextual, suplementaria, selectora, sustitutiva referencial o no referencial con la valoración del usuario o grupo de referencia, esta se compara con la valoración identificando el criterio normativo de donde proviene (Vargas, 2008a).

Para la regulación se altera o preserva la valoración de los elementos de interacción de interés y la función contextual, suplementaria, selectora, sustitutiva referencial o sustitutiva no referencial crítica según la valoración identificada previamente en la evaluación. En la probabilización se estima el desarrollo ulterior de interacción de interés derivada de la regulación (Vargas, 2008a).

III. HISTORIA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

Así como la Psicología en general ha pasado por múltiples transformaciones, el campo clínico ha sido abordado por diversas teorías y metodologías, por lo que se requiere una revisión histórica para comprender los distintos abordajes influidos por requerimientos sociales de distintas épocas y sus avances científicos (Arias, 2014). En específico, la rama clínica siempre se ha desarrollado con la historia general de la psicología, así que no se puede contar la historia de una sin la otra (Ardila, 1969).

3.1 Precedentes de la Psicología Clínica y “Enfermedad Mental”

Desde la antigüedad el ser humano se ha cuestionado el por qué se comporta como lo hace y sobre todo se ha preguntado por qué algunos no se comportan como los demás y no pueden adaptarse a las reglas establecidas. Se podrá observar como el estudio histórico de la clasificación y tratamiento de las “enfermedades mentales” demuestra que este fenómeno ha sido resultado de la interacción misma de los seres humanos y su medio social. Es decir, cada cultura ha ido creando a su propio “enfermo mental”, dependiendo del lugar y momento histórico del que se trate la definición y características de las personas anormales cambiará (Bermejo, 2007; Vargas, 2006b).

Todo lo referente a influencias espirituales y mágicas fueron las primeras explicaciones para el comportamiento anormal. Los pueblos antiguos entrelazaban sus mitos con los problemas de comportamiento, sus leyendas sobre el origen del ser humano y de sus pueblos incluían reglas de proceder personal y de convivencia, incluían de igual manera la manera para controlar a los que no se ajustaban a sus costumbres (Vargas, 2006b).

Las culturas más complejas creían que estas conductas no normales eran causa de los dioses, y las más primitivas lo atribuían a fuerzas naturales, por ejemplo, en Grecia en el siglo V a.c. Hipócrates (406 a.c – 370 a.c.) presentó la teoría de los humores como explicación de diferentes problemas o enfermedades. Esta doctrina interpretó a la salud como el balance de cuatro

humores o fluidos; la bilis negra, bilis amarilla, flema y la sangre y, por lo tanto, las enfermedades eran un desbalance en estos humores. También se creía que afectaban el temperamento y la personalidad, así, por ejemplo, los que tenían mucha bilis negra serían individuos muy temperamentales y melancólicos o los que tuvieran muchas flemas serían apáticos, flojos y torpes. De igual forma Hipócrates rechazó las primeras ideas respecto a la epilepsia ya que se creía era un castigo de los dioses, pero para él la epilepsia era un daño causado por falta de armonía cerebral y podía ser curada mediante tratamientos naturales (Hothersall, 1997; Salaverry, 2012).

Galeno (130 – 200) en el siglo II d.c. comparte la explicación de Hipócrates quien explica que estas conductas disonantes tienen una causa natural y no por castigos o mandatos divinos. A partir de la teoría de los humores Galeno dividió a los comportamientos extraños o nerviosos como manía y melancolía, clasificación que perduró hasta el periodo romano. Que a pesar de que el Imperio Romano fue quien por primera vez se vio interesado por la salud pública cuidando la salud de los ciudadanos creando acueductos, cloacas y controlando el alimento, las personas anormales siguieron tratándose en privado (Salaverry, 2012).

En el año 313 d.c. con el decreto de Constantino donde se promulgó la tolerancia al cristianismo, entró en conflicto esta última con la ciencia naturalista y la medicina grecorromana, ya que la religión cristiana colocó sobre todo a lo divino, dejando la enfermedad nuevamente en el poder de una deidad, adoptando el dogma de la pelea del bien contra el mal, en la cual los médicos interpretaron que los individuos que no son como los demás sufren de una “posesión demoníaca” o “castigo divino” (Salaverry, 2012; Vargas, 2006b).

En particular, dentro de la gran era histórica conocida como la edad media europea (siglos IV a XV) la iglesia cristiana dado su gran dominio sobre la población trató de encargarse de los desamparados o “endemoniados”, y sin temor a cometer un error se puede suponer que estos “poseídos por fuerzas demoníacas” incluían a personas con comportamientos diferentes a los establecidos, a los que tenían deformidades, enfermedades, personas con otros orígenes étnicos, creencias religiosas, preferencias personales y

diferencias políticas. La forma de “curarlos”, de “acercarlos a la salvación” era a través de exorcismos, torturas sin descanso o la muerte por medio de hogueras o empalamientos, etc. (Vargas, 2006b).

Martín Lutero (1483 – 1546) resumió la postura que la religión cristiana mantuvo durante estos siglos para con las personas con conductas disonantes describiéndolas como carentes de razón y alma, ateas y poseídas por el diablo, provocando que fueran considerados como no humanos justificando los castigos que les infringían. Incluso Lutero recomendó que un niño retardado de doce años fuera ahogado. Estos individuos también sirvieron como chivos expiatorios cuando la comunidad o la iglesia necesitaban dar justificación a alguna calamidad (Hothersall, 1997).

De igual manera, de los textos más famosos que sirvieron para “mejorar a la sociedad y protegerla de la gente de la maldad y la depravación de las brujas” fue el *Malleus Maleficarum* (*El martillo de las brujas*). Sus autores, los sacerdotes dominicos alemanes Johann Sprenger y Heinrich Kraemer recibieron la aprobación de su texto por parte del papa, el rey de Roma y la facultad de teología de la Universidad de Colonia. Con estas licencias el libro se imprimió y distribuyó hasta llegar a ser un texto de la Inquisición (Hothersall, 1997).

El libro sustentaba la existencia de las brujas, describía sus prácticas y ayudaba a identificarlas. También exponía como sacar confesiones completas a través de la tortura y dado que se pensaba que la brujería no se le podía vencer la única solución era la muerte. Aproximadamente fueron ejecutadas por brujería en Europa entre 200,000 y 500,000 personas, al menos 85% de esas personas fueron mujeres y niñas. El otro 25% en su mayoría fueron hombres que cuestionaron las ideas del libro por lo que se les consideró herejes y tuvieron el mismo final que las mujeres (Hothersall, 1997).

Para la salud pública los anormales o “poseídos” no fueron prioridad para tratamiento o cura, algunos de ellos andaban por la calle sin rumbo, otros eran tomados como bufones. Fue a partir del renacimiento italiano (siglos XV al XVI), con el desarrollo de las ciencias y las artes, que comenzó a impregnarse

una postura más compasiva, los hospitales empezaron a ser una alternativa para la atención de las personas que, comenzaron a decir, padecían de “locura” (Salaverry, 2012; Vargas, 2006b).

No obstante, esta compasión no duró mucho o se vio limitada, debido a que durante los siglos XVII y XVIII los hospitales sirvieron sólo como centros de aislamiento social para los locos proporcionándoles una pésima alimentación y cobijo, aunado a los intentos por “curarlos” utilizando transfusiones sanguíneas, purgas, sangrados o un tratamiento aplicable para diez años, pacientes encadenados, golpeados, en general con un tratamiento deplorable (Arias, 2014; Reisman, 1991; Vargas, 2006b).

A mediados del siglo XVI comenzaron a cuestionar los comandos de la iglesia desarrollando nuevamente el empirismo visto por primera vez en escritos de Aristóteles. Posteriormente Descartes, Bacon y Rousseau estudiaron sistemáticamente la naturaleza y la conducta del ser humano (Arias, 2014; Reisman, 1991). Con el mecanicismo la interpretación médica dividió a lo material de lo racional, formuló la imposibilidad del nombre, por lo que consideraron que la locura es una enfermedad del cuerpo, afectando al comportamiento de razón (Salaverry, 2012).

Recargaron un gran peso en la medicina para curar los desórdenes orgánicos, pero siguieron dándole una explicación espiritista a la enfermedad del cuerpo, síntomas como espasmos o movimientos involuntarios como resultado de un espíritu colado en el cuerpo. Para el siglo XVII se relacionaron diferentes enfermedades como resultados de malfuncionamientos en el cuerpo, sin embargo, definieron a la locura como no letal, y no contagiosa, limitando la posibilidad de ser considerado como prioridad o importante para la salud pública (Salaverry, 2012).

Mientras tanto, en el oriente la religión que se conformaba era el Islam y consideraba que la locura era ajena a la persona ya que era provocada por un demonio o un genio, el castigo para estos entes era estar en un hospital, lo que presentó un cambio para el cuidado de los pacientes con “locura”. Esta religión a diferencia de la de occidente adoptó a la medicina griega que fue llevada por

migrantes que huyeron tras la intolerancia cristiana, en estos hospitales islámicos siguieron ocupando purgas según el método Galeano, y aunque tenían tratamientos profesionales, la mayoría prefería el cuidado en casa (Salaverry, 2012).

En el nuevo mundo tampoco estuvieron exentos de persecuciones de personas “endemoniadas”, todos estaban al pendiente unos de otros cuidándose del diablo y su influencia. De los eventos de persecución más conocidos ocurrieron en la villa costera de Salem en Nueva Inglaterra. Ocurrió alrededor de 1691 y terminó a finales de 1692, en donde fueron hechas numerosas acusaciones a diversas personas, incluso individuos de clase honorable y respetable fueron llevados a juicio. A pesar de que las ejecuciones no fueron tantas como en Europa la gran fiebre por la cacería de brujas en Salem sigue siendo motivo de discusión (Hothersall, 1997).

Como se ha podido ver antes del siglo XIX a los individuos retardados, con comportamientos extraños o a los que simplemente no se ajustaban a la normalidad, además de ser acusados de brujería, ser poseídos por demonios y/o ser considerados como no personas, también fueron considerados criminales recluyéndolos en prisiones o claustros especiales (Hothersall, 1997).

Y con el creciente desarrollo de la medicina se comenzó a atribuir a los comportamientos anormales condiciones biológicas como la enfermedad, malformaciones o a factores genéticos, por lo tanto los métodos comenzaron a modificarse, las famosas sangrías se dejaron a un lado y métodos como la lobotomía, inducción de coma, las terapias electroconvulsivas y fármacos psicoactivos se convirtieron en las soluciones predilectas para lo que se comenzó a llamar a inicios del siglo XIX “enfermedad mental” (Vargas, 2006b).

Pero llegado este siglo ocurrieron dos eventos que cambiaron la concepción de locura o enfermedad mental, y el trato hacia los que la “padecían”, estos fueron el desarrollo de la medicina y la actitud humanitaria. Aquellos de los más importantes que encabezaron el cambio fueron el francés Phillipe Pinel (1745 - 1826), el inglés William Tuke (1732 - 1822) y la estadounidense Dorothea Dix (1802 - 1887). Incitaron el cambio en las

condiciones con las que trataban a los individuos que eran recluidos en instituciones hospitalarias a causa de su “locura”, mejoraron los espacios físicos y los tratos por parte del personal que los atendía, hasta el punto de crear centros especiales para dichas personas (Vargas, 2006b).

3.2 Instituciones clínicas

Pinel es descrito con frecuencia como el padre de la psiquiatría científica. Dentro de sus intereses más notorios durante su vida fue el estudio de la demencia y durante estos estudios encontró los trabajos de Joseph Daquin (1733 – 1815) quien expresaba que las personas con demencia debían ser tratadas con métodos de la ciencia natural ya que para él los dementes no eran animales depravados sino personas enfermas. Así que Pinel se dedicó a escribir artículos sobre la demencia con el argumento de la necesidad que tienen estas personas de recibir tratamiento humano. Con el tiempo se volvió director del Asilo Bicetre en París y lo primero que vio fue la condición de los internos quienes en su mayoría se encontraban encadenados, por lo que su primera medida fue quitar todo tipo de restricciones físicas contra los internos, por supuesto que tuvo que pasar por la burocracia de París para poder hacerlo. Durante toda su dirección del Asilo prohibió los castigos de todo tipo, el ambiente en el lugar mejoró y muchos internos fueron “curados” (Hothersall, 1997; Reisman, 1991).

Cabe agregar que, junto con Pinel, Vincenzo Chiarugi (1759 – 1820) también contribuyó al trato humano para con los internos de los asilos para “dementes”, aunado a que incorporó el componente “psicológico” a la enfermedad mental utilizando estados físicos para manipular la mente, activando los sentidos, relacionando a la enfermedad como una adquisición y no como herencia, siendo la principal terapia activar positivamente a los sentidos y el sistema nervioso. Sin embargo, este y otros métodos dejan entrever la influencia moral y religiosa que aún se tenía en este tipo de instituciones. Por último, Pinel a diferencia de Chiarugi, no encontró diferencias

morfológicas en las necropsias realizadas a los internos que morían en los asilos, así que enfatizó lo emocional en la terapia (Salaverry, 2012).

El filántropo y comerciante William Tuke fue de los más famosos al establecer con ayuda de la sociedad de amigos un retiro cerca de la ciudad de York como alternativa para los enfermos mentales ya que en una ocasión tuvo la oportunidad de visitar aquellos asilos para estas personas y quedó horrorizado por el mal trato a los internos. Estaba enfocado en que su retiro diera libertad, respeto, buena comida, recreación, ejercicio, tratamiento médico e instrucción religiosa. Dedicó su vida trabajando en el retiro al igual que su hijo y su nieto. Esto provocó que los cuáqueros de Filadelfia en 1813 fundaran el primer hospital psiquiátrico privado en Estados Unidos (Hothersall, 1997; Reisman, 1991).

En Estados Unidos se les une Dorothea Dix quien continuó con el movimiento para humanizar a los internos de las prisiones, notó que las condiciones de los enfermos mentales eran peores que de las otras personas encarceladas; con celdas frías y estrechas además de no contar con los mismos privilegios. Dedicó 40 años a cambiar y mejorar las condiciones de estas personas con “enfermedades mentales” (Hothersall, 1997). Después de un movimiento importante sobre los derechos individuales civiles, se le llamó a este tipo de tratamiento una terapia moral que no representó cambios o beneficios hacia los pacientes, por lo que se necesitó una terapia que integrará avances médicos y psiquiátricos (Reisman, 1991).

No obstante, este trato humano no duró en todas las instituciones para enfermos mentales. Tras los avances realizados en fisiología y anatomía cerebral aumentó el conocimiento y entendimiento de la conducta humana, con trabajos como los de Joseph Gall (1758 – 1828) comparando anatómicamente el cerebro, propone la teoría localizacionista o frenología, desacreditada después por Paul Broca (1824 – 1880) y David Ferrier (1843 – 1928) al experimentar directamente con la estimulación cerebral. Primero lo hicieron con animales y después con personas en los asilos para lunáticos y en hospitales para epiléptico o parálisis, provocando que los tratos hacia los internos volvieran a modificarse y fueran vistos como ratas de laboratorio.

Desafortunadamente el mayor logro positivo fue darle una credibilidad a la terapia para determinar un origen y desarrollar un método para cada persona (Reisman, 1991).

Además, en Estados Unidos a los pocos meses de inaugurarse nuevas instituciones mentales dirigidas por los estados, comenzaron a saturarse sobre todo de personas con problemas crónicos por lo que pasaron años encerrados en esos lugares. Así pues, estas instituciones se fueron deteriorando poco a poco a causa de distintos factores como: la falta de efectividad del “Tratamiento moral” con muchos de los internos, personal pobremente capacitado para tratar con este tipo de personas, dificultades económicas por falta de recursos públicos, etc. (Hothersall, 1997).

Y dado que estas instituciones eran públicas, los grandes eventos que ocurrieron en este país como la guerra civil, la gran depresión y las guerras mundiales afectaron la cantidad de financiamiento a estos lugares viéndose reducido, incluyendo la disminución de personal para atenderlos. De esta forma, lugares como estos se transformaron de nuevo en sitios deplorables, había cientos de pacientes desnudos amontonados en numerosos cuartos, pasillos llenos de orina y excremento, los internos eran maltratados, en resumen, eran desprovistos de toda decencia humana (Hothersall, 1997).

Gran parte de los métodos y tratamientos elaborados para los internos de instituciones mentales fueron por parte de la psiquiatría, sin embargo, a finales del siglo XIX y todo el siglo XX comenzaron a surgir en la forma de teorías psicológicas distintos tipos de intervención para el comportamiento anormal o como se seguía llamando, “enfermedad mental”. Fue entonces que la psicología comenzó a tener un enfoque clínico que en apariencia demostraba que había surgido de los adelantos científicos, tecnológicos y culturales, pero no estaba apartada del todo de influencias místicas, posesiones o locura, por lo que conservó la lógica implícita en ellos y sus desventajas (Vargas, 2006b).

3.3 Surgimiento de la Psicología Clínica

Para comenzar es necesario identificar el término clínico como un proceso médico que tiene como objetivo minimizar o eliminar síntomas producidos por enfermedades físicas (Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos, 2003).

Ahora, dar una definición de psicología clínica sería ignorar la historia que hay tras ella, no se puede asegurar que existe un consenso sobre el verdadero trabajo de la psicología clínica, su crecimiento ha sido tan rápido que ha tomado diferentes direcciones, dando diferentes formas de abordar la psicología.

Cada autor define a la psicología clínica de una manera, por ejemplo, Goldenberg (1973) y Rotter (1971) la definieron como una especialidad o rama de la psicología encargada de investigar y aplicar principios de la psicología a situaciones exclusivas de ayuda a un paciente para que sea eficaz; Korchin (1976) menciona que la psicología clínica además de mejorar la situación problemática utiliza ésta para mejorar y ampliar las técnicas.

Las primeras personas que se consideraron psicólogos y posteriormente realizaron una carrera universitaria en ello, eran sociólogos, abogados, filósofos o aquellos que simplemente tenían una fascinación por el comportamiento humano y el funcionamiento de la “mente”. Ellos fueron quienes comenzaron a desarrollar una psicología científica a finales del siglo XIX, específicamente en 1879 a partir del programa doctoral de Wilhelm Wundt y su publicación “*Los principios de la psicología fisiológica*” en donde mencionó que no se debía de tomar conceptos que no puedan ser verificados a través de evidencia observable. En esta psicología se estudiaba la conciencia, por lo que los psicólogos tenían que buscar elementos que la componen (Reisman, 1991).

Estos primeros psicólogos estaban interesados en ayudar a la gente realizando investigación en diferencias intelectuales, daño cerebral y otras “psicopatologías”. Empero, de los más destacados fue Lightner Witmer (1867 – 1956) quien fundó la primera clínica psicológica en Estados Unidos en la Universidad de Pennsylvania en el año de 1896. Witmer obtuvo su doctorado

con Wilhelm Wundt en Alemania y regresó a Estados Unidos para encargarse del laboratorio de psicología experimental donde se había instruido en este campo bajo la dirección de James Cattell (1860 – 1944). A pesar de esta formación en el área experimental, Witmer estaba más interesado en que la psicología debía ayudar a las personas, vio la necesidad de crear una alternativa a la psiquiatría y se dedicó al cuidado y tratamiento de los “enfermos mentales”, también estudió y trató niños con defectos de lenguaje o con retrasos en su desarrollo (Hothersall, 1997; Reisman, 1991).

Witmer, en su clínica psicológica, ofrecía cursos y entrenamiento en el método clínico psicológico, ya que las personas que deseaban convertirse en psicólogos tomaban cualquier curso que estuviera disponible además de aprender del trabajo desarrollado en clínicas, hospitales mentales y escuelas para necesidades especiales entre otras. Las tareas principales que desarrollaban eran la investigación y evaluación, otros se dedicaron a corregir la conducta de niños para que ésta fuese más aceptable para la sociedad de acuerdo con su edad (Hothersall, 1997; Reisman, 1991).

En Estados Unidos también se comenzó a popularizar el uso de las escalas para diagnosticar la inteligencia de los “débiles mentales” con las revisiones y adaptaciones de Goddard y Terman, se comenzaron a utilizar en prisiones levantando un interés por la investigación en adultos. De 1910 a 1970 la psicología se encargó de crear e investigar la validez de diferentes pruebas que comenzaron a analizar la personalidad a través de cuestionarios (Bernstein y Nietzel, 1982; Durán, et al., 2007; Joseph, Gierlach, Housley y Beutler, 2005).

Aunque años antes, ya se había creado el primer centro de medición psicológica en el South Kensington Museum de Londres por Sir Francis Galton que ya comenzaba a utilizar las primeras pruebas psicológicas. En Francia, Alfred Binet (1857 – 1911) junto con Theodore Simón y el desarrollo de su escala de inteligencia, proporcionaron una medida de ésta que fuera fácil de aplicar y bastante breve (Arias, 2014).

Al momento de estallar la Primera Guerra Mundial la necesidad de psicólogos clínicos se vio reflejada en la carencia de pruebas para adultos que

midieran la relación entre la inteligencia y la estabilidad emocional, entonces miles de copias de la escala de inteligencia Binet-Simón se habían distribuido y aplicado en al menos una docena de países (Arias, 2014; Hothersall, 1997). Del otro lado, en Estados Unidos se crearon las pruebas “Army Alpha” y “Army Beta”, y la “Hoja de datos personales” de Robert Yerkes (1876 – 1956). Para 1940 ya había más de 500 tipos de pruebas, y con ellas emergió un negocio para distribuir las y capacitar a personas para que las aplicaran, vendiendo con ellas la licencia de poder ser psicólogo (Bernstein y Nietzel, 1982).

Con el descontento de psicólogos académicos, en 1937 se fundó la Asociación Americana de Psicología Aplicada para el establecimiento y mantenimiento de altos estándares en la ética profesional, con departamentos de psicología clínica, consultoría, educativa e industrial. Para 1945 se incorpora a la Asociación Americana de Psicólogos que contaba con seis funciones: evaluación, tratamiento, investigación, enseñanza, consultoría y administración (Bernstein y Nietzel, 1982).

En la Segunda Guerra Mundial los psicólogos desarrollaron más tareas además de la aplicación de pruebas, realizaron entrevistas, redactaron informes psicológicos debido a las deserciones por traumas psicológicos y aplicaron terapia de orientación. Al concluir la guerra muchos de los psicólogos se comprometieron a la terapia con adultos y los que se incorporaron a la psicología clínica se maravillaron con las tareas. La aplicación de pruebas y el seguimiento de terapia le brindaron respeto a la psicología clínica, además la necesidad de capital humano para rehabilitar a los veteranos de guerra abrió la posibilidad de realizar un posgrado en esta área, modificando la formación y desarrollo de la psicología clínica (Bernstein y Nietzel, 1982).

Así pues, de las teorías más conocidas que se desarrollaron para la terapia o intervención clínica psicológica fueron: psicoanalítica, conductual y cognoscitiva.

En primer lugar, el modelo psicodinámico desarrollado por Sigmund Freud (1856 – 1939), se fundamentó en que toda la conducta humana es intrapsíquica, y que diferentes factores intrapsíquicos dan pauta a que la conducta sea problemática o no. También menciona que todas las conductas

se establecen desde la infancia a través de impulsos básicos y su satisfacción o frustración (Monsalve, 2014). Freud desarrolló su teoría a partir de su práctica clínica como médico, pedía a pacientes con histeria que recordaran el origen de sus síntomas y todo lo que les viniera a la mente, a esto le llamó el “método Breuer”, luego como “análisis físico” y al final terminó llamándolo “psicoanálisis” (Vargas, 2006b).

En sí, el psicoanálisis es una forma de tratamiento para la neurosis mediante el estudio de procesos psíquicos inconscientes que se cimientan en impulsos sexuales instintivos. Su método consiste en la libre asociación de ideas que el paciente expresa y son interpretadas por el psicoanalista, otros métodos son la interpretación de los sueños o los actos. Según Freud, el aparato psíquico se divide en inconsciente, preconscious y consciente, esta división se complementa con otras tres estructuras que son: Ello que busca la gratificación inmediata, el Yo que deriva su energía del ello, pero es el instrumento de la razón y el Súper Yo que incorpora criterios absolutos de moralidad y ética (Hothersall, 1997). La formación de estas estructuras se da en cinco etapas que ocurren desde el nacimiento hasta el inicio de la adolescencia y son la etapa oral o bucal, anal, fálica, latente y genital (Vargas, 2006b).

Con el paso de los años el psicoanálisis de Freud fue criticado, modificado, reevaluado y asimilado por otras posturas para formar modelos psicológicos, por ejemplo, Carl Jung (1875 – 1961), Alfred Adler (1870 – 1937), Karen Horney (1885 – 1952), Erich Fromm (1900 – 1980), Carl Rogers (1902 – 1987), Jean-Paul Sartre (1905 – 1980), Jacques Lacan (1901 – 1981), etc. (Vargas, 2006b).

El psicoanálisis tuvo bastante tiempo para popularizarse en el ámbito académico y en el público dado que no había otra alternativa clínica a pesar de sus dudosos resultados. Los intentos desde la psicología experimental todavía estaban incompletos, aun no se disponían de suficientes técnicas científicas y de comprobada utilidad para la práctica clínica. Gran parte de los primeros trabajos de la psicología experimental consistió en criticar el inadecuado

diagnóstico psiquiátrico tradicional por sus problemas de validez que tenían, así como su poca utilidad (Pérez, 2009).

Sin embargo, poco después las propuestas teóricas y experimentales de Iván Pavlov (1849 – 1936) y John Watson (1878 – 1958) dieron paso a que el conductismo comenzara a desarrollarse en el área clínica. Pero fueron las aportaciones de B. F. Skinner (1904 – 1990) las que resaltaron más, ya que propuso que la observación y experimentación de las relaciones funcionales entre los estímulos ambientales y la conducta observable proporciona una imagen clara del desarrollo, mantenimiento y modificación del comportamiento humano (García et al., 2008; Millan, 1982). De los nombres más conocidos para este tipo de intervenciones es el de modificación de conducta y terapias conductuales que comenzaron a aparecer alrededor de 1950 y se basaban en la conducta observable y en el aprendizaje, negaban toda entidad mental, pero seguían manejándose desde el modelo médico al seguir “tratando” las conductas anormales o desadaptativas (Vargas, 2006b).

De manera simultánea comenzaron a desarrollarse dos tipos de enfoque mediacional o cognitivo: el primero se gestó relativamente independiente de la teoría cognitiva y el otro se integró con el uso de técnicas clínicas conductuales por lo que se le llamó terapia cognitivo-conductual (Vargas, 2006b).

La teoría cognitiva comenzó a formarse a finales del siglo XIX e inicios del XX con las primeras evaluaciones mentales que ya se han mencionado. Pero quien le dio forma fue la psicología genética de Jean Piaget (1896 – 1980) y la psicología cultural de Lev Vygotsky (1896 – 1934). Piaget describió ampliamente el desarrollo humano desde el nacimiento hasta la adolescencia en cuatro etapas fundamentales (véase capítulo 1). En general la psicología de Piaget proporcionó la oportunidad de establecer un perfil para cada individuo (Maier, 1979). En el caso de Vygotsky, él se inspiró en la propuesta de mediación instrumental de Engels según la cual a lo largo de la historia la relación del ser humano con la naturaleza no es directa, sino que está mediada por los instrumentos técnicos de producción. Entonces, propuso que el desarrollo del pensamiento dependía del lenguaje y de la experiencia

sociocultural del niño, es decir que está determinado por factores externos (Rodríguez y Moro, 1998).

En el caso del modelo cognitivo-conductual, como su nombre lo dice, es la integración de conceptos cognitivos con la metodología conductual para la creación de técnicas para el área clínica. De los más reconocidos autores de este enfoque se encuentra Albert Bandura con su teoría del “aprendizaje social”, Donald Meichenbaum con sus “autoverbalizaciones”, Albert Ellis y su “terapia racional emotiva” y Aaron Beck con su “reestructuración cognitiva (Vargas, 2006b). En resumen, la mayoría de estas “terapias” inician su proceso conociendo y evaluando pensamientos, posteriormente se modifican si resultan disfuncionales a través de diferentes técnicas multimodales, de esta forma se cambian los patrones de conducta que se encuentren afectados (Carrobles, 2012; García et al., 2008; Millan, 1982; Pérez, 2009).

Ahora bien, como ya se ha mencionado en los capítulos anteriores, el Interconductismo representa la revisión y evolución teórica y metodológica del conductismo filosófico, en los diferentes niveles experimental, aplicado y tecnológico. 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 con la posibilidad de crear tecnología a partir de ello (Vargas, 2006b).

Dentro de este enfoque para el área clínica existe la opción del Análisis Contingencial que es una metodología de aplicación psicológica que se utiliza para el cambio del comportamiento humano individual la cual involucra el análisis de la valoración positiva o negativa, buena o mala, que hace la persona que acude al psicólogo en relación con las conductas o creencias que se dan en una interacción. Su método consta de cinco fases: la primera consta de la identificación de las relaciones microcontingenciales, es decir, a los factores específicos en la que se desarrolla la interacción; la segunda fase es el análisis de las relaciones macrocontingenciales en la que se evalúa la valoración que el paciente hace de las acciones o creencias de las personas con las que interactúa; la tercera fase es el análisis de la génesis o inicio del problema, es

decir, el origen histórico de una interacción problemática; la cuarta fase es el análisis de soluciones donde se le plantea al paciente todas las posibles alternativas de cambio; por último, la quinta fase corresponde al diseño, selección, aplicación y evaluación de la intervención (Gómez, 2016). Sin embargo, el Análisis Contingencial presenta algunas inconsistencias teóricas y metodológicas, tanto en los conceptos que utiliza como en su lógica y procedimientos (Vargas, 2006b).

Como resultado ante la inconsistencia del psicoanálisis, las limitaciones de la intervención conductual, la inconsistencia y limitación de la terapia cognitiva y las del Análisis Contingencial, dentro de la misma teoría interconductual se desarrolló la Intervención Interconductual (II) que aparece como una alternativa tecnológica de los modelos antes señalados, realizando su intervención a través del análisis, evaluación, regulación y probabilización de la conducta, pero en particular del área clínica se formuló la Intervención Interconductual en el Contexto Clínico (IICC) (Vargas, 2006b).

Sin duda el cambio constante en la sociedad es un rasgo fundamental, significando que todas las instituciones están en constante transformación y con ella es obligatorio el reafirmar la vigencia del conocimiento, los profesionales deberán de ser capaces de contender con la situación presentada en el contexto propio. Además, el psicólogo deberá comprender a la sociedad en la que se encuentra inserto como una sociedad tecnologizada y globalizada, para que le permita seguir desarrollando tecnología eficiente, dando respuesta a la demanda social (Barriga, Hernández, Rigo, Saad y Delgado, 2006).

IV. INTERVENCIÓN INTERCONDUCTUAL EN EL CONTEXTO CLÍNICO (IICC)

4.1 Conceptos básicos

La IICC posee ventajas en contraste con otras intervenciones clínicas que aún se utilizan respecto a lo que se entiende como evento psicológico, también sobre sus implicaciones individuales y sociales, su corta duración debido a la identificación eficiente y eficaz de su objetivo, y la evidencia que existe de que funciona (Vargas, 2006b).

La IICC, como derivación de la II, es un procedimiento tecnológico interconductual que es exclusivo del área clínica que consiste en el análisis, evaluación, regulación y probabilización de la conducta y se centra en lo que el usuario, persona o grupo de referencia (UPGr) señala como dificultad (Vargas, 2006b).

Antes de describir el procedimiento general de la IICC cabe aclarar algunos aspectos conceptuales y prácticos que diferencian esta intervención de los tradicionales e incluso de los propios interconductuales. Primero que nada, las intervenciones psicoanalítica, conductual y cognitiva utilizan el término “problema” para referirse a los requerimientos sociales que delimitan al contexto clínico. Sin embargo, utilizar este término trae consigo distintas acepciones como proposición a resolver, como situación, como sinónimo de padecimiento y como sinónimo de dificultad. Por lo tanto, es erróneo hablar científica o tecnológicamente de proposiciones o situaciones como si fuesen padecimientos (Vargas, 2008b).

Los procedimientos tradicionales del área clínica hasta el cansancio se esmeran en crear problemas exclusivamente psicológicos pero la verdad es que no los hay. El planteamiento de proposiciones, situaciones, padecimientos o dificultades son abstracciones que delimitan conceptualmente los eventos, solo existen desde una perspectiva científica. Los eventos pueden ser observados desde distintas dimensiones como física, biológica, química, psicológica, social, económica, etc. (Vargas, 2008b).

Es por esto por lo que para enfrentar las demandas sociales del área clínica se opta por utilizar el término dificultad en vez de “problema” para evitar sus acepciones de padecimiento o proposición a resolver (Vargas, 2008b). Según la Real Academia Española (2019), dificultad se define como inconveniente, oposición o contrariedad que impide conseguir, ejecutar o entender algo bien y pronto.

Desde la teoría interconductual toda dificultad es valorativa, no existe una moral universal intrínseca al comportamiento. Las valoraciones como adecuado, inadecuado, sano, enfermo, ideal, defectuoso, normal, anormal, bueno, malo, cuerdo, loco, etc., se fundamentan en criterios normativos como la ética, la moral, la experiencia, la cultura, lo administrativo, las leyes, la religión, lo educativo, lo médico, lo ocultista, lo mágico, etc. es decir, dependen del sistema de relaciones sociales que existe en un lugar y tiempo determinados (Ribes, Díaz, Rodríguez, y Landa, 1986; Vargas, 2008b).

4.2 Procedimiento de la IICC

La IICC está constituida por el procedimiento de la Intervención Interconductual (II) (véase capítulo dos) y los Procedimientos de Apoyo Técnico que atienden a lo que el UPGr señala como dificultad (Vargas, 2008b).

Los Procedimientos de Apoyo Técnico son la Entrevista y guía clínica general IICC que se apoyan de los formatos de Reporte por sesión IICC y Reporte final IICC.

La Entrevista y guía clínica general IICC establece el seguimiento del programa de actividades por parte del responsable de la intervención (RI) para obtener información e implementar la IICC, este programa consiste en: inicio, recepción, introducción, precisiones, datos demográficos, II y final (Vargas, 2008b).

- El inicio se constituye del primer contacto del RI y el UPGr, puede ocurrir por teléfono o en el lugar de atención sea hospital, clínica, consultorio, etc., donde se averigua el cómo se enteró del servicio el

UPGr y se acuerda la primera sesión. La duración de cada sesión es de aproximadamente una hora por motivos de obtención y registro de información, implementación de técnicas, consecución de usuarios, y estipulación del costo del servicio (salvo que exista la posibilidad de que el usuario reciba daño, se lo haga el mismo o lo provoque a otros).

- En la recepción el RI se presenta con el UPGr y lleva a cabo una habituación a través de una plática de familiarización aproximadamente de 15 minutos o según sea necesario. También se lleva a cabo la indagación del motivo de consulta al servicio, así como de los resultados a obtener, los intentos anteriores de solución de la dificultad, y por último se hace la programación de las sesiones. Generalmente las sesiones son una vez a la semana por razones de obtención y registro de información, implementación de técnicas, consecución de usuarios, y estipulación del costo del servicio (salvo que exista la posibilidad de que el usuario reciba daño, se lo haga el mismo o lo provoque a otros).
- En la introducción el RI hace una exposición sobre las características del servicio (la orientación teórica con la que se trabaja y las actividades relativas), la participación del UPGr dentro y fuera de las sesiones, el costo del servicio, la confidencialidad de la información (la confidencialidad de la información se guarda en relación al UPGr o institución solicitante; y en relación a la probabilidad de que el usuario reciba daño, se lo haga el mismo o lo provoque a otros) y los alcances de la intervención (posibilidades reales, estableciendo que no se puede sugerir como objetivo el cambio del comportamiento de una tercera persona).
- Las precisiones consisten en primero hacer la evaluación inicial, es decir en la identificación, diferenciación y características de las dificultades que el UPGr haya planteado, en segundo lugar se hace la definición del usuario ya que la persona o personas que demandan el servicio no necesariamente son quienes se sujetarán a la

intervención, el usuario es la persona de la cual se analizará, evaluará, regulará y probabilizará la conducta (si por las características del usuario no puede atender o sujetarse a la intervención se define un responsable que fungirá como extinción del RI). Cabe recalcar que en casos donde el usuario sea un menor de edad éste no podrá estar solo con el RI durante las sesiones y deberá estar acompañado por un padre o tutor legal, basándose en el Artículo 646 del Código Civil Federal un menor de edad es aquel que no ha cumplido sus 18 años. En tercer lugar, se define la conducta de interés, el RI y el UPGr delimitan la interacción principal y en caso de que existan diversas dificultades se hará una lista de prioridades o en su defecto se elegirá la conducta de interés más recurrente, y se le asignará un nombre en términos funcionales y específicos. Por último, el RI establece los resultados probables de la intervención y hará énfasis en la condición de veracidad e integridad de la información, asistencia y puntualidad a las sesiones y cumplimiento de actividades por parte del UPGr.

- Los datos demográficos se componen de datos personales (nombre, edad, sexo, domicilio, teléfono, estado civil, ocupación, salud, nivel educativo, creencias, tiempo libre, e información particular según sea el caso), datos familiares (integrantes e información particular según sea el caso), y datos generales (amigos, compañeros de trabajo, características de la vivienda y/o del trabajo e información particular según sea el caso).
- La II es llevar a cabo la Intervención Interconductual.
- El final consiste en la evaluación final de la conducta de interés, el resumen (por sesión y de la intervención) y último contacto (por sesión: asignación de tareas y planes para la siguiente sesión, además de concretar la siguiente cita; de la intervención: instrucciones a seguir y corroboración de los resultados obtenidos).

El Reporte por sesión IICC es un registro consecutivo de información que se genera a partir de la intervención, se conforma por la portada,

actividades del RI, presentación de la información, datos relevantes para la intervención, actividades del UPGr, resumen y bibliografía.

- La portada se compone por el nombre de la institución de donde se hace la intervención, nombre completo del RI, título y número de sesión, nombre completo del usuario y hora, lugar y fecha de la sesión.
- Las actividades del RI son la descripción de las técnicas empleadas (características, materiales, instrumentos y forma de implementación), y justificación utilizando fundamentos teóricos y prácticos de las técnicas empleadas.
- La presentación de información es la transcripción textual de la sesión. Para tal motivo es necesario uso de una grabadora de voz.
- Los datos relevantes para la intervención son la información seleccionada relevante para la II, desarrollo de la conducta de interés y variaciones no derivadas directamente de la intervención.
- Las actividades del UPGr son la descripción de actividades asignadas: características, materiales, instrumentos y forma de implementación, y la justificación es decir los fundamentos teóricos y prácticos de las actividades asignadas.
- El resumen se compone de las conclusiones (comentarios, dudas pendientes y revisión de la actividad).
- Por último, se elabora la bibliografía donde se redactan las referencias teóricas de apoyo a la intervención en estudios coherentes a la IICC o de información probada de otras áreas.

El reporte final IICC es un registro acumulativo final de información que se genera durante la intervención y se compone por: portada, presentación del caso, integración de la información, II, análisis de datos, resultados y bibliografía.

- La portada debe contener el nombre de la institución donde se realizó la intervención, nombre completo del RI, título y número de sesiones, nombre completo del usuario y resumen de datos demográficos, y lugar y fecha de conclusión de la intervención.
- La presentación del caso consiste en describir la demanda original de asistencia al servicio y los resultados esperados tal y como lo mencionó el UPGr, la evaluación inicial, la definición del usuario y la definición de la conducta de interés.
- En la integración de información se describen los fundamentos teóricos y prácticos de las técnicas empleadas junto con sus características, materiales instrumentos y forma de implementación, y la transcripción textual de la información recabada durante toda la intervención sin hacer interpretaciones.
- La II es el vaciado de información de la Intervención Interconductual.
- El análisis de datos es la descripción del desarrollo de la conducta de interés, es decir, un análisis de correlación entre las fases de la intervención y los cambios registrados en niveles relativos de: invariable, variación favorable, variación desfavorable, objetivo cumplido y objetivo no cumplido; y las variaciones no derivadas directamente de la intervención.
- Los resultados se componen de la evaluación final de la conducta de interés y la conclusión de la intervención (comparación entre la evaluación inicial, la conducta de interés y la evaluación final de la conducta de interés y descripción de las nuevas interacciones).
- Por último, se escriben la bibliografía utilizada como apoyo para la IICC.

4.3 Evidencia de la efectividad del IICC

Para corroborar la efectividad de la IICC como procedimiento tecnológico interconductual Vargas (2006c) realizó una investigación para el posgrado de Maestría en psicología.

Para esta investigación participaron 15 alumnos del 7° semestre de la carrera de psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI) que fungieron como RI, quienes recibieron una instrucción al IICC durante 6 sesiones de 3 horas cada una. Los RI atendieron de manera individual a 22 usuarios que solicitaron servicio clínico psicológico, fueron sesiones de una hora de duración una vez a la semana.

El análisis de los datos después de realizarse las sesiones mostró que de los 22 usuarios solo 14 completaron su intervención abarcando todos los pasos del procedimiento IICC y cumpliendo su objetivo, cuatro UPGr abandonaron las sesiones, dos se interrumpieron al no detectarse la conducta de interés y dos se interrumpieron al no querer participar.

En los 14 casos donde las intervenciones fueron exitosas tanto el UPGr y el RI consideraron que hubo cambios favorables en el desarrollo de la conducta de interés. En los 8 casos sin éxito se pudo observar que los usuarios abandonaron la intervención dentro de las primeras 4 sesiones por motivos externos al RI.

En esta investigación se pudo comprobar la efectividad del procedimiento ya que en el 91% de los casos se pudo establecer la conducta de interés. También el RI detectó 64% de los casos con cambios favorables y en el 36% de ellos no logro establecer algún cambio. Sin embargo, 73% de los UPGr detectaron cambios favorables, 4% cambios desfavorables y el 23% no los estableció.

Del mismo modo se comprobó la congruencia entre la IICC y la teoría debido a que se respetó el objeto de estudio de la psicología que es la interacción de los organismos en lo individual con su ambiente sin reducirlo a lo biológico ni a lo social, también se respetó el hecho de que lo psicológico ocurre como campos de interrelaciones múltiples y que al identificar la

mediación se hace al elegir un nivel y tipo de segmento, por último se puede decir que la IICC utiliza de forma adecuada los elementos de la teoría interconductual en conceptos y procedimientos aptos para la operación tecnológica.

Finalmente se comprobó la facilidad de comprensión que se sustenta en que el corto tiempo que se llevó la instrucción a los 15 alumnos sobre la IICC (18 horas repartidas en 6 sesiones) fue suficiente para que lograran aplicar. También resultó accesible para su enseñanza y ejercicio.

Ahora se presentará un ejemplo de caso de Vargas (2010) en el que se utilizó la IICC. Se presentó al servicio de atención psicológica un varón de 30 años en la Clínica Universitaria de Salud Integral en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México, el cual por motivos de confidencialidad se referirá a él con el nombre ficticio de Francisco Sosa, quien menciona: “me siento deprimido desde que mi novia me dejó”.

Después de realizar la recepción y una evaluación inicial se pudo observar que había una alta probabilidad de que el solicitante del servicio realizase un daño hacia su persona, por lo que se decide que no pase a la lista de espera y sea atendido por uno de los profesores responsables de forma inmediata.

El usuario es la misma persona que solicitó el servicio, es decir Francisco Sosa. Nació en la Ciudad de México, vive en un barrio de clase media con su familia al norte de la misma ciudad. Su casa cuenta con todos los servicios urbanos como gas, agua, drenaje, luz, teléfono y recolección de basura. Los integrantes de su vivienda son su madre de 52 años, un hermano mayor de 32 años y una hermana menor de 22 años. Su madre es el principal sustento económico de la casa, el hermano recibe una beca para estudios de posgrado y la hermana se encuentra por terminar la carrera de psicología.

Francisco Sosa es empleado administrativo en una empresa automotriz desde hace 6 años. Acude por voluntad propia al servicio psicológico por sugerencia de su hermana, y ante lo que él refiere como: “me siento deprimido

desde que mi novia me abandonó, no puedo resolver el problema, estoy tomando muy malas decisiones”. Francisco refiere su dificultad de la siguiente manera: “Hace un mes terminé con mi novia, bueno más bien ella terminó conmigo porque dice que las cosas ya no son lo que ella quiere”. La relación duró aproximadamente dos años con tres meses, se conocieron en la empresa automotriz en la que trabaja por lo que aún continúan teniendo contacto laboral a pesar de la ruptura. Francisco Sosa menciona que “resulta muy difícil convivir con ella, cuando la veo con otra persona trabajando o a la hora de la salida me siento muy mal, le envío cartas y regalos por lo menos tres veces por semana y cualquier oportunidad platico con ella para rogarle que vuelva conmigo porque la quiero mucho”. En otros aspectos refiere que genera dificultad estar constantemente llamando a su expareja por teléfono para que regrese con él, le envía alrededor de 4 mensajes electrónicos cada día y generalmente los viernes y sábados ronda su casa “para ver cómo está”.

Francisco Sosa con respiración agitada, sudando y llorando señala que: “no puedo estar sin ella, no puedo dormir bien, me levanto tres horas antes y no sé qué hacer, como muy poco, no me dan ganas y estoy bajando de peso, tengo diarrea muy seguido, me fumo tres cajetillas de cigarros, no tengo ganas de hacer nada, me siento muy mal y a veces no lo soporto, ya no sé qué hacer”, “mi familia está muy preocupada, me dicen que ya me calme, que haga algo para remediar la situación”, “mis amigos me invitan a tomar (alcohol) para desahogarme, pero cuando tomo me distraigo unos minutos y después es peor me siento muy, muy mal en la cruda (resaca)”, “mi jefe en el trabajo se está dando cuenta de lo que me pasa y aunque me apoya ya me dijo que si no me compongo voy a tener problemas”.

Dado los indicios fisiológicos del usuario y lo relatado por él, el responsable de la intervención se aseguró si tenía intenciones de hacerse daño físico a lo que el usuario respondió “...no me quiero matar, pero estoy sufriendo mucho”. Fuera de esta situación no hay ninguna otra dificultad a tomar en cuenta seriamente.

Para el procedimiento se llevó a cabo el procedimiento general de la II el cual fue análisis, evaluación, regulación de la valoración y/o de los elementos de la conducta y probabilización.

1. Análisis

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:

- Comportamiento después de la separación de su pareja, nivel sustitutivo referencial.

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

- Del estímulo: Tipo de objetos o eventos, propiedades fisicoquímicas, orgánicas y convencionales, y función (dependiente de la respuesta):
 - En el trabajo: expareja, pláticas de amigos referentes a ella, pláticas de ella con varones (clientes, compañeros de trabajo, jefes), salida del trabajo de ella, recados y fotografías guardados en escritorio de cuando eran novios y ausencia de ella en el trabajo.
 - En su casa: reloj de pulsera regalado por ella, pláticas con familiares referentes a ella, recados y fotografías guardados en su recámara de cuando eran novios, teléfono celular y del domicilio cuando suena o tarda en sonar, estancia en la sala o en el baño.
 - En distintos lugares: sitios o actividades antes compartidas por ambos, encuentro con amistades mutuas, pláticas con amistades propias referentes a ella, las calles vacías o con gente, el momento de desayunar, comer y cenar, fiestas y traslados del domicilio al trabajo y viceversa, y lugares silenciosos o con música.
- De la respuesta: Tipo de reactividad biológica (organismo), propiedades fisicoquímicas, orgánicas y convencionales, y función (dependiente del estímulo):
 - En el trabajo: Mirar a su ex pareja recordando cuando eran novios, pensando en lo que le puede decir para que vuelva,

después acercándose a ella y desesperadamente (llorando y suplicando) pedirle que vuelva, platicar insistentemente de su tristeza con los amigos hasta sentirse cansado, mirarla cuando platica con varones pensando que son su nueva pareja y que son mejores que él, mirar cuando ella sale del trabajo pensando a dónde irá y con quién, mirar recados y fotografías añorando ese tiempo y preguntándose por qué ya no son iguales las cosas, y preguntar insistentemente a sus compañeros cuando ella falta, por qué lo hizo.

- En su casa: mirar el reloj de pulsera que le regaló ella pensando si se acordará de él, permanecer callado cuando su familia le pregunta por ella, en su cuarto mirar recados recordando cómo, cuándo, dónde y por qué se los dio y mirar fotografías recordando dónde fueron tomadas, escuchar su celular o el teléfono de la casa sonar pensando que es ella, observar su celular o el teléfono de la casa cuando no suena pensando que ella ya no le va a volver a hablar, en la sala mirar el televisor sin ponerle atención hasta que pasa algo que se la recuerda y lo pone triste, y en el baño llorar y lamentarse porque ahí no lo oyen.
- En distintos lugares: mirar pasivamente los lugares que antes frecuentaban sin poder sentirse como cuando estaba con ella, no saber qué hacer o decir cuando se encuentran con amistades mutuas pensando que ellos se burlan de él, hablar con sus propias amistades sólo del tema de su separación (algunas veces bebiendo pero cada vez menos porque se siente peor de triste), caminar en calles vacías o llenas pensando lo solo que está, quedarse sin desayunar, comer o cenar (o consumiendo poco alimento), al acudir a fiestas a las que no quería ir, al manejar o al trasladarse en el transporte público deseando intensamente estar con ella y al no estarlo entristecerse mucho, y al estar todo en silencio o escuchando música (relacionada o que pueda relacionarse con lo que le ocurre) darse cuenta del daño que se hace, lo mal que se siente y buscando un remedio definitivo para su dolor (remedios que únicamente imagina y que van desde

darle celos con otra persona, lograr una explicación que definitivamente la convenza, desear que le vaya mal a ella para que lo valore como pareja, irse a vivir a otro lado para olvidarlo todo o hacer “algo” para ya no sentir [aspecto que le dio carácter de urgente al caso]).

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

- Factores situacionales: Variaciones presentes del ambiente y biológicas del propio organismo (contexto):
 - Trabajar en los mismos horarios que ella, limitado contacto con otras mujeres, mala alimentación y dificultades para dormir.
- Historia interactiva: Segmentos previos de interacción identificados como variaciones en los elementos de estímulo (evolución de estímulo) y respuesta (biografía reactiva):
 - A los 15 años lo abandonó una pareja; veía a otras personas, el televisor y oía canciones para saber qué hacer, sintiéndose mal por primera ocasión. A los 18 años se emborrachaba con los amigos a los que dejaban sus parejas, o si lo terminaban a él, le hablaba a la mujer cuando estaba borracho o buscaba que lo viera en ese estado para convencerla de que la quería.
 - Dos parejas antes de ésta, sufrió las separaciones, con la primera la molestia duró hasta que entró a trabajar, y con la segunda cuando conoció a la pareja de este caso. Referente al tema de la separación de pareja no ha buscado otras explicaciones que no sean las de su círculo de personas cercanas, señala que alguna vez ha escuchado consejos de gente que no conoce, pero no les presta atención porque le parecen muy “frías” sus opiniones, tampoco ha buscado apoyo o información de carácter profesional hasta el momento de realizar la consulta que aquí se relata.

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

- Físicoquímicas: Abstracción límite del campo de estudio de la física y la química.
- Ecológicas: Abstracción límite del campo de estudio de la biología.

- Normativas: Abstracción límite del campo de estudio de la ciencia social:
 - En el trabajo, en la casa y en distintos lugares: Los necesarios para el contacto visual, auditivo y táctil con los estímulos descritos; el lenguaje para sí y para con otros.

2. Evaluación

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:

- En el análisis elegido (nivel sustitutivo referencial) de la interacción, la valoración del usuario “me siento deprimido desde que mi novia me abandonó, no puedo resolver el problema, estoy tomando muy malas decisiones”, ha sido corroborada afirmativamente por el responsable de la intervención. El criterio predominante de donde surge la valoración del usuario es cultural (medios de comunicación y entorno social cercano).

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:

- Alteración de la valoración (cambio de criterio): “me siento deprimido desde que mi novia me abandonó, no puedo resolver el problema, estoy tomando muy malas decisiones”. Técnicas: informativa (cómo es el proceso, cómo se resuelve y cómo se toman decisiones al terminar con la pareja) y actividades (monitorear su comportamiento desde el momento que se sujeta a la intervención).
- Alteración de los elementos: comportamiento después de la separación de su pareja. Técnicas: Informativa, actividades y alteraciones físicas del entorno.

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

- Del estímulo: Tipo de objetos o eventos, propiedades fisicoquímicas, organísmicas y convencionales, y función (dependiente de la respuesta):
 - En el trabajo: nuevo lugar de trabajo en otra sucursal, recados y fotografías guardados.
 - En su casa: reloj de pulsera, recados, fotografías, familia, celular, teléfono domicilio, jardín y cocina.
 - En distintos lugares: nuevos sitios y nuevas actividades, nuevas amistades, amistades antiguas, alcohol, calles, transporte público, automóvil, desayuno, comida, cena, casa y recámara.
- De la respuesta: Tipo de reactividad biológica (organismo), propiedades fisicoquímicas, organísmicas y convencionales, y función (dependiente del estímulo):
 - En el trabajo: Solicitar y cambiar de sucursal de trabajo (situando fuera de la proximidad física a la ex pareja y sus actividades o notar su ausencia, compañeros de trabajo y jefes, disminuyendo la probabilidad de pláticas con el tema de la separación), evitar temporalmente contacto telefónico con la ex pareja y con amigos o visitas innecesarias a la anterior sucursal (sólo hacerlo cuando se refiere a temas del trabajo), evitar recordar situaciones con la ex pareja realizando actividades (actualizando trabajo pendiente, planeando nuevos proyectos y alguna actividad recreativa permitida en el empleo: lectura informativa y recreativa), deshacerse (rompiendo y tirando a la basura) de recados y fotografías guardados en el escritorio de cuando eran novios.
 - En su casa: guardar reloj de pulsera regalado por ella, recados y fotografías guardados en su recámara de cuando eran novios en un lugar donde no pueda tomarlos por meses (bajo llave y en la parte más inaccesible de su armario), solicitar a su familia evitar tocar el tema de la separación promoviendo pláticas de otros temas, cambiar número del celular (informándoles a personas importantes el nuevo número), pedirle a la familia no pasarle llamadas de ella al teléfono de la casa (salvo alguna urgencia), ubicarse preferentemente en el jardín y la cocina (en lugar de la sala o en el baño).

- En distintos lugares: visitar nuevos sitios y realizar nuevas actividades recreativas, nuevas amistades, nuevas pláticas (que no implican la separación) con amistades antiguas, evitar y/o disminuir beber alcohol, utilizar un walkman para oír música nueva o antigua (pero no relacionada con ella) al caminar por las calles o al transportarse, en el automóvil oír noticias, intentar desayunar, comer y cenar en cantidades adecuadas (visita a un médico para descartar enfermedades y para que recomiende una dieta), permanecer en su casa haciendo algunas modificaciones a su recámara (cambiar ubicación de muebles, deshacerse de cosas inútiles, limpiar y una lograr nueva decoración).

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

- Factores situacionales: Variaciones presentes del ambiente y biológicas del propio organismo (contexto):
 - Promover contacto con otras mujeres, mejorar alimentación e intentar recuperar hábitos regulares para dormir (apoyo médico si es necesario).
- Historia interactiva: Segmentos previos de interacción identificados como variaciones en los elementos de estímulo (evolución de estímulo) y respuesta (biografía reactiva):
 - Inalterable (ulteriores imputables al desarrollo de la propia interacción y la intervención).

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

- Físicoquímicas: Abstracción límite del campo de estudio de la física y la química.
- Ecológicas: Abstracción límite del campo de estudio de la biología.
- Normativas: Abstracción límite del campo de estudio de la ciencia social:
 - En el trabajo, en la casa y en distintos lugares: Se mantienen los necesarios para el contacto visual, auditivo y táctil con los estímulos descritos; el lenguaje para sí y para con otros.

4. Probabilización

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:

- Partiendo de la valoración inicial del usuario de su comportamiento después de la separación de su pareja (nivel sustitutivo referencial) “me siento deprimido desde que mi novia me abandonó, no puedo resolver el problema, estoy tomando muy malas decisiones”, y al implementar técnicas informativas y programación de actividades para la alteración de la valoración, e informativas, programación de actividades y alteración física del entorno para la alteración de los elementos, se encontró que los reportes del usuario en cuanto su “tristeza” se mantuvieron desfavorables durante las primeras 3 semanas, iniciando para la cuarta y quinta semana oscilaciones entre estados desfavorables y parcialmente desfavorables, para la sexta predominaron los períodos parcialmente favorables con variaciones esporádicas y cortas de parcialmente desfavorables, y un período desfavorable (el usuario recibió un llamada telefónica de su ex pareja reportando un periodo breve, dos horas aproximadamente, como desfavorable), en las séptima, octava y novena semanas fueron predominando los reportes favorables sobre los parcialmente favorables, para que finalmente en la décima semana (última registrada) el reporte fuera completamente favorable (incluyendo contacto con la ex pareja que fue rechazado y que no generó ningún malestar significativo).
- Las variaciones anteriormente mencionadas mantienen paralelismo con los cambios en los elementos: tercera semana cambio de empleo y de número telefónico, quinta semana nuevas actividades, contactos y lugares, sexta semana establecimiento de nuevos hábitos (nuevas costumbres), séptima, octava y novena semanas desarrollo pleno de actividades regulares (no

consideradas como dificultades por el usuario pero sí pospuestas o ensombrecidas por la dificultad principal), y para la décima el establecimiento de contactos afectivos estrechos con antiguas y nuevas personas.

Los cambios en estos elementos permitieron modificar la valoración de Francisco Sosa para que a partir de la décima semana de consulta este señalara: “me siento bien, pude resolver el problema, tomé buenas decisiones”. Entonces si se mantienen las variaciones que se establecieron en la intervención la probabilidad de que se mantenga el bienestar relativo al usuario es alta.

4.4 Otros procedimientos y tecnologías interconductuales

Ahora bien, desde la creación de la IICC se han llevado a cabo modificaciones a su estructura con el propósito de hacer más detallado su procedimiento. Es el caso de Téllez (2012) quien modificó y amplió uno de los Recursos de Apoyo Técnico y lo nombró Entrevista Especializada IICC.

Su elaboración tuvo el objetivo de facilitar la obtención de información necesaria de manera ordenada y sistemática que respetara los conceptos de la teoría interconductual y de la IICC.

Su secuencia abarca todo el proceso de la IICC aunque con detalles que no son mencionados por Vargas (2008b) y cabe mencionar los más importantes a tomar en cuenta aquí: la entrevista es semiestructurada ya que cuenta con preguntas básicas a la vez que da pauta a preguntas abiertas que permiten recabar más datos que sean relevantes para el caso; su conducción es directiva ya que permite al RI distribuir el procedimiento de manera adecuada; el lenguaje que maneja es sencillo y claro para facilitar la colaboración del usuario.

Téllez (2012) también hace algunas aclaraciones respecto de lo que debe hacer el RI como tratar de evitar redundancias, asegurar que el UPGr no se desvíe del tema que se esté tratando durante la entrevista, pero sin inhibir

su participación, asimismo tiene que estar consciente del tiempo de cada sesión para no estancarse en un solo tema o actividad. El RI, además de preguntar, tiene que hacer aclaraciones, demandar o incitar al UPGr que amplíe la información que esté dando si así es necesario para aproximarse y delimitar de forma efectiva a la dificultad del usuario, y una vez hecho, el RI tendrá que ser más preciso sobre los datos que recolecta.

Para aplicar la Entrevista Especializada IICC, al igual que la IICC original, el RI deberá tener buen dominio de la aplicación de la entrevista, así como de las bases teóricas interconductuales, deberá ofrecer al UPGr un trato cordial y educado, por lo que deberá hablarle de usted sin importar la edad del UPGr y así establecer una relación adecuada entre psicólogo y usuario de tal forma que no obstaculice la obtención de información.

Por motivos de seguridad se recomienda al RI que al recibir al UPGr por primera vez pregunte su nombre y por qué medio se enteró de su servicio. Una vez hecho esto y aclarado los datos el RI tendrá que indicarle que pase al consultorio, pedirle que se siente y solo después el RI cerrará la puerta (dejándola entreabierta en caso de que se tenga que salir de inmediato si las circunstancias lo demandan) y procederá a sentarse para comenzar la consulta.

El RI deberá regular sus acciones hacia con el usuario como establecer contacto visual, no desviar la posición de su cuerpo respecto del usuario, mostrar interés asintiendo o realizando elogios de aprobación, o en su caso realizar ademanes de que se está entendiendo lo que el UPGr le esté comunicando. Esto evitará que el usuario se desvíe del propósito de las sesiones.

Dentro de las aportaciones que sugiere Téllez (2012) está el uso de una grabadora de voz para tener un mejor registro de los datos que se recolectan además de las anotaciones hechas por el RI y para tal propósito es necesario el consentimiento del UPGr. Sin embargo, así como el médico desde hace décadas usa el estetoscopio para ampliar sus capacidades y atender de mejor manera a sus pacientes, el psicólogo clínico debe comenzar a pensar en la grabadora de voz como una herramienta esencial e imprescindible para su

labor. Su uso asegura que no se pierda información y de que el RI tenga la opción de repasar lo que se llevó a cabo en las sesiones, además de que tener registro de voz puede ayudar a aclarar malentendidos entre el RI y el UPG.

Existe otro procedimiento basado en la teoría interconductual llamado Análisis Contingencial de Ribes et al. (1986) que tiene como objetivo identificar y definir los problemas de los usuarios, analizar las posibles soluciones y seleccionar, diseñar y aplicar un procedimiento de intervención que se ajuste a cada persona. Así pues, resulta pertinente mencionar algunos comentarios que Ribes et al. (1986) hace al respecto de este procedimiento.

El Análisis Contingencial parte del hecho de que todo problema presentado por el usuario no reside en la conducta misma sino en la red de relaciones de la conducta con otros y sus prácticas valorativas que lo contextualizan socialmente. Una vez identificado y definido el problema por parte del usuario se continúa con las estrategias de solución utilizando las estrategias más adecuadas a partir de la definición del problema. Así pues, no existen problemas en sí a ser identificados, todo problema es único al usuario en su contexto social por lo que no puede haber una taxonomía previa que clasifique los problemas (importante mencionar que Ribes no usa el término dificultad).

No obstante, Ribes, et al. (1986) indican que se puede hacer uso de técnicas ya disponibles como parte de las estrategias de solución, pero éstas tienen que utilizarse en función del problema de los usuarios, en otras palabras, los problemas no están en función de las técnicas.

Todos estos elementos junto con la IICC fueron utilizados para integrar el contenido del Manual de Intervención Interconductual en el Contexto Clínico, no obstante, no bastó con solo copiar y pegar la información. Los manuales son documentos especializados con características específicas, por lo que se siguió un proceso de adaptación y estructuración para elaborar de manera adecuada dicho manual y así cumplir con los objetivos propuestos.

V. MANUAL DE INTERVENCIÓN INTERCONDUCTUAL EN EL CONTEXTO CLÍNICO

5.1 Objetivos del manual

La elaboración del Manual de Intervención Interconductual en el Contexto Clínico persigue los siguientes objetivos:

- Acortar el tiempo de inducción a la teoría interconductual.

Dentro de los diferentes objetivos que posee el manual de la IICC este es uno de los más importantes debido a que en diversas ocasiones el tiempo destinado para la enseñanza y aprendizaje de alguna materia y/o tecnología no es suficiente cuando se encuentra de por medio la puesta en práctica de los conocimientos de una materia.

Profesores como alumnos a lo largo de su vida académica tienen que aprender a distribuir y organizar sus tiempos de acuerdo con los diseños de formación educativa, es parte de las instituciones y sus políticas curriculares. No obstante, la gestión del tiempo se ha convertido en un problema que se ha estado resolviendo con diferentes alternativas para cumplir con prácticas absurdas con tal de no faltar a los planes formativos (Zabalza, 2013).

Los profesores tienen la presión del tiempo para enseñar todos los contenidos de sus programas académicos en periodos semestrales demasiado cortos, cuando se trata de formar profesionales parece que el tiempo no alcanza. Además, las unidades curriculares desarticuladas tratan de desarrollar los aprendizajes de manera distinta y acumulativa, dándole a los alumnos demasiada información que aprender (Zabalza, 2013). Sobre todo, en lo que a psicología se refiere, cuando se habla de ella se habla en plural debido a la gran variedad de psicologías y su falta de unificación en sus conocimientos (Ribes, 1990).

Por lo tanto, el primer objetivo del manual es introducir en cortos periodos los conceptos y premisas básicas que ayuden a entender la materia en cuestión y de esta manera la capacitación en el área práctica sea más

provechosa. De tal forma se están fomentando los siguientes aspectos didácticos: mejora de la práctica docente; protección del alumno ante la sobrecarga de trabajo; y la mejora de la gestión del tiempo (Zabalza, 2013).

- Proporcionar a sus estudiantes una sólida base teórica de la cual partir para ulteriormente tener un mayor número de herramientas para el área clínica.

Bien sabido que los planes de psicología dentro de la UNAM están enfocados al área clínica, sobre todo desde la perspectiva médica, psicoanalítica y en años más recientes desde la perspectiva cognitivo-conductual. Esto es muestra de la pluralidad de psicologías que abundan en las facultades de esta carrera, a pesar de que en un principio el conductismo dominó estas escuelas terminó por ceder terreno a otras tradiciones que se contradecían unas a otras. Con tanto en juego se terminó por centrarse en la adquisición de cada una de las tradiciones en vez de desarrollar habilidades específicas (Zanatta y Camarena, 2012).

Las diferencias en torno al objeto de estudio afectan los métodos con los que se trabaja. Por lo que no se termina de resolver la duda de a qué área específica pertenece la psicología, algunos la ven como una disciplina, otros como una ciencia, otros solo como una profesión técnica (Zanatta y Camarena, 2012).

Una solución que ya se ha propuesto es definir un perfil profesional del psicólogo con modelos curriculares homogéneos que establezcan objetivos comunes y se evite la heterogeneidad del actual currículo. Siendo así la enseñanza de una sola psicología proporcionaría una base más sólida de conocimientos teóricos para que el desarrollo de habilidades en las áreas tecnológicas sea mayor (Zanatta y Camarena, 2012).

Pero ya que el cambio curricular resulta complicado la pregunta es cómo desarrollar habilidades cuando existen tantas teorías y metodologías tan diferentes o con errores conceptuales arrastrados por décadas. Pues es la psicología interconductual la que ofrece, como ya se ha explicado, una psicología con un objeto de estudio sólido que le ayuda a posicionarse como

ciencia del comportamiento, que le ha servido para desarrollar una taxonomía funcional de la conducta (Ribes y López, 1985) y el desarrollo de tecnología basada en ella como la IICC (Vargas, 2008b).

De esta manera, los estudiantes de ella tendrían una base teórica y tecnológica sólida de la psicología y el área clínica.

- Facilitar la comprensión lectora del manual utilizando un lenguaje sencillo en su redacción para los nuevos estudiantes del tema.

Cuando los alumnos ingresan a la universidad se enfrentan al reto de leer una nueva clase de textos a los que normalmente no están familiarizados, y que a pesar de que ya posean una habilidad básica para la lectura, estos textos son más difíciles de comprender. Son sobre todo los textos científicos los más complejos en su lenguaje y adquirirlo requiere de una comprensión global de los temas que se están leyendo más allá de solo poseer las habilidades lectoras básicas (Carlino, 2003).

El dilema reside en que los textos científicos están dirigidos a personas que ya comparten una formación en algún tema en común por lo que cuando se escribe no es necesario explicar información que puede estar de más cuando ya se conoce de la materia. Es entonces que la falta de conceptos compartidos entre escritor y lector ocasiona problemas en su comprensión (Carlino, 2003).

Para tales casos existen los manuales y es de suponer que deben ser sencillos de leer, aunque sean escritos con un lenguaje totalmente técnico y/o científico, son hechos para que todo aquel que sepa o quiera conocer algún campo de estudio específico o alguna tecnología para aplicar pueda leerlo sin complicaciones (Hall y López, 2011).

Cuando se lee un manual no solo se está aprendiendo un sistema conceptual, datos brutos o contenido específico, sino que también se adquieren prácticas discursivas características de la materia. La enseñanza y aprendizaje de contenidos es inseparable de la práctica discursiva que se sostiene. Sin

embargo, algunos caen en expresiones lingüístico-discursivas ambiguas y complejas (Hall y López, 2011).

Por lo tanto, este manual pretende ayudar a este propósito al ser redactado con un lenguaje sencillo y concreto para facilitar la comprensión de premisas y conceptos fundamentales del Interconductismo y la IICC. De esta manera quien lea el manual de la IICC adquirirá el lenguaje técnico y científico que se utiliza en la teoría y metodología interconductual, para que después logre realizar un contraste histórico-conceptual con otras perspectivas y de tal forma empiece a adquirir el discurso interconductual sin caer en ambigüedades (Ribes, 2010).

- Facilitar la consulta del manual a través de la elaboración de una estructura detallada del manual.

Los manuales son definidos como herramientas que guían, analizan y difunden información reiteran la importancia de la comunicación efectiva. Para ello estos escritos deben organizar su contenido de manera ordenada y de forma cronológica, de tal manera facilita la localización de temas, conceptos, datos, etc. en el cuerpo del texto (Roggau, 2010).

Con el uso de un índice bien estructurado se tiene un mejor acceso al contenido del manual en casos donde se requiera consulta de información específica además de que el índice es una herramienta visual que muestra un panorama general de lo que se habla en el texto, de ese modo una vez leído todo el manual no será necesario leer toda una segunda vez cuando se quiera localizar y entender algún dato.

- Conseguir que esta propuesta tecnológica tenga una mayor divulgación.

La elaboración del manual no solo tiene objetivos didácticos como los que ya se mencionaron, sino que también está enfocado a su uso social y académico.

Resulta de suma importancia que la teoría interconductual y la IICC tengan mayor difusión entre alumnos y miembros de la comunidad académica tanto de psicología como de áreas afines. Distintas ciencias y disciplinas

requieren de una psicología que les permita desarrollar sus trabajos con mayor credibilidad y efectividad (Vargas, 2011) por lo que se espera que el manual de la IICC contribuya a este propósito.

- Fomentar la desaparición de supersticiones y errores conceptuales que se creen y afectan actualmente a la psicología clínica.

Continuando con la línea del objetivo anterior, si con el manual de la IICC se obtiene mayor divulgación del Interconductismo, poco a poco se podría disipar los errores que normalmente los psicólogos de esta área cometen al ofrecer consulta y así los usuarios tendrían más confianza en el servicio y sus prejuicios hacia los psicólogos desaparezcan.

Tal es el caso de las enfermedades mentales o problemas psicológicos ya que dichos fenómenos no existen, así que no es factible hablar de “tratamientos” o “terapias” para cambiar el comportamiento, pero de lo que sí es posible hablar es de técnicas para modificar la valoración misma de las conductas y/o de los elementos de la interacción (Vargas, 2010).

- Satisfacer las demandas sociales del área clínica de la psicología con mayor eficiencia.

La práctica profesional se ve limitada y desvalorizada cuando existe una desvinculación de las necesidades sociales que se determinan a través de los cambios históricos, o no ofrece soluciones reales y concretas a las problemáticas que se les presentan (Millán, 1982).

Otro de los problemas generales que enfrenta es la definición de la necesidad social, se ha definido como el beneficio general del plan de estado, o a través de la posibilidad de la inserción en el mercado laboral, y la necesidad general de las diferentes estratificaciones sociales (Millán, 1982).

Varias propuestas de la psicoterapia se han desarrollado desde el siglo XX, pero el ciudadano común a pesar de solicitar el servicio de psicoterapia no conoce la validez de estos tratamientos, la pregunta obligatoria es si todas las intervenciones tienen la misma eficacia. Se considera eficiente al cumplir los objetivos de la terapia (Castro, 2003) por lo que tener una base de donde partir

para iniciar el proceso clínico puede abreviar el tiempo de consulta valiéndose de la eficiencia para el bienestar del usuario.

La educación está estrechamente relacionada con el desarrollo social, los planes estudiantiles para la preparación de los profesionistas provienen de los avances científicos y de las inclinaciones teóricas e ideológicas de etapas históricas en donde se ha revisado el currículo profesional del psicólogo, como los modelos médicos, psicométrico-experimental o el conductista. Para la preparación del psicólogo primero se da una revisión teórica para poder revisar lo práctico, la crítica a este lineamiento es la preferencia que se da a la teoría ante la práctica, minimizando la práctica profesional, y muchas veces hay una falta de visión para incluir el entorno social o para derivar tecnología (Castro, 2003).

Con la elaboración de un manual sobre la Intervención Interconductual en el Contexto Clínico se espera que con su uso en la enseñanza y posteriormente en la práctica pueda aumentar el nivel de satisfacción de las personas que acuden a consulta psicológica.

Además de incitar a la reflexión de lo que actualmente se considera como Psicología y cómo es que los psicólogos actuales abordan esta área tecnológica, para evitar errores conceptuales y no repetir los que ya imperan además de promover una constante revisión y reflexión acerca de qué, cómo y para qué es la Psicología con el motivo de estar en constante construcción y deconstrucción de sus postulados.

Es importante el establecimiento de un ejercicio reflexivo sobre el estado de la psicología ya que como se ha mencionado, al seguir en evolución la sociedad sus necesidades seguirán cambiando, por lo que el contexto en donde se desarrolle la psicología deberá de revisar meticulosamente sus herramientas tecnológicas para asegurarse que no tengan errores de acuerdo con la teoría o resulten contradictorios estropeando cualquier oportunidad de trabajo en consulta con los usuarios.

5.2 Elaboración del manual

Para la elaboración del Manual de Intervención Interconductual en el Contexto Clínico fue preciso establecer los siguientes pasos:

- Primero: Clasificar y definir el tipo de documento.
- Segundo: Desarrollar un índice.
- Tercero: Recopilar información.
- Cuarto: Redactar la información con un lenguaje sencillo y conciso.

A continuación, se detallará el proceso para la elaboración del manual de la IICC.

Primero. Se necesitó definir qué tipo de documento que se requería elaborar que permitiera integrar de manera eficiente los aspectos teóricos de la psicología interconductual, el procedimiento de la IICC e información adicional que lo complementará como herramientas necesarias en la práctica.

Se eligió el manual como documento integrador ya que son herramientas eficaces que sirven para transmitir conocimientos que se han acumulado hasta ese momento sobre un tema en particular. Su gran flexibilidad, sencillez y legibilidad es por lo que se han vuelto de especial interés este tipo de documentos (Álvarez, 1996; Hall y López, 2011)

Así pues, manual se define como documento que contiene de forma ordenada, sistemática y concisa información y/o instrucciones sobre historia, políticas, procedimientos, organización de organismos sociales o un tema de estudio específico, que se consideran necesarios para la mejor ejecución del trabajo (Duhalt, 1977; Fernández et al., 1994).

La característica principal de los manuales es que son redactados con un lenguaje sencillo para ser entendido por todo aquel que lo lee y facilitar algún dominio del tema. Así que se pueden encontrar manuales tanto de todos los campos de la ciencia y la tecnología, como manuales dedicados a quehaceres de la vida diaria (Álvarez, 1996; Hall y López, 2011). Entre los más utilizados se encuentran los manuales de organización empresarial, manuales

de finanzas, manuales escolares, manuales de funciones y manuales de procedimientos (Molina et al., 2011).

Pero para ser más precisos, el tipo de manual que se seleccionó para integrar dicha información fue el de un manual de procedimientos ya que esta clase de documento se caracteriza por la descripción en secuencia lógica y cronológica distintas actividades, señalando quién, cómo, cuándo, dónde y para qué han de realizarse, su finalidad es estandarizar y documentar las acciones que se realizan, orientar a los responsables de su ejecución, reducir los errores y los tiempos de capacitación a nuevas personas adheridas a las prácticas que se realicen (Teniza, 2011).

Segundo. Ya que la IICC es un procedimiento de intervención clínica cabe mencionar que los manuales para el contexto clínico se deben componer de diversas herramientas técnicas que deben estar estrechamente relacionadas con la teoría, metodología y orientación filosófica en la que estén basándose (Rojas, 2011). Para una mejor elaboración y estructuración del manual de la IICC fue conveniente analizar la estructura de otros manuales utilizados en el área clínica de la psicología.

Los manuales que se revisaron fueron *Técnicas de modificación de conducta* de Labrador (2008), *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales* de Ruiz, Díaz y Villalobos (2012), *Protocolo general de intervención* de Santacreu (2011) y *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos* de Caballo (1998; 2002).

Para analizar la estructura de cada manual se consultó el índice temático de cada uno, se revisó tanto el orden de los temas como el tipo de temas que contenía. El manual de Labrador (2008) se compone de cuatro partes principales, la primera consta de una introducción y marco conceptual sobre las técnicas de modificación de conducta, la segunda parte trata sobre la evaluación conductual y la formulación de casos, la tercera sobre técnicas empleadas en la consulta y la última parte habla de ayuda en la intervención psicológica, es decir, elementos que pueden ayudar al psicólogo en su labor.

Cada una de las cuatro partes, temas y subtemas que componen este manual posee una estructura que en su mayoría es muy similar, estos son sus principales apartados: introducción, antecedentes históricos, bases teóricas, procedimiento(s), ejemplos de aplicación, campos de aplicación (dependiendo de la técnica), referencias bibliográficas recomendadas y preguntas de autoevaluación. Sin embargo, aunque compartan la misma estructura general, cada una de las técnicas conductuales posee elementos propios que extienden la estructura general.

En el caso del manual de técnicas cognitivo-conductuales de Ruiz et al. (2012) su estructura es similar a la de Labrador salvo algunos aspectos. Este manual está compuesto por ocho capítulos, a excepción del primer capítulo los otros siete están dedicados a la descripción detallada de una técnica.

En el primer capítulo hay una introducción a la terapia cognitivo-conductual, prosigue con la exposición de sus antecedentes históricos, sus bases teóricas, definiciones, conclusiones, resumen, bibliografía recomendada y referencias bibliográficas. A partir del segundo capítulo su estructura es la siguiente: introducción, fundamentos teóricos, definiciones, procedimiento, aplicaciones, estudios realizados con la técnica, direcciones futuras, conclusiones, resumen, bibliografía recomendada y referencias bibliográficas.

Respecto al manual para trastornos psicológicos de Caballo (2002) su estructura no difiere en su totalidad a los manuales anteriores salvo que cada capítulo o apartado está dedicado a un trastorno y como este es abordado desde la perspectiva cognitivo-conductual, entonces su estructura en cada caso es la siguiente: introducción, fundamentos teóricos, definiciones, hallazgos empíricos, programa de tratamiento o procedimiento por sesiones, conclusiones, referencias y lecturas a profundizar. Ha de resaltarse que en este manual la mayoría de los programas de tratamiento se conforman por un número determinado de sesiones o algunos con pasos a seguir. Además, parte importante de sus procedimientos integra el uso de clasificaciones internacionales para diagnosticar dichos trastornos.

Por último, dentro de los procedimientos en el área clínica de la psicología que se analizaron se encuentra el protocolo general de intervención en psicología clínica de Santacreu (2011), que al igual que el anterior se basa en la perspectiva cognitivo-conductual. Este a diferencia de los demás no trae múltiples procedimientos, se enfoca en un solo plan de intervención para cualquier “trastorno” o “enfermedad” psicológica.

Su estructura se divide en ocho apartados con sus respectivos subtemas: introducción, intervención desde lo cognitivo-conductual, evaluación del caso, análisis funcional para el diagnóstico, objetivos del tratamiento y procedimiento, plan de seguimiento, conclusiones y bibliografía.

Tercero. Una vez realizado el análisis de los manuales mencionados se continuó con la recopilación de la información necesaria que integraría el manual de la IICC. Los principales materiales que sirvieron como eje para construir el cuerpo del manual fueron los siguientes:

Se revisó y utilizó *Psicología Interconductual: un ejemplo de construcción científica sistemática* (Kantor, 1978) y *La evolución científica de la psicología* (Kantor, 1990) para la construcción de los antecedentes, en los que se destacan los postulados básicos del metasistema interconductual de J. R. Kantor y su revisión historia de la evolución científica de la psicología desde sus inicios con Aristóteles en la Grecia antigua hasta la creación de la psicología interconductual, respectivamente.

También se consultaron algunos textos de Emilio Ribes como *Teoría de la conducta: un análisis de campo y paramétrico* (1985), *Psicología general* (1990) y *¿qué significa ser interconductista?* (1994), para describir la taxonomía funcional de la conducta que se utilizó como base para la IICC, explicar algunos aspectos erróneos que se creen de la psicología y para exponer cuáles fueron las fallas y errores de la psicología interconductual de J. R. Kantor que llevaron a la elaboración de una nueva teoría de la conducta elaborada por Ribes, respectivamente.

Por último, se utilizaron los siguientes textos: *Brevísima historia de la Psicología: la Psicología interconductual* (Vargas, 2006a), *Tecnología*

psicológica: Intervención Interconductual (II) (Vargas, 2008a), *Psicología clínica: consideraciones generales* (2006b), *Psicología clínica: Intervención Interconductual en el Contexto Clínico (IICC)* (Vargas, 2008b), *Intervención interconductual en el contexto clínico (IICC): un caso, separación de la pareja* (Vargas, 2010), *Intervención Interconductual en el Contexto Clínico* (Vargas, 2006c), para ayudar a explicar y fundamentar la Intervención Interconductual en el Contexto Clínico (IICC). Por lo tanto se consultó de nuevo la historia de la psicología hasta el origen de la psicología interconductual de J. R. Kantor y las aportaciones de Emilio Ribes, así mismo se revisó la Intervención Interconductual (II) como tecnología derivada de los postulados de Ribes y Kantor, se examinó la historia práctica de la psicología clínica y cómo es que a partir de la II se elaboró la IICC como alternativa a las prácticas actuales y obsoletas que arrastra el área clínica de la psicología, la descripción de todo el procedimiento de la IICC, un ejemplo de caso para explicar su funcionamiento y una investigación de su efectividad en el campo.

Los textos mencionados son considerados como el cuerpo central del trabajo, pero también se tomaron en cuenta otros textos para complementar el contenido del manual.

Cuarto. Para el último paso fue necesario hacer un filtro de la información que se consultó para que su lectura fuera clara y concreta.

El punto central de hacer el manual con un lenguaje sencillo es para que poco a poco el lector se vaya acostumbrando primero al lenguaje técnico y después al lenguaje científico, debido a que el lenguaje técnico de la ciencia trata de relaciones entre propiedades observables y el lenguaje científico trata con abstracciones de dichas propiedades, no describe nada en particular sino sus relaciones (Ribes, 2010).

Entonces, la redacción se llevó a cabo tomando en cuenta que el lector no conoce de la teoría interconductual ni de la IICC, por lo tanto el manual comienza utilizando un lenguaje ordinario y conforme va avanzando el texto se van introduciendo conceptos más complejos como ya se ha mencionado, cuidando de que no hubieran ambigüedades en la redacción para evitar

confusiones y se entienda el discurso, utilizando palabras puente del lenguaje cotidiano al lenguaje técnico propio de la teoría interconductual.

El manual resultante de la realización de estos cuatro pasos se encuentra en el primer anexo de esta tesis, no obstante, a continuación, se expone la estructura general del contenido del manual de la IICC.

De manera general el manual se compone por tres apartados, el primero consta de toda la parte teórica sobre la psicología interconductual que abarca más que nada la metateoría de Kantor, la taxonomía funcional de la conducta de Ribes, historia de la psicología e historia de la psicología clínica, y la creación de tecnología a partir de la teoría.

En el segundo apartado se encuentra lo que es todo el procedimiento de la IICC, el uso de sus recursos técnicos y además de abarcar todos los aspectos que rodean la práctica clínica del psicólogo.

El último apartado abarca un ejemplo de caso donde se utilizó el procedimiento de la IICC para exponer el cómo se procede en un caso común como lo es la separación de pareja. Por supuesto, también habrá una lista de bibliografía recomendada en caso de querer profundizar más sobre el tema.

CONCLUSIONES

Recapitulando, el objetivo de esta tesis fue la elaboración del Manual de Intervención Interconductual en el Contexto Clínico que se llevó a cabo por medio de la revisión histórica de la psicología que sirvió para exponer el recorrido de esta ciencia desde las primeras concepciones del comportamiento humano en Grecia hasta las diferentes teorías de la era actual como lo es el Interconductismo. También se revisó la metateoría psicológica de Kantor, la formulación de la taxonomía de la conducta de Ribes y el desarrollo tecnológico derivado de este en especial para el área clínica.

Entonces, fue de igual modo necesario una revisión histórica de la psicología clínica para explicar las diferentes formas con las que el ser humano ha lidiado con el comportamiento anormal y como éste derivó a lo que hoy se conoce como enfermedades mentales.

Se abordó lo que fueron las instituciones clínicas para “enfermos mentales” y la creación de la psicología clínica con sus principales enfoques teóricos: conductual, psicoanalítico y cognitivo-conductual. Se revisó extensamente la alternativa tecnológica para la psicología clínica, la IICC, que incluye su procedimiento, la evidencia que prueba su efectividad, un ejemplo de caso y el análisis de otras metodologías que se han derivado de la teoría interconductual.

Una vez realizado lo anterior se desarrollaron y llevaron a cabo cuatro pasos que sirvieron para la construcción del manual. Así pues, el Manual de Intervención Interconductual en el Contexto Clínico fue elaborado con éxito.

Se espera que la incorporación de este manual sea un apoyo suficiente para los interesados en la teoría interconductual o en el área clínica de la psicología, tanto para los que deseen enseñar y/o aprender. Para las universidades resulta muy importante economizar el tiempo para el proceso de enseñanza–aprendizaje, lo que provoca que no toda la información se transmita y que no toda práctica se realice a tiempo.

Con la revisión que se hace en este manual, no se espera que los lectores la tomen como la historia completa y definitiva de la psicología, sino, como un punto de partida para el constante análisis de la teoría para mejorar la atención a la población. En los estudiantes que hacen un primer acercamiento a la teoría se espera que realicen una lectura crítica sobre los orígenes de la psicología, así como su aplicación en los diferentes contextos.

Se espera mejorar el proceso en el que los alumnos adquieren los conocimientos necesarios para desarrollarse en un contexto terapéutico de manera breve, esperando que el entrenamiento sea eficiente.

Toda carrera universitaria tiene su parte teoría y su parte práctica y para entrar en el mundo laboral y /o académico debe de haber un dominio de ambos. Una carrera en una ciencia como lo es la psicología requiere de dominio sobre el conocimiento básico y aplicado, y dado que posee alta demanda social es indispensable tener conocimientos tecnológicos de la misma. Pero en una época donde existe diversidad de psicologías realizar una carrera en ella resulta más complicado por la cantidad de información que se debe de aprender y enseñar, por lo tanto, requiere de más tiempo para que la formación sea integral.

Para educación superior se han hecho diferentes modificaciones para la currícula, de acuerdo a las necesidades sociales, una de las más apremiantes es el actualizar las referencias que se utilizan en clases, si bien es importante revisar materiales clásicos para entender el desarrollo de la teoría, pero es aún más importante el revisar el estado actual de la teoría y su aplicación, es necesario saber la efectividad y si es aún vigente, como se ha recalcado a lo largo de este escrito, es el deber de los alumnos tener una lectura crítica.

Así pues, el manual elaborado ofrece una base científica sólida del estudio del comportamiento humano individual que puede utilizarse para crear tecnología que logre utilizarse en todas las áreas en las que se involucra la psicología, y en este caso brinda un procedimiento de intervención clínica que está en sincronía con los postulados teóricos de la psicología interconductual. También ofrece evidencia de la efectividad de la intervención con un estudio realizado con alumnos y un ejemplo de un caso con el propósito de que quien

lea el manual pueda estar seguro de que lo que lee es confiable para utilizarlo. De esta manera, aquellos psicólogos interesados en el Interconductismo y en el área clínica, así sean profesores, estudiantes, investigadores o cualquier clase de profesionista, pueda transmitir, aprender y llevar a la práctica de manera expresa y a la vez integra la Intervención Interconductual en el Contexto Clínico.

Claro está que este manual aún no ha sido publicado en ninguna editorial por lo que se espera que una vez publicado cumpla con los objetivos propuestos para él y que con su utilización y puesta en práctica la IICC surjan sugerencias que ayuden a mejorar la calidad del manual. De igual modo, la IICC y la teoría interconductual no están exentas de sufrir cambios en caso de ser necesario, su práctica y la revisión constante de los postulados ayudarán a deconstruir y construir una mejor psicología.

Además, con la publicación del manual se pretende difundir más a fondo la teoría interconductual y su tecnología dado que existe un nulo o erróneo conocimiento sobre la psicología interconductual. Esto debido a que el antecedente más directo del Interconductismo es el conductismo, por lo que es lógico que con él arrastrara los prejuicios hacia esta teoría provocando desinterés y desprestigio. En consecuencia, la teoría interconductual desde su surgimiento con Kantor ha sido ignorada y a pesar de que Ribes con su taxonomía funcional de la conducta ha ganado renombre y se ha distinguido por sus investigaciones, resulta que sus escritos y los de Kantor no se han adherido del todo a los planes de estudio de psicología. Es así como muchos psicólogos aún ignoran las ventajas que ofrece el Interconductismo en comparación con el conductismo y los otros enfoques.

Quizás un cambio de paradigma en las facultades de psicología resulte difícil y tome mucho tiempo, pero no es improbable, por eso se opta por que este manual tenga una buena difusión primero entre la comunidad académica y después a nivel laboral de tal manera que se presente como una alternativa más viable de lo que se considera como psicología actualmente y después, con el tiempo, el cambio para lograr una psicología unificada.

La psicología ha tenido repercusiones negativas por el uso incorrecto de terminología en un contexto fuera de psicoterapia, se espera que el manual a través de palabras que sirvan de puente se pueda tener un mejor entendimiento y explicación sobre los avances en las aplicaciones de la psicología, se espera que con el uso correcto del lenguaje psicológico se tenga una mejora en la aceptación del procedimiento psicológico como herramienta para ayudar a cumplir con la demanda social.

Para educación superior se han hecho diferentes modificaciones para la curricula, de acuerdo a las necesidades sociales, una de las más apremiantes es el actualizar las referencias que se utilizan en clases, si bien es importante revisar materiales clásicos para entender el desarrollo de la teoría, pero es aún más importante el revisar el estado actual de la teoría y su aplicación, en necesario saber la efectividad y si es aún vigente, como se ha recalado a lo largo de este escrito, es el deber de los alumnos tener una lectura crítica.

En la revisión histórica, además, del obvio seguimiento al desarrollo de la psicología y sus contextos de aplicación, se hace una contextualización de la teoría y la tecnología que se desarrolla, lo que es sumamente necesario para poder revisar los resultados de las diferentes psicoterapias, su efectividad y aceptación entre la sociedad, se han diferenciado las terapias por aceptación social, y el tiempo en el que se comienza a percibir cambios.

Se espera que a través de la revisión y la aplicación mejore el servicio que se brinda, y con esto la percepción social sea más positiva y la psicoterapia pueda ser considerada como primera opción para mejorar el bienestar personal.

A través de esta propuesta clínica se busca tener una práctica que tenga las mismas bases para poder comprobar la confiabilidad de la terapia y a través de los resultados se puedan mejorar los recursos tecnológicos que existen, es un ciclo en donde se analiza la efectividad de las herramientas utilizadas en la terapia, su mejora, aplicación y su análisis, ciclo necesario para el desarrollo de la intervención clínica.

BIBLIOGRAFÍA

- Álvarez, M. (1996). *Manual para elaborar manuales de políticas y procedimientos*. México: Panorama Editorial.
- Álvarez, G., Molina, J., Monroy, Z. y Bernal, Y. (2013). *Historia de la Psicología: Unidades 4, 5 y 6*. México: Facultad de Psicología, Departamento de Publicaciones.
- Ardila, R. (1969). Desarrollo de la psicología latinoamericana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 1(1), 63-74.
- Arias, M. (2014). De la Psicología clínica: su historia, definición y conceptos. *Psyconex, Psicología, psicoanálisis y conexiones*, 6(9), 1-9.
- Barraca, J. (2002). Biología, Psicología, sociología. Intromisiones y respetos mutuos. *Edupsykhé*, 1(1), 139-153. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=259842>
- Barriga, F., Hernández, G., Rigo, M., Saad, E. y Delgado, G. (2006). Retos actuales en la formación y práctica profesional del psicólogo educativo. *Revista de la educación superior*, 1(137), 11-24.
- Belloch, A. (2008). Psicología y Psicología clínica: sobre árboles y ramas. *Análisis y modificación de conducta*, 34(150-151), 67-93.
- Bermejo, J. (2007). Psiquiatría y lenguaje: Filosofía e historia de la enfermedad mental. *Revista chilena de Neuro-psiquiatría*, 45(3), 193-210. Recuperado de: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v45n3/art04.pdf>
- Bernstein, A. y Nietzel, T. (1982). *Introducción a la Psicología clínica (Sexta edición)*. México: McGraw Hill.
- Caballo, E. (2002). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos (Segunda edición)*. Vol. 1: *Trastornos por ansiedad sexuales, afectivos y psicóticos*. España: Siglo XXI.

- Caballo, E. (1998). *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de los trastornos psicológicos. Vol. 2: Formulación clínica, medicina conductual y trastornos de relación*. España: Siglo XXI.
- Calviño, M. y De la Torre, C. (1986). La historia de la psicología en sus manuales de estudio, (análisis crítico de los manuales gráficos burgueses). *Revista cubana de Psicología*, 3(1), 41-49. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v3n1/04.pdf>
- Carlino, P. (2003). Leer textos científicos y académicos en la educación superior: Obstáculos y bienvenidas a una cultura nueva. *Uni-Pluri/Versidad*, 3(2), 1-9. Recuperado de: <http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/unip/article/view/12289>
- Carrobbles, A. (2012). Psicólogo Clínico y/o psicólogo general sanitario. *Psicología Conductual*, 20(2), 444-470.
- Castro, A. (2003). ¿Son eficaces las psicoterapias psicológicas? *Psicodebate Psicología, Cultura y Sociedad*, 3, 59-90. Recuperado de: <https://dspace.palermo.edu/ojs/index.php/psicodebate/article/view/503/0>
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (2003). Psicología clínica y psiquiatría. *Papeles del Psicólogo*, 24(85), 1-10.
- Duhalt, M. (1977). *Los manuales de procedimiento en las oficinas públicas*. México: UNAM.
- Durán, N., Restrepo, D., Salazar, C., Sierra, A. y Schnitter, M. (2007). Historia paralela de la Psicología clínica: un rastreo teórico-histórico. *Informes Psicológicos*, (9), 1-14.
- Echeverría, M. (2003). Reflexión Tomista. Santo Tomás de Aquino y la Psicología. *SUMMA*, 1(1), 5-6.
- Fernández, F., Arias, J., López, E. y Calderón, M. (1994). *Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos*. México: UNAM.

- García, L., Piqueras, A., Rivero, R., Ramos, V. y Oblitas, L. (2008). Panorama de la Psicología clínica y de la salud. *Revista Ces Psicología*, 1(1), 70-93.
- Giménez, M. (2002). Algunas reflexiones sobre la historia de la Psicología y la formación de psicólogos. *Anuario de Psicología*, 33(2), 213-224. Recuperado de: <https://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/viewFile/61706/88485>
- Goldenberg, H (1973). *Psicología Clínica Contemporánea*. Estados Unidos: Brooks and Cole.
- Gómez, J. (2016). Análisis Contingencial: una propuesta de intervención en un caso clínico. *CASUS*, 1(1), 34-40. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6258750>
- González, H. (2008). Un paseo por la historia de la Psicología clínica y de la salud: entrevista a Helio Carpintero. *Clínica y salud*, 19(1), 121-129.
- González, C. (2015). La Psicología clínica después de la Psicología general sanitaria en España: Una propuesta razonada. *Papeles del psicólogo*. 36(1), 9-15.
- Hall, B. y López, I. (2011). Discurso académico: manuales universitarios y prácticas pedagógicas. *Literatura y lingüística*, (23), 167-192. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/352/35219952010.pdf>
- Hothersall, D. (1997). *Historia de la psicología*. México: McGraw-Hill
- Jacó, A. (2007). La Psicología aplicada en América Latina. *Revista de historia de la Psicología*. 28(2-3), 151-157.
- Joseph, L., Gierlach, E., Housley, J. y Beutler, L. (2005). La evolución de un campo: examen del desarrollo y la aceptación de la Psicología clínica de la salud. *Papeles del psicólogo*, 26, 39-46.
- Juárez, R. (2016). Lightner Witmer y la primera clínica psicológica de niños de estados unidos. *VIII congreso internacional de investigación y práctica*

profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. Pp. 26-29.

Kantor, J. R. (1978). *Psicología Interconductual*. México: Trillas.

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

Korchin, S. (1976). *Psicología clínica moderna: principios de intervención en la clínica y comunitaria*. Estados Unidos: Basic Books.

Labrador, F. (2008). *Técnicas de modificación de conducta*. España: Pirámide.

Maier, H. (1979). *Tres teorías sobre el desarrollo infantil*. Buenos Aires, Argentina: Amorrautu.

Marx, M. y Hillix, W. (1979). *Sistemas y teorías psicológicas contemporáneos*. México: Paidós

Millan, P. (1982). La Psicología mexicana: una profesión en crisis. *Revista de educación superior*. 11 (43), 1-25.

Molina, W., Rodríguez, F. y Flores, N. (2011). *Manual de procedimientos de control interno para el fortalecimiento de las cuentas por cobrar en la empresa de factoraje, ubicadas en el Municipio de San Salvador*. El Salvador: Universidad Francisco Gavidia.

Monroy, Z. y Álvarez, L. (2013). *Historia de la Psicología: Unidades 1, 2 y 3*. México: Facultad de Psicología, Departamento de Publicaciones.

Monsalve, A. (2014). Estado del arte de la Psicología clínica. *Psyconex*, 6(9), 1-13.

Novoa, M. (2002). Algunas consideraciones sobre el dualismo en psicología. *Universitas Psychologica*. 1 (2), 71-80

Pérez, J. (2009). Consolidación y crisis de la evaluación y modificación de la conducta. *Revista lusófona de ciencias de mente e do comportamento*, 211-230. Recuperado de: <http://recil.grupolusofona.pt/handle/10437/291>

- Plazas, E. (2006). B. F. Skinner: La búsqueda de orden en la conducta voluntaria. *Universitas Psychologica*. 5 (2), 371-383.
- Reisman, J. (1991). *Historia de la psicología clínica*. Estados Unidos: Hemisphere.
- Ribes, E. y López, F. (1985). *Teoría de la conducta: un análisis de campo y paramétrico*. México: Trillas.
- Ribes, E., Díaz, E., Rodríguez, M. y Landa, P. (1986) El Análisis Contingencial: una alternativa a las aproximaciones terapéuticas del comportamiento. *Cuadernos de psicología*, 8(1), 27-52. Reimpreso en: Ribes, E. (1990) Problemas conceptuales en el análisis del comportamiento humano. México, Trillas.
- Ribes, E. (1990). *Psicología general*. México: Trillas.
- Ribes, E. (1994). ¿Qué significa ser interconductista? *Revista mexicana de análisis de la conducta*, 20(2), 227-239. Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rmac/article/view/23560>
- Ribes, E. (2009). Reflexiones sobre la aplicación del conocimiento psicológico: ¿Qué aplicar o cómo aplicar? *Revista mexicana de análisis de la conducta*, 35(1), 3-17. Recuperado de: <https://www.uv.mx/psicologia/files/2014/11/Reflexiones-sobre-la-aplicacion-del-conocimiento-psicologico.pdf>
- Ribes, E. (2010). Lenguaje ordinario y lenguaje técnico: un proyecto de currículo universitario para la psicología. *Revista mexicana de psicología*, 27(1), 55-64. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=243016325006>
- Ribes, E. (2018). *El estudio científico de la conducta individual: una introducción a la teoría de la Psicología*. México: Manual Moderno.
- Rodríguez, C. y Moro, C. (1998). *El mágico número*. España: Paidós.
- Roggau, Z. (2010). Manuales escolares: Organizadores previos y herramientas de búsqueda. Recuperado de: <http://eprints.rclis.org/14485/>

- Rojas, I. (2011). Elementos para el diseño de técnicas de investigación: una propuesta de definiciones y procedimientos en la investigación científica. *Tiempo de educar*, 12(24), 277-297. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31121089006>
- Rotter, J. (1971). *Psicología clínica*. (2da ed.). Estados Unidos: Prentice-Hall
- Ruiz, M., Díaz, M. y Villalobos, A. (2012). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. España: Desclée De Bouwer.
- Salaverry, O. (2012). La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 29(1), 143-148.
- Santacreu, J. (2011). *Protocolo general de intervención clínica en Psicología*. (Trabajo fin de máster inédito). UAM, Psicología, México. Recuperado de: https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documen-tacion/rincon/protocolo_general_intervencion_clinica.pdf
- Sahakian, W. (1970). *Historia de la psicología*. México: Trillas.
- Silva, H., Ruiz, D., Aguilar, F., Canales, C. y Guerrero, J. (2016). Enseñanza de la ciencia, la tecnología y la técnica interconductual: hacía una distinción entre prácticas psicológicas. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 19(1), 220-247. Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/54901/48767>
- Téllez, M. (2012). *Recursos de Apoyo Técnico Interconductual: Entrevista Especializada IICC* (Tesis de licenciatura publicada). Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Teniza, D. (2011). Los Manuales Administrativos de Enfermería: herramienta útil en la práctica diaria en el Instituto Nacional de Cardiología Ignacio Chávez. *Revista mexicana de enfermería cardiológica*, 19(2), 83-85. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfe/en-2011/en112g.pdf>

- Vargas, J., y Velasco, M. (2002). Psicología organizacional: consideraciones generales. En G. Mares, y Y. Guevara, *Psicología interconductual volumen II: avances en la investigación tecnológica* (págs. 1-20). México: UNAM-FESI.
- Vargas, J. (2006a). Brevísima historia de la Psicología: la Psicología interconductual. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 9(3), 43-72.
- Vargas, J. (2006b). Psicología clínica: consideraciones generales. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 9(2), 49-66.
- Vargas, J. (2006c) *Intervención Interconductual en el contexto clínico*. México, Tesis de maestría, UNAM-FESI.
- Vargas, J. (2008a). Tecnología psicológica: Intervención Interconductual (II). *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 11(1), 1-9.
- Vargas, J. (2008b). Psicología clínica: Intervención Interconductual en el Contexto Clínico (IICC). *Revista Electrónica de la Psicología Iztacala*. 11(4), 64-87.
- Vargas, J. (2010). Intervención interconductual en el contexto clínico (IICC): un caso, separación de la pareja. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 13(4), 39-55.
- Vargas, J. (2011). Estado actual de la psicología: opiniones en el 2011. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 14(4), 373-383.
- Vezzetti, H. (2007). Historias de la Psicología: problemas, funciones y objetivos. *Revista de historia de la psicología*, 28(1), 147-166.
- Villareal, M. y Avendaño, A. (2012). *Historia de la Psicología*. México: Red Tercer Milenio.
- Zabalza, M. (2013). La variable tiempo en la enseñanza universitaria. *Revista dialogo educacional*, 13(38), 21-47.

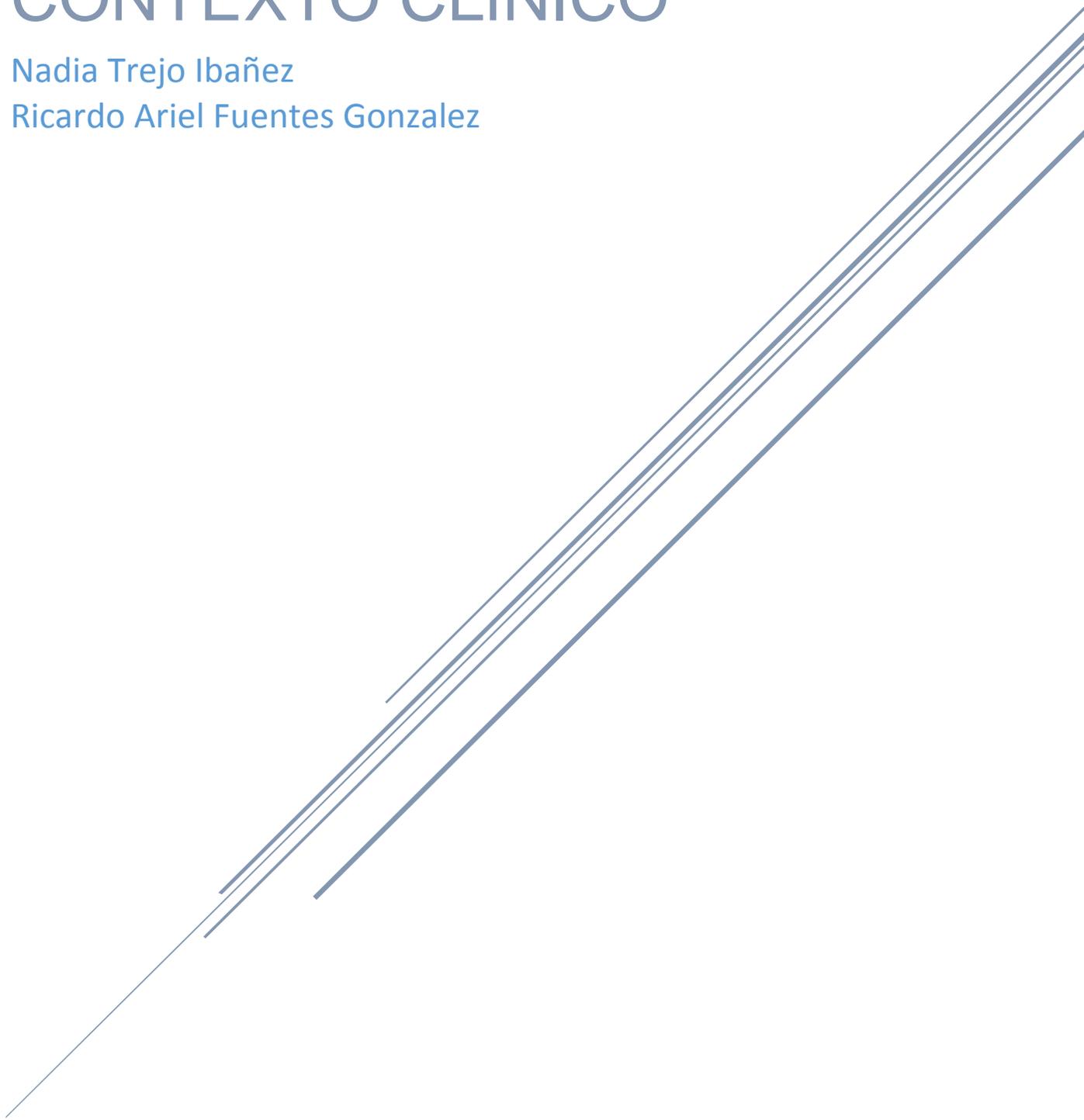
Zanatta, E. y Camarena, T. (2012). La formación profesional del psicólogo en México: trayecto de la construcción de su identidad disciplinar. *Enseñanza e investigación en psicología*, 17(1), 151-170.

ANEXO 1

MANUAL DE INTERVENCIÓN INTERCONDUCTUAL EN EL CONTEXTO CLÍNICO

Nadia Trejo Ibañez

Ricardo Ariel Fuentes Gonzalez



**Manual de Intervención Interconductual en el Contexto
Clínico**

Manual de Intervención Interconductual en el Contexto Clínico

por

Nadia Trejo Ibañez y Ricardo Ariel Fuentes Gonzalez

Primera edición

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

Prefacio

Para el estudio de cualquier campo de la ciencia la lectura de los escritos originales es, hasta cierto punto, inevitable para una mejor comprensión. En el caso de la Psicología Interconductual ayuda a conocer de manera más profunda los conceptos y postulados. Sin embargo, resulta más difícil el aprendizaje directo de la lógica de las ideas y conceptos que se pretende comunicar en estos textos. Por esta razón, este manual ofrece la facilidad para comprender de forma más eficiente la Psicología Interconductual y su procedimiento tecnológico la Intervención Interconductual en el Contexto Clínico (IICC) (Calviño y De la Torre, 1986; Hall y López, 2011; Vargas, 2008b).

El manual es un documento que incorpora lo esencial de un tema de estudio, proporciona información básica y concreta de la materia. La importancia de los manuales está en que establecen lineamientos para la correcta ejecución de un trabajo determinado (Fernández, Arias, López y Calderón, 1994), contienen información y/o instrucciones sobre historia, políticas y procedimientos que se consideran necesarios para la realización de un trabajo, toda información está ordenada y debe ser sistemática (Duhalt, 1977).

En particular los manuales de procedimientos son los que se utilizan con mayor frecuencia en el contexto hospitalario y, por lo tanto, en el área clínica. Este tipo de manuales son instrumentos que se caracterizan por describir de forma metódica etapas o pasos que deben cumplirse para ejecutar una función (Molina, et al., 2011). Además, estos manuales para el contexto clínico se componen de diversas herramientas técnicas que deben estar estrechamente relacionadas con la teoría, metodología y orientación filosófica en la que estén basándose (Rojas, 2011).

Actualmente en Psicología, específicamente en el área clínica, los manuales de procedimientos más populares son los de modificación de conducta que con mayor frecuencia se les da el nombre de “Evaluación o Tratamiento en Psicología Clínica” o “Evaluación y Tratamiento psicológico” (Santacreu, 2011).

Es de destacar que en este tipo de manuales se hace un énfasis en el tratamiento de “enfermedades psicológicas” y/o “problemas psicológicos” haciendo alusión a comportamientos que se desajustan a los de la sociedad. Clasifican los comportamientos en psicopatologías y señalan los puntos clave de su desarrollo para así hacer un ajuste en las cogniciones, llámese también creencias, actitudes, emociones, etc. (Santacreu, 2011).

El concepto de “enfermedades psicológicas o mentales”, que los manuales en Psicología clínica dan por hecho que existen y se pueden tratar, este es un concepto que no se ajusta al modelo médico ya que si se descubre la existencia de algún daño o alteración en las células o tejidos cerebrales se estaría hablando de una enfermedad neurológica y no de una enfermedad mental. En específico la psiquiatría ha justificado el llamar a los comportamientos que no son socialmente permitidos, los que son moralmente incorrectos como enfermedad mental. Tratan con medicamentos o procedimientos quirúrgicos aquello que no es y lo consideran real. La enfermedad mental es un mito, un invento (Ribes, 2018).

En consecuencia, se desarrolló este Manual de Intervención Interconductual en el Contexto Clínico con ventajas en comparación de otras intervenciones clínicas que se utilizan hoy día en lo que se refiere a lo que se considera como evento psicológico, las implicaciones para los usuarios y para la sociedad en general, el nivel al que se realiza la intervención para definir con precisión y rapidez el objetivo de consulta, su breve duración, y la evidencia de su efectividad (Vargas, 2006a). Además, ya que la IICC está basada en la taxonomía funcional de la conducta de Ribes y López (1985), esta intervención tiene un sustento científico sólido que le ayudará a seguir desarrollándose como tecnología.

Así pues, los objetivos de este manual son los siguientes. Debido a que la gestión del tiempo en las universidades se ha convertido en un problema que se ha estado resolviendo con diferentes alternativas que no funcionan, ya que se trata de cumplir con prácticas absurdas con tal de no faltar a los planes formativos, en este escrito se presenta de manera breve y concisa los conceptos y premisas básicas que ayuden a entender la IICC para que la capacitación en el área práctica sea más provechosa. De esta manera se trata de fomentar la mejora de la práctica docente;

protección del alumno ante la sobrecarga de trabajo; y la mejora de la gestión del tiempo (Zabalza, 2013).

Además, este manual contiene un lenguaje sencillo y concreto para facilitar la comprensión de premisas y conceptos fundamentales del Interconductismo y la IICC. De esta manera quien lea este manual adquirirá el lenguaje técnico y científico que se utiliza en la teoría y en la IICC, de tal forma que empiece a adquirir el discurso interconductual sin caer en ambigüedades (Ribes, 2010).

Elaborado para su uso académico y tecnológico se espera que este manual ayude a disipar prejuicios hacia la psicología y disminuya la mala praxis mejorando la experiencia de la intervención aumentando la confianza en el servicio por parte de los usuarios, vinculando las necesidades sociales ofreciendo soluciones reales y concretas a las problemáticas que se presenten a consulta psicológica (Millán, 1982) por lo que tener una buena base para iniciar el proceso clínico puede abreviar el tiempo de intervención valiéndose de la eficiencia para el bienestar del usuario (Castro, 2003). Con su uso en la enseñanza y posteriormente en la práctica puede aumentar el nivel de satisfacción de las personas que acuden a consulta psicológica.

Índice de contenido

Prefacio	4
Índice	7
Introducción	9
Capítulo 1.- Fundamentos teóricos	16
1.1. Psicología Interconductual de Kantor.....	16
1.2. Taxonomía funcional de la conducta de Ribes y López.....	20
1.3. Tecnología psicológica: Intervención Interconductual (II).....	27
1.4. Intervención Interconductual en el Contexto Clínico (IICC).....	30
Capítulo 2.- Intervención Interconductual en el Contexto Clínico	33
2.1. Intervención Interconductual.....	33
Análisis. Evaluación. Regulación. Probabilización.	
2.2. Entrevista y guía clínica general IICC.....	37
Inicio. Recepción. Introducción. Precisiones. Datos demográficos del usuario. Intervención interconductual. Final.	
2.3. Reporte por sesión IICC.....	40
Portada. Actividades del responsable de la intervención. Presentación de la información. Datos relevantes para la intervención. Actividades del usuario, persona o grupo de referencia. Resumen. Bibliografía.	
2.4. Reporte final IICC.....	42
Portada. Presentación del caso. Integración de la información. Intervención Interconductual. Análisis de datos. Resultados. Bibliografía.	
Capítulo 3.- Aplicación de la Entrevista y guía clínica general IICC	44
3.1. Inicio.....	44
Primer contacto.	
3.2. Recepción.....	44
Presentación. Habitación. Motivo general de asistencia. Expectativas del usuario, persona o grupo de referencia. Intentos anteriores de solución. Programación de sesiones.	

3.3. Introducción.....	47
Características del servicio. Participación del usuario, persona o grupo de referencia. Costo del servicio. Confidencialidad de la información. Alcances de la intervención. Instrumentos.	
3.4. Precisiones.....	50
Evaluación inicial. Definición del usuario. Definición de la conducta de interés. Expectativas del Responsable de la Intervención.	
3.5. Datos demográficos de usuario.....	52
Personales. Familiares. Generales.	
3.6. Intervención Interconductual.....	55
Análisis de la conducta. Evaluación de la conducta. Regulación de la valoración o los elementos de la conducta. Probabilización de la conducta.	
3.7. Final.....	58
Despedida por sesión. Evaluación final de la conducta de interés. Resumen. Último contacto.	
Capítulo 4.- Aspectos importantes de la práctica clínica	60
4.1. Legalidad.....	60
4.2. Herramientas de apoyo.....	61
4.3. Seguridad.....	61
4.4. Uso de técnicas específicas.....	62
4.5. Habilidades del responsable de la intervención.....	62
Referencias.....	64
Bibliografía recomendada.....	69

Introducción

Para comenzar es importante señalar que la revisión histórica de alguna ciencia o disciplina resulta necesaria para su práctica científica y tecnológica. La historia se analiza reconstruyendo los hechos a partir del presente, pero no solo es recopilar y ordenar información, las teorías y los hechos científicos son sustituidos unos tras otros, demostrando que la historia de la ciencia no es continua y está en constante transformación. Por lo tanto, se revisan problemas conceptuales y metodológicos, se establece su origen histórico y su posterior evolución, de esta manera la historia resultante forma un todo coherente en el que cada componente tiene sentido en el conjunto y así poder establecer un quehacer científico próximo (Ribes, 1990; Giménez, 2002). Así pues, el objetivo de hacer una revisión histórica de la Psicología es crear conciencia histórica para darle sentido al presente de la disciplina (Vezzetti, 2007).

Por consiguiente, la forma de comprender la evolución del conocimiento científico y tecnológico es a partir del contexto histórico en el que se desarrollaron debido a que los conceptos se han ido modificando históricamente en su significación (Monroy y Álvarez, 2013).

En el caso de la psicología el concepto de mente o cognición ha sufrido transformaciones a lo largo de la historia. Su origen es el concepto de alma que los griegos utilizaban, este se relacionaba con los cuerpos vivos, tenía la función del conocimiento y la del movimiento, era la potencialidad de un cuerpo de realizar un acto, entonces no era una entidad que habitaba en los animales. Pero con la llegada de la Iglesia se sostuvo la formulación dualista cartesiana (división mente-cuerpo e interno-externo) que alteró el significado naturalista que los griegos le daban al alma y aún se mantiene vigente (Ribes, 1990).

Fue así como la Psicología se centró en los aspectos trascendentales o espirituales que “controlaban” la naturaleza. Se trató de enfocar en las características

biológicas de los animales para entender el comportamiento sin dejar a un lado la parte metafísica y espiritual del alma (Kantor, 1978).

Para René Descartes en el siglo XVII mente y cuerpo eran sustancias distintas que influían en el ser humano, propuso el estudio del movimiento de la máquina (res extensa), movimientos automáticos e involuntarios que llamó reflejos y la mente (res cogitans) (Ribes, 1990). Por su parte Spinoza opinaba que los eventos mentales sólo determinaban sucesos mentales y los movimientos corporales determinaban desplazamientos. Sin embargo, para Spinoza mente y cuerpo estaban coordinados por Dios por lo que sólo existía una sustancia espiritual (Monroy y Álvarez, 2013).

Otros autores trataron de hacer a la Psicología una ciencia natural con ayuda de las ideas de biólogos y la doctrina evolucionista para reforzar sus propuestas, pero terminaron por volverse Psicología trascendental como le sucedió a Wundt tratando de naturalizar el alma (Kantor, 1978; 1990).

En el siglo XX la psicología comenzó de nuevo a tratar de volver a sus comienzos naturalistas que los griegos iniciaron con propuestas pre-conductistas. No obstante, a pesar de que la psicología volvió a tratar de posicionarse como una verdadera ciencia, el elemento espiritual (la mente) nunca desapareció y actualmente sigue siendo una característica dominante en la tradición psicológica (Kantor, 1990). Dentro de sus personalidades más destacadas está Iván Pavlov y Edward Thorndike, sus investigaciones estuvieron enfocadas en los reflejos condicionales y en el aprendizaje instrumental respectivamente (Monroy y Álvarez, 2013).

Con John B. Watson aparece formalmente el conductismo. Su meta fue la predicción y control de la conducta y con más fuerza que nunca, el conductismo rechazó la idea de que exista la mente y realza la idea de la Psicología como una ciencia, la ciencia de la conducta; principios que plasma en el manifiesto conductista, posteriormente B. F. Skinner propone el condicionamiento operante en el cual explica que la conducta se caracteriza por estar mediada por una serie de contingencias que están en el medio ambiente, a este enfoque lo llamó Análisis Experimental de la Conducta y destacó el efecto de las consecuencias de la conducta. Estas pueden aumentar o disminuir la probabilidad de ocurrencia o frecuencia de una conducta a través de dos tipos de reforzadores, los positivos y los negativos. A esto se le conoció

como principio del reforzamiento. Los reforzadores se dividían en: primarios como la comida o el agua, y los reforzadores secundarios que eran aprendidos como el dinero, atención o elogios. Entre otros conceptos que aportó Skinner se encuentran el castigo y extinción para disminuir conductas no deseadas (Monroy y Álvarez, 2013).

Sin embargo, pese a todo a los logros alcanzados por Skinner, Watson y Pavlov, el conductismo está aún dominado por la doctrina mente-cuerpo. Por más que hayan querido rechazar la idea mente, los conductistas siguieron teniendo la idea tradicional del cuerpo. Consideraron al organismo como un cuerpo sin mente, dándole relevancia a supuestas propiedades, como las necesidades orgánicas, los instintos, la genética, etc. (Kantor, 1990). Además, con el tiempo se fueron vislumbrando limitaciones en el conductismo, el comportamiento humano resultó más complejo debido al lenguaje (Vargas, 2006a).

Entonces fue necesario que el conductismo evolucionara y fue Jacob Robert Kantor (1888 – 1984) quien elaboró una metateoría alternativa al conductismo para el estudio de los fenómenos psicológicos llamada Psicología Interconductual, que se definía como el estudio de las interacciones individuales de los organismos con los objetos, eventos y otros organismos del ambiente (Barraca, 2002; Vargas, 2006a). Fue en su libro Principios de Psicología (1924 – 1926) donde explica desde un punto de vista naturalista los eventos psicológicos, diferenciando sus componentes sociales y biológicos. Afirmaba que la Psicología sufría de problemas conceptuales y que aún utilizaba términos espiritualistas. En 1959 publica su libro Psicología Interconductual, en el cual ofrece un metasistema de la interconducta (Vargas, 2006a).

A lo largo del desarrollo de la metateoría interconductual de Kantor, diversos autores comenzaron a contribuir a su desarrollo. Entre ellos, uno de los más importantes y recientes es el español Emilio Ribes Iñesta (1944 – presente), que elaboró en la década de 1980 una taxonomía funcional de la conducta como campo de interacción apoyándose de la teoría de campo de Kantor (Vargas, 2006a).

Según tesis epistemológicas, metodológicas y lógicas, esenciales para la taxonomía interconductual, la Psicología tiene como objeto de estudio la conducta (como interacción) de los organismos en lo individual y como objetivo identificar las

condiciones históricas, situacionales y paramétricas de los factores que están presentes en la conducta (interacción) (Vargas, 2006a).

Las tesis epistemológicas también definen que lo psicológico es irreducible a lo biológico y a lo social, ambas son necesarias, pero ninguna puede explicarlo por sí sola; el estudio de la interacción de los organismos en lo individual haciendo inútil el estudio de lo interno y externo; en forma de lenguaje como función sustitutiva es exclusivo del ser humano, aunque va más allá de este tipo de funciones haciendo más compleja la conducta humana. Entre las tesis metodológicas más importantes mencionan que en evento psicológico al ser alterado algún elemento de las interacciones, estas cambian los demás elementos; al tratarse de un proceso puede analizarse cualitativa y cuantitativamente (Vargas, 2006a).

Como toda ciencia, la Psicología ha tratado de ofrecer un uso práctico de sus postulados, ayudándose de la tecnología para mantener una relación estrecha entre los aspectos básicos y aplicados de la ciencia (Vargas, 2008b). Esto le ha permitido a la Psicología interconductual desarrollarse en distintos campos especializados destacando entre los demás el área clínica de la Psicología para la cual se ha elaborado la Intervención Interconductual en el Contexto Clínico (IICC) (Kantor, 1990).

Así pues, para entender de donde surgió de la IICC, que es la razón de este manual, hace falta recapitular un poco de la historia de la Psicología clínica.

La Psicología clínica como campo tecnológico no tiene un inicio establecido, aunque diversos autores coinciden con los aportes que forjaron y transformaron este campo, como la reflexión sobre el ser humano desde la Grecia Antigua (Jacó, 2007), como posteriormente Spinoza y Descartes, hasta llegar con las reflexiones de Kant o Leibniz (Arias, 2014). Otros antecedentes provienen del mismo desarrollo de la Psicología, como la frenología y el posterior interés por las diferencias personales, con esto surgieron posteriormente herramientas para medir estas diferencias, llamadas pruebas mentales de Galton y Cattell (Bernstein y Netzel, 1982; González, 2015).

Dentro del desarrollo de la Psicología clínica la conducta considerada extraña o anormal es algo a lo que siempre se ha enfrentado. En Grecia se atribuyó a la intervención de algún Dios, podría ser Apolo, Afrodita y Eros, Dionisio, tal vez incluso una Musa dependiendo de la clase de locura; Hipócrates reconoció que la conducta se

debía a procesos naturales y no eran sagradas o malditas (Belloch, 2008; Bernstein y Netzel, 1982).

En particular, dentro de la gran era histórica en la que dominó la religión cristiana, el lapso conocido como la edad media europea (siglos IV a XV) fue la etapa en la esta religión trató de encargarse de los desamparados entre los que estaban los “endemoniados” y sin temor a cometer un error se puede suponer que estos “poseídos por fuerzas demoniacas” incluían a personas con comportamientos diferentes a los establecidos, a los que tenían deformidades, enfermedades, personas con otros orígenes étnicos, creencias religiosas, preferencias personales y diferencias políticas. La forma de “curarlos” de “acercarlos a la salvación” era a través de exorcismos, torturas sin descanso o la muerte por medio de hogueras o empalamientos, etc. (Vargas, 2006b).

A mediados del siglo XVI comenzaron a cuestionar los comandos de la iglesia desarrollando nuevamente el empirismo visto por primera vez en escritos de Aristóteles. Posteriormente Descartes, Bacon y Rousseau estudiaron sistemáticamente la naturaleza y la conducta del humano (Arias, 2014; Reisman, 1991). Recargaron un gran peso en la medicina para curar los desórdenes orgánicos, pero siguieron dándole una explicación espiritista a la enfermedad del cuerpo, síntomas como espasmos o movimientos involuntarios como resultado de un espíritu colado en el cuerpo (Hothersall, 1997).

Pero con el creciente desarrollo de la medicina se comenzó a atribuir a los comportamientos anormales condiciones biológicas como la enfermedad, malformaciones o a factores genéticos, por lo tanto los métodos comenzaron a modificarse, las famosas sangrías se dejaron a un lado y métodos como la lobotomía, inducción de coma, las terapias electroconvulsivas y fármacos psicoactivos se convirtieron en las soluciones predilectas para lo que se comenzó a llamar a inicios del siglo XIX “enfermedad mental” (Vargas, 2006b).

Gran parte de los métodos y tratamientos elaborados para los internos de instituciones mentales fueron por parte de la psiquiatría, sin embargo, a finales del siglo XIX y todo el siglo XX comenzaron a surgir en la forma de teorías psicológicas distintos tipos de intervención para el comportamiento anormal o como se seguía llamando, “enfermedad mental”. Fue entonces que la psicología comenzó a tener un enfoque clínico que en apariencia demostraba que había surgido de los adelantos

científicos, tecnológicos y culturales, pero no estaba apartada del todo de influencias místicas, posesiones o locura, por lo que conservó la lógica implícita en ellos y sus desventajas (Vargas, 2006b).

Lightner Witmer se considera el primer psicólogo clínico, en su clínica posteriormente realizaron cursos sobre Psicología infantil enfocados en enseñar a aplicar pruebas diagnósticas, dando apertura a la escuela-internado vinculada a las clínicas de retrasados mentales (Bernstein y Nietzel, 1982; González, 2008; Juárez, 2016).

En Estados Unidos se comenzó a popularizar el uso de las escalas para diagnosticar la inteligencia de los “débiles mentales” con las revisiones y adaptaciones de Goddard y Terman, también se comenzaron a utilizar en prisiones levantando un interés por la investigación en adultos. De 1910-1970 la Psicología se encargó de crear e investigar la validez de diferentes pruebas que comenzaron a analizar la personalidad a través de cuestionarios (Bernstein y Nietzel, 1982; Durán, Restrepo, Salazar, Sierra y Schnitter, 2007; Joseph, Gierlach, Housley y Beutler, 2005).

Durante la primera guerra mundial la necesidad de los psicólogos clínicos se vio reflejada en la carencia de pruebas para adultos que midieran la relación entre la inteligencia y la estabilidad emocional, creando las pruebas “Army Alpha” y “Army beta”, “Hoja de datos personales” de Yerkes. Para 1940 ya había más de 500 pruebas, y con ellas un negocio emergió para vender y preparar a las personas para aplicar estas, vendiendo con ellas la licencia de poder ser psicólogo (Bernstein y Nietzel, 1982).

Al concluir la segunda guerra mundial los psicólogos tuvieron que ejecutar más tareas como aplicación de pruebas, seguimiento de terapia en soldados, rehabilitación a los veteranos de guerra, etc. Esto abrió la posibilidad de realizar un posgrado en Psicología clínica, modificando la formación y desarrollo de la Psicología clínica, brindando respeto a la profesión (Bernstein y Nietzel, 1982).

De las terapias o intervenciones clínicas más conocidas que se han enseñado para la formación de psicólogos clínicos fueron fundamentadas en tres teorías: la psicoanalítica, conductual y cognoscitiva. Todas con diferencias y a la vez con muchas similitudes ya que en sus teorías y metodologías han arrastrado las mismas ideas que desde el periodo de la edad media europea se tienen sobre el ser humano y sus

interacciones. Las ideas que más destacan son: la concepción dualista mente-cuerpo, la creencia en la existencia de las “enfermedades mentales”, los errores conceptuales y prácticos que derivaron de ello como el hecho de tratar de curar con fármacos u otros métodos a las personas que no se ajustan a las normas sociales, etc.

En consecuencia, ante la inconsistencia del psicoanálisis, las limitaciones de la intervención conductual, la inconsistencia, limitación de la terapia cognitiva y la revisión histórica de la Psicología y la Psicología clínica Vargas (2008b) desarrolló la IICC, derivada de la Intervención Interconductual (II), que aparece como una alternativa tecnológica de los modelos antes señalados, realizando su intervención a través del análisis, evaluación, regulación y probabilización de la conducta. La IICC está constituida por la II y los Procedimientos de Apoyo Técnico (Entrevista y guía clínica general IICC, Reportes por sesión IICC y Reporte final IICC) (Vargas, 2006b; 2008b).

Dicho lo anterior, se espera que el lector entienda que este manual es resultado del desarrollo tecnológico del área clínica de la psicología, por lo tanto, no está exento de modificaciones futuras, así como de la teoría interconductual y la IICC.

Así pues, en el primer capítulo se expone lo que es la teoría interconductual de Kantor y Ribes, el surgimiento de tecnología a partir de ello como lo fue la II y su derivación la IICC. En el segundo capítulo se detallan las partes que componen todo el procedimiento de la IICC, En el tercer capítulo, y uno de los más importantes, se encuentra la forma de proceder que el psicólogo debe hacer a la hora de aplicar esta intervención. En el cuarto capítulo se encuentran los dos distintos tipos de registros para la IICC. En el quinto y último capítulo se especifican algunos detalles importantes sobre la práctica clínica. Además, al final de cada capítulo se encuentran una serie de preguntas o actividades para que el lector repase la información recién leída.

Fundamentos teóricos

1.1. PSICOLOGÍA INTERCONDUCTUAL DE KANTOR

El sistema teórico interconductual se desarrolló a partir de varios sistemas teóricos ya existentes. El antecedente más inmediato del Interconductismo es el movimiento conductista y su más famoso autor John B. Watson, que fueron influidos por la teoría de la evolución y el funcionalismo. Pero, sobre todo, fue J. R. Kantor quien desarrolló la metateoría interconductual (Ribes, 1994).

Es importante mencionar que dado el contexto histórico en el que se desarrolló la psicología interconductual, Kantor arrastra las limitaciones y carencias del conductismo y ha afectado en su incorporación actual (Ribes, 1994).

Jacob Robert Kantor nació el 8 de Agosto de 1888 en el estado de Pennsylvania, Estados Unidos, y murió el 2 de Febrero de 1984 en la ciudad de Chicago, Illinois. Inició sus estudios universitarios en la ciudad de Chicago en el año de 1913, eligiendo la carrera de filosofía y concluyendo con un doctorado en 1917. Dentro de sus primeras actividades profesionales está la de instructor en filosofía y psicología en la universidad de Minnesota entre 1915 y 1917, después como instructor en psicología en la universidad de Chicago entre 1917 y 1920, y finalmente como profesor en la universidad de Indiana en el año de 1923 (Vargas, 2006a).

En cuanto a la formulación de su metateoría interconductual, se puede identificar su origen y desarrollo a través de sus tres escritos: *Principios de psicología* de 1924-1926, *Psicología interconductual* de 1959 y *La evolución científica de la psicología* de 1963-1969 (Vargas, 2006a).

En su primera obra, *Principios de psicología*, da una explicación del comportamiento específicamente psicológico, diferenciándolo de sus componentes biológicos y sociales. Añade que los eventos psicológicos pueden ser analizados con el método experimental y que el problema de la psicología es que sigue arrastrando conceptos erróneos cargados de espiritualidad. Importante mencionar que esta primera obra fue opacada por muchos conductistas debido a que los trabajos de Skinner fueron más llamativos en ese entonces (Vargas, 2006a).

Su segunda obra, *Psicología interconductual*, continuación de la primera, establece el metasisistema interconductual en el que se opone a la filosofía y lógica trascendental de la psicología, apegándose al sistema científico. En este escrito define a la psicología como el estudio de la interacción de organismos, eventos y otros organismos, así como sus cualidades y relaciones específicas, también generó teoremas y constructos para su teoría y ley psicológicas, estableció sistemas y subsistemas psicológicos, y finalizó por describir cómo la psicología se inserta dentro de las ciencias (Vargas, 2006a).

En 1963 publicó el primer volumen de *La evolución científica de la psicología* y el segundo en 1969. En este texto detalló el desarrollo científico de la psicología, analizó las relaciones entre la psicología y otras ciencias, enfatizó los errores conceptuales que terminaron por transformar el alma en lo que hoy se conoce como mente y como esta “habita” en el cuerpo de forma inmaterial (Vargas, 2006a).

Específicamente en su libro *Psicología Interconductual* Kantor (1978) establece que todo sistema científico debe basarse en una serie de suposiciones básicas previamente establecidas de acuerdo con lo que se está estudiando, para este propósito, Kantor planteó una serie de protoproposiciones en las cuales se basa el metasisistema interconductual. Dentro de éstas se encuentran protopostulados de los cuales los más relevantes son los siguientes:

1. “La ciencia es la empresa del intercomportamiento con las cosas y eventos específicos que nos conduce a una orientación precisa y definida con respecto a esas cosas y eventos” (p. 77).

2. “La orientación científica se interesa por: a) la existencia e identidad con las cosas y eventos o sus componentes, y b) la relación entre los componentes de cosas y eventos o entre las propias cosas y eventos” (p. 77).
3. “Ninguna ciencia se interesa por hechos o procesos que trascienden los límites de la empresa científica. Ningún problema científico se interesa por una “realidad” más allá de los eventos, ni por su investigación” (p. 77).
4. “La construcción científica –formulaciones de: a) hipótesis, y b) teorías y leyes- debe derivarse del intercomportamiento con los eventos, y no ser impuesta sobre los eventos o empresa científica de fuentes culturales no científicas” (p. 78).
5. “Las empresas científicas son evolutivas; se desarrollan como instituciones complejas en situaciones culturales. Los dominios científicos son corregibles y acumulativos; están completamente libres de todos los absolutos, últimos o universales” (p.78).
6. “Las empresas científicas pueden ser, y en ocasiones son, autónomas y fundamentales dentro del complejo cultural. Solo las empresas específicas pueden cooperar e influirse mutuamente con respecto a los procedimientos investigativos e interpretativos básicos” (p.78).

Una vez expuestas estas protoproposiciones, se pueden entender mejor las metaproposiciones que Kantor (1978) estableció para su metasistema psicológico interconductual.

Entre ellas, la metaproposición más importante indica que lo que debe hacer la psicología es rechazar todas las filosofías trascendentales que presuponen la existencia de una realidad espíritu-mente. Como se puede ver en las protoproposiciones antes citadas, cada ciencia, como la psicología, aísla una variedad de eventos específicos de la naturaleza con los que tiene contacto para convertirlos en su objeto de estudio, por lo tanto, los métodos y la información recabada de la psicología son homogéneos con los de otras ciencias. Por ejemplo, las técnicas de observación de la psicología son similares, pero a la vez diferentes de las de otras ciencias (Kantor, 1978).

No obstante, Kantor insistió en que la psicología no debe y no necesita adoptar analogías de otras ciencias para organizar sus datos y leyes, tal como el estructuralismo de Wundt basado en la química o el funcionalismo basado en la biología. A pesar de que todas las ciencias surgen de la misma diversidad de eventos y objetos que las lleva a

una interrelación, cada una es relativamente independiente de las otras. Ninguna ciencia es más básica, superior o inferior que otra, por ejemplo, la psicología puede apoyarse de los datos de la biología o de la física, pero no requiere reducir sus datos a los de estas ciencias (Kantor, 1978).

Teniendo ya establecido su metasistema, Kantor plantea ocho postulados principales de la psicología interconductual respecto a los eventos psicológicos:

Primer postulado. Los eventos específicos que estudia la psicología consisten en las interacciones de los organismos con los objetos, eventos u otros organismos. En ningún momento los objetos o sus propiedades son creaciones psíquicas, proyecciones de los organismos o alguna clase de fuerzas ocultas.

Segundo postulado. Los eventos psicológicos están estrechamente relacionados con los eventos sociales, biológicos, físicos y químicos dado que ambos entran dentro de acontecimientos naturales integrados, por tanto, no puede evitarse el traslape de datos, aunque siempre se deben de respetar los límites de cada una para no caer en reduccionismos.

Tercer postulado. Toda interconducta psicológica tiene raíces bioecológicas, es decir, que los eventos psicológicos son ajustes que realiza el organismo a los objetos de su ambiente.

Cuarto postulado. En los eventos psicológicos el organismo participa de manera total y no de forma parcial, la psicología interconductual no otorga más importancia a otros órganos como el cerebro.

Quinto postulado. Los eventos psicológicos son ontogénicos, es decir, estos eventos se originan a partir de la vida de cada individuo. La manera en que los individuos interactúan con los objetos, eventos u otros organismos en situaciones específicas depende del modo en que previamente lo ha hecho en condiciones únicas.

Sexto postulado. Como continuación del postulado anterior, aquí se indica que las interacciones varían enormemente de acuerdo con sus culturas, a pesar de que todos los individuos humanos normales son biológicamente iguales.

Séptimo postulado. Todas las construcciones científicas que se hagan deben hacerse con base en los contactos de los investigadores científicos con los eventos originales que llamaron su atención. El científico crea abstracciones y descripciones referentes a eventos, pero no debe suponerse que los eventos en sí mismos son constructos.

Octavo postulado. Los eventos psicológicos deben describirse sin introducir factores externos o internos. Los principios externos que tomaron la forma de pulsiones, motivos, valencias, procesos inhibitorios, etc., son un ejemplo de la magia precientífica.

Después de que Kantor fuera publicando sus escritos, a partir de 1937 otros psicólogos contribuyeron al desarrollo de la teoría interconductual, aunque sus artículos fueron escasos. Por ejemplo, Sidney Bijou y William Schoenfeld, colaboradores de Kantor en Indiana, resaltaron al examinar las proposiciones conductuales al probarlas empírica y conceptualmente. Bijou introdujo el concepto de factor disposicional de Kantor en el análisis de la conducta y Schoenfeld cuestionó en sus investigaciones al condicionamiento operante además de que reconoció la importancia del factor social en la conducta del ser humano (Vargas, 2006a).

1.2. TAXONOMÍA FUNCIONAL DE LA CONDUCTA DE RIBES Y LÓPEZ

En años recientes el psicólogo Emilio Ribes Iñesta destacó por sus contribuciones a la psicología interconductual. Nació el 24 de Junio de 1944 en España, obtuvo la licenciatura en psicología en 1966 en la Universidad Nacional Autónoma de México con una tesis en la que integró la teoría psicoanalítica del yo, la teoría del aprendizaje y la teoría psicofisiológica con base en la actividad del sistema nervioso. En 1968 obtuvo el grado de maestro en psicología experimental en la Universidad de Toronto con una tesis sobre la evaluación del valor reforzante de estímulos complejos y estímulos familiares. En 1995 obtuvo el grado de doctor en filosofía de nuevo en la Universidad Nacional autónoma de México con la tesis sobre el condicionamiento operante y su relación con la lógica cartesiana (Vargas, 2006a).

A lo largo de su vida académica Emilio Ribes paso por transiciones teóricas que lo llevaron desde el psicoanálisis hasta el interconductismo como se puede ver en sus

tesis de licenciatura, maestría y doctorado, además de que el contacto con distintas personalidades de la psicología como Bijou, Keller, Bandura e incluso el propio Kantor en 1974, lo llevaron a adoptar el punto de vista interconductual (Vargas, 2006a).

Incluso antes de conocer a Kantor, en su libro *Técnicas de modificación de conducta* de 1972 ya comenzaba a cuestionar al conductismo de Skinner. Pero fue en su libro *Teoría de la conducta: un análisis de campo y paramétrico* de 1985 donde se puede ver concretadas sus reflexiones sobre el Interconductismo al elaborar una taxonomía funcional de la conducta (Vargas, 2006a).

Pero aun cuando Ribes se apoyó en la teoría de campo y las categorías funcionales de Kantor, sus planteamientos fueron bastante diferentes, esto debido a que la teoría kantoriana no es en sí misma una teoría psicológica. Es una teoría acerca de cómo construir un sistema teórico a través de la delimitación de las características que deben tener los conceptos que se refieren a eventos concretos junto con sus propiedades, es decir, es un sistema para ubicar, observar, describir y explicar los eventos psicológicos como un sistema de relaciones. Incluso sirve para la interpretación funcional de términos del lenguaje ordinario que han sido utilizados para describir los eventos psicológicos con el motivo de evitar confusiones conceptuales como la psicología ha venido arrastrando (Ribes, 1994).

Por lo tanto, la teoría de campo interconductual que Kantor formuló no puede usarse para estudiar e interpretar los eventos psicológicos directamente, sino para la construcción única y adecuada de conceptos y métodos que analicen los eventos psicológicos para posteriormente explicarlos (Ribes, 1994).

Entonces lo que elaboró Ribes fue una taxonomía de la organización de la conducta, esto quiere decir, un sistema que delimita y clasifica las interacciones conductuales en sus distintos niveles funcionales. De este modo propone que la psicología tenga como objeto de estudio la conducta individual de los organismos y como objetivo identificar las condiciones históricas, situacionales y paramétricas de los factores que participan en la interacción (Ribes y López, 1985; Vargas, 2006a).

Y como toda teoría, la taxonomía formulada de Ribes (1985) es un sistema abierto, que autocorriga los datos que organiza, provisional en la medida en que sea superado por mejores formulaciones (Ribes, 1994).

Antes de exponer la taxonomía funcional de la conducta hace falta describir sus tesis fundamentales. En primer lugar, se encuentran las tesis epistemológicas las cuales son:

- Lo psicológico posee un nivel particular en su conocimiento científico, por lo tanto, no puede ser reductible a lo biológico ni a lo social.
- Como parte de los eventos psicológicos se encuentran elementos estudiados por otras disciplinas como las características biológicas de los organismos y/o las fisicoquímicas de los objetos del ambiente, sin embargo, los eventos psicológicos son más complejos como para ser descritos por las ciencias biológicas y fisicoquímicas.
- El desarrollo psicológico de un organismo es producto de una interrelación entre la historia evolutiva de una especie y las características del medio ambiente, en otras palabras, la conducta de un organismo se construye históricamente a partir de la estructura biológica (filogenia) y su interacción con el ambiente (ontogenia).
- Debido a que el objeto de estudio de la psicología es la interacción de un organismo total con su medio ambiente físico, biológico y/o social, el estudio de lo interno-externo se vuelve irrelevante.
- La tarea del psicólogo es reconocer las formas genéricas de interacción entre los organismos y el ambiente, después determinar cómo estos organismos adquieren diferentes maneras de contacto con su medio y como este se ve limitado o capacitado según la especie a la que pertenece, por último, estudiar los eventos anteriores.
- Debido a la característica social del medio ambiente humano y su desprendimiento a los objetos debido al lenguaje, hace que la conducta humana sea distinta a la de los animales.
- A pesar de que cierta clase de especies animales mantienen cierta clase de “comunicación animal”, el ser humano es el único que ha sido capaz de crear sistemas convencionales lo bastante variados que permiten referir o ser referido en situaciones no presentes, situaciones que ya ocurrieron o no han ocurrido.
- Por lo tanto, las funciones psicológicas que son resultado del lenguaje son exclusivamente humanas, y son las formas de contacto organismo-ambiente más complejas de la organización de la conducta.

- Estas funciones incluyen a las formas de contacto menos complejas, no como una suma de elementos, sino como una integración en un todo unitario.

En segundo lugar, se encuentran las tesis metodológicas las cuales son:

- Se propone estudiar los eventos psicológicos como eventos molares continuos en tiempo y espacio, superando así la tradición psicológica que aislaba los componentes moleculares sin considerar las interrelaciones con otros elementos.
- Todo fenómeno puede estudiarse molecularmente en sus elementos mínimos pero su observación y manipulación debe llevarse a cabo sin olvidar que existen como parte de eventos molares.
- El análisis de campo propuesto considera los eventos como un todo integrado donde cada elemento influye y es influido por los demás elementos, de esta manera el concepto de “causalidad” queda obsoleto.
- Existe una imposibilidad práctica de evaluar simultáneamente todo el complejo sistema de factores que forman los campos psicológicos, pero esto no significa que el evento estudiado se reduzca a los elementos definidos y/o manipulados directamente.
- En la investigación experimental los segmentos seleccionados para estudiarse no son necesariamente interacciones representan la realidad general. Ningún aspecto de la conducta es más fundamental.
- Dado que la conducta se da gradualmente en los contactos específicos y sucesivos del organismo con su ambiente, el análisis de los eventos requiere del seguimiento continuo de las transiciones de una función. No se evalúan estados terminales.

Por último, se encuentran las tesis lógicas que indican:

- La validez de la taxonomía propuesta está garantizada por la gran cantidad de eventos psicológicos que permite integrar lógicamente, dado la ausencia de vacíos y sobreposiciones.

Una vez explicado las tesis epistemológicas, metodológicas y lógicas se expondrán los elementos que integran la taxonomía funcional de la conducta de Ribes (1985).

En primer lugar, se encuentra el **campo interconductual** que es una representación conceptual de un segmento de interacción del organismo individual con su medio ambiente. Este campo de interacción está compuesto funcionalmente por: la función estímulo-respuesta, los factores disposicionales y el medio de contacto.

I. La **función estímulo-respuesta** es los segmentos de respuesta y de estímulo que entran en contacto recíproco, que define formas cualitativas de interacción. Esta función se subdivide en siete elementos:

- **Límite de campo:** delimita los eventos y objetos funcionales con respecto al organismo individual. Esta funcionalidad de los eventos y objetos corresponde tanto a si están presentes o no en el momento del análisis. No todos los objetos presentes son funcionales en un momento de una interacción particular o algunos pueden no estar presentes fisicoquímicamente, pero forman parte del campo de interacción.
- **Objetos y eventos de estímulo:** son los cuerpos y acontecimientos fisicoquímicos con lo que los organismos tienen contacto directo o indirecto.
- **Estímulos:** son las dimensiones energéticas de objetos y eventos.
- **Función de estímulo y respuesta:** son los estímulos y respuestas, de objetos de estímulo y de un organismo particular, que hacen contacto funcional en un sistema determinado de relaciones, por lo tanto, es un todo inseparable.
- **Organismo:** es la unidad biológica.
- **Respuestas:** son los sistemas reactivos que interdependen de las características fisicoquímicas y ecológicas del ambiente, así como de aspectos normativos que son determinados por una convención.

II. Los **factores disposicionales** son eventos pasados y presentes los cuales tienen como función particular afectar cuantitativamente las características de una interacción, no participan directamente, pero la probabilizan ya que fungen como elementos que facilitan o interfieren con una forma particular de interacción. Los factores disposicionales incluyen:

- **Factores situacionales:** son todos aquellos elementos que no entran directamente en la interacción organismo-objeto de estímulo delimitante de la función estímulo-respuesta particular.
- **Historia interconductual:** son todos los segmentos previos de interacción de un organismo. Incluye tanto la evolución del estímulo como la biografía reactiva.

III. El medio de contacto se refiere a las condiciones necesarias que posibilitan una interacción. Estas condiciones pueden ser fisicoquímicas, ecológicas y normativas.

Cabe agregar que la función estímulo-respuesta posee elementos morfológicos que se pueden clasificar en tres propiedades distintivas: propiedades fisicoquímicas, propiedades organísmicas y propiedades convencionales (Ribes y López, 1985).

Las **propiedades fisicoquímicas** son las dimensiones energéticas que hacen contacto directo o a distancia con los diversos sistemas sensoriales de respuestas del organismo. Las **propiedades organísmicas** se entienden que son las dimensiones de estímulo que son producto por un organismo que afectan como conducta a otro organismo. La **propiedad convencional** de un evento de estímulo o de respuesta está asignada por la convención o acuerdo de grupo social que es específica de las circunstancias sociales en que tiene lugar (Ribes y López, 1985).

Hay que resaltar que todo objeto de estímulo y/o todo estímulo necesariamente poseen una dimensión fisicoquímica de ocurrencia, pero puede no definir su funcionalidad. Como se puede ver en los objetos y eventos de estímulo, al igual que las respuestas, con propiedades convencionales contienen a su vez propiedades fisicoquímicas siempre y propiedades organísmicas en ocasiones (Ribes y López, 1985).

De este modo un objeto de estímulo puede afectar funcionalmente con base en las tres propiedades de manera simultánea o sucesivamente a un individuo particular. Aunque cada propiedad morfológica afecta funcionalmente en distinta manera a un organismo. Los eventos fisicoquímicos con base en sus propiedades energéticas y dependiendo de sus características particulares afectan con mayor o menor duración. Los eventos organísmicos dependen de la historia interconductual de cada organismo,

por lo que son evanescentes con el tiempo y su funcionalidad se limita a los momentos en que interviene. No obstante, los eventos convencionales no mantienen ninguna relación de correspondencia con la biología del organismo ni con las propiedades fisicoquímicas de los objetos de estímulo. Por lo tanto, las propiedades de los eventos convencionales no son necesariamente evanescentes y pueden tener efectos permanentes y a distancia en tiempo y espacio gracias al lenguaje (Ribes y López, 1985).

Esta posibilidad funcional que tienen los organismos de responder de forma independiente de las propiedades fisicoquímicas de los eventos y del espacio-tiempo se denomina **desligamiento funcional**. Esto depende de cuatro factores: la diferenciación sensorial, la diferenciación motriz, la vida en grupo intraespecífico y la existencia de un ambiente normativo estructurado con base en convenciones que trascienden la naturaleza (Ribes y López, 1985).

La **diferenciación sensorial** permite formas coordinadas y diversas de reactividad a los eventos en el ambiente. La **diferenciación motriz** que incluye la motricidad fina y la capacidad de manipular objetos permite alterar directamente las relaciones entre los eventos del ambiente y el organismo. La **convivencia en grupo** con miembros de la misma especie permite desarrollar y potenciar a los eventos con morfologías organísmicas. Por último, **el ambiente normativo** que es posible debido al lenguaje permite que en la sociedad humana los individuos puedan responder con morfologías y ante morfologías que no poseen características fisicoquímicas. El ser humano ha creado contingencias que modifica las propiedades de los objetos, así es como a través de la historia se puede observar la liberación del humano respecto de la naturaleza (Ribes y López, 1985).

Para finalizar este apartado se mencionarán las cinco formas de desligamiento funcional que permiten describir cinco formas cualitativas de organización funcional de la conducta que forman un sistema de contingencias organizado y estructurado en niveles funcionales inclusivos y progresivos de mediación (Ribes y López, 1985). Estos son los siguientes:

Mediación contextual. Es la primera forma de función estímulo-respuesta donde la respuesta del organismo depende de la contingencia entre estímulos. Esta

mediación representa el establecimiento de nuevas propiedades funcionales de un estímulo respecto a la reactividad biológica.

Mediación suplementaria. En esta mediación implica la participación de la respuesta del organismo en la conformación de la contingencia. Al menos la presentación de uno de los eventos de estímulo depende de la ocurrencia de una respuesta del organismo a la que es condicional.

Mediación selectora. En esta mediación un segmento media una contingencia suplementaria. La respuesta del organismo es condición necesaria para presentar otra respuesta de la cual depende la presentación del estímulo.

Mediación sustitutiva. Aquí la contingencia entre un individuo y los eventos del ambiente es mediada por la conducta de otro individuo.

Mediación sustitutiva no referencial. Esta última función constituye una relación entre eventos puramente convencionales. Por lo que puede prescindirse de la participación de otro organismo.

Las últimas dos mediaciones son exclusivas del ser humano gracias al lenguaje (Ribes y López, 1985).

1.3. TECNOLOGÍA PSICOLÓGICA: INTERVENCIÓN INTERCONDUCTUAL

En toda ciencia es importante la verificación del conocimiento y la solución de las demandas sociales a través de procedimientos específicos (Silva, Ruiz, Aguilar, Canales y Guerrero, 2016). Ribes (2009) distingue a la psicología aplicada de dos maneras, primero como un conjunto de métodos que define, analiza y resuelve situaciones específicas, o bien como tecnología, y segundo, como un conjunto de conocimiento teórico y metodológico para análisis y solución de áreas de problemas específicos, o bien como técnica.

Entonces la tecnología consiste en elaborar un producto que integre la teoría y permita el cambio, creación o eliminación de condiciones u objetos particulares. Esta

tecnología es la conexión con la sociedad, ya que transforma el lenguaje científico en un beneficio. Sin embargo, la tecnología por sí misma no resuelve la situación valorada como problema, sino que, se necesita de un técnico que conozca la tecnología (Silva et al., 2016).

Se describe al técnico como aquella persona que sabe cómo se desarrolló la tecnología, diseña y evalúa procedimientos, asesora y plantea soluciones relativas con el usuario o con el usuario, grupo o compañía que esté solicitando su intervención, para esto utiliza un lenguaje que puedan entender personas no relacionadas con la psicología, en el cual los que realicen esta práctica deberán ser sumamente cuidadosos para evitar confusión o un mal entendimiento (Silva et al., 2016).

Este lenguaje, según Vargas y Velasco (2002), debe seguir los siguientes criterios:

1. Los términos utilizados serán en función del contexto que en el que se opere, sin que estos contradigan las bases de la teoría.
2. Algunas denominaciones particulares sólo podrán emplearse en las áreas específicas suscritas por la psicología.
3. Se tiene que valorar el uso de lenguaje no psicológico en función a la teoría.
4. Solo se denominará lenguaje tecnológico cuando su impacto social sea diferenciable.
5. Se deben de adecuar los términos utilizados para hacer de dominio general los hallazgos realizados.

Además de esto, el psicólogo debe de conocer las características del contexto donde está realizando su intervención, ya que al no conocerlas promueven una práctica errónea o que desarrolle actividades que no son propios de la psicología. Para definir un área Vargas y Velasco (2002) propone las siguientes consideraciones:

1. Interés en el organismo individual, y en otros organismos cuando sean parte del campo a analizar de otros organismos.
2. Interés por la conducta y su interacción con su ambiente.
3. El punto de operación son los elementos que participan en la interacción.
4. Se puede estudiar los objetos de la interacción reconociendo las limitaciones.
5. Las interacciones del organismo son más controlables para analizar, evaluar, modificar o predecir.

6. El contexto influye en la conformación de procedimientos tecnológicos, pero sin alterar sus fundamentos.
7. Solo quien demanda el servicio es quien toma la decisión con la asesoría del psicólogo.
8. La psicología participa en distintos contextos con otras disciplinas, por lo que debe de establecer su relación con la ciencia básica y posteriormente con las disciplinas y el contexto.

El objetivo entonces de cada área tendrá que tomar en cuenta las características de quien demande el servicio, sin dejar la base teórica, por lo que el trabajo del psicólogo será implementar procedimientos de acuerdo con las interacciones del organismo individual que se referencie como problema, sin importar de su contexto, por ejemplo, en el área tecnológica organizacional, el grupo tiene un objetivo productivo, comercial o de servicio en el cual los procedimientos deberán ser implementados sobre un individuo en relación con su organización; para el área educativa los procedimientos serán relacionados entre lo individual y su proceso de enseñanza; o en el área tecnológica clínica, la cual recibe este nombre tras su desarrollo histórico en instituciones encargadas de resolver problemas de salud, el psicólogo deberá implementar el procedimiento en relación a las interacciones del individuo valoradas como dificultad (Vargas y Velasco, 2002).

La Intervención Interconductual (II) ofrece una alternativa tecnológica para el análisis funcional del comportamiento desde la teoría interconductual propuesta por Ribes y López (1985), como procedimiento tecnológico útil en cualquier área tecnológica de la psicología teniendo en cuenta los siguientes puntos (Vargas, 2008a):

1. Los procedimientos contrastan la funcionalidad del comportamiento ante situaciones criterio y criterios de logro.
2. Analizan la tendencia de la conducta según su historia interconductual o de acuerdo con una intervención o evento particular.
3. Los procedimientos tienen los mismos fundamentos teóricos y no deben de cambiar para cumplir diferentes objetivos.
4. La operación psicológica no se verá afectada por el contexto, puede variar la forma de aplicación.
5. El sujeto y su conducta es su propio punto de comparación.

6. La implementación del procedimiento dependerá del usuario, asesorado por el psicólogo sobre posibles consecuencias derivadas de estas acciones.

La II consiste en analizar, evaluar, regular y probabilizar la conducta para la atención de demandas sociales pertinentes a la psicología dependiendo de las necesidades del usuario y del área tecnológica (Vargas, 2008a).

Para el análisis de la conducta se debe de identificar y denominar la interacción, así como la función contextual, suplementaria, selectora, sustitutiva referencial o sustitutiva no referencial crítica de la interacción de interés. Se debe de delimitar los elementos para establecer el campo de la interacción, se debe de distinguir la función estímulo-respuesta, factores disposicionales y situacionales como variaciones del ambiente y del organismo, historia interactiva y el medio de contacto diferenciando las propiedades fisicoquímicas, ecológicas y normativas que posibilitan la interacción, pero no participan en ella (Vargas, 2008a).

En la evaluación se hace una comparación analítica de la interacción de interés y la función contextual, suplementaria, selectora, sustitutiva referencial o no referencial con la valoración del usuario o grupo de referencia, esta se compara con la valoración identificando el criterio normativo de donde proviene (Vargas, 2008a).

Para la regulación se altera o preserva la valoración de los elementos de interacción de interés y la función contextual, suplementaria, selectora, sustitutiva referencial o sustitutiva no referencial crítica según la valoración identificada previamente en la evaluación. En la probabilización se estima el desarrollo ulterior de interacción de interés derivada de la regulación (Vargas, 2008a).

1.4. INTERVENCIÓN INTERCONDUCTUAL EN EL CONTEXTO CLÍNICO

Como resultado de la inconsistencia del psicoanálisis, las limitaciones de la intervención conductual, la inconsistencia y limitación de la terapia cognitiva y las del Análisis Contingencial, dentro de la misma teoría interconductual se desarrolló la Intervención Interconductual (II) que aparece como una alternativa tecnológica de los modelos antes señalados, realizando su intervención a través del análisis, evaluación,

regulación y probabilización de la conducta, pero en particular del área clínica se formuló la Intervención Interconductual en el Contexto Clínico (IICC) (Vargas, 2006b).

La IICC posee ventajas en contraste con otras intervenciones clínicas que aún se utilizan respecto a lo que se entiende como evento psicológico, también sobre sus implicaciones individuales y sociales, su corta duración debido a la identificación eficiente y eficaz de su objetivo, y la evidencia que existe de que funciona (Vargas, 2006b).

La IICC, como derivación de la II, es un procedimiento tecnológico interconductual que es exclusivo del área clínica que consiste en el análisis, evaluación, regulación y probabilización de la conducta y se centra en lo que el usuario, persona o grupo de referencia (UPGr) señala como dificultad (Vargas, 2006b).

Antes de describir el procedimiento general de la IICC cabe aclarar algunos aspectos conceptuales y prácticos que diferencian esta intervención de los tradicionales e incluso de los propios interconductuales. Primero que nada, las intervenciones psicoanalítica, conductual y cognitiva utilizan el término “problema” para referirse a los requerimientos sociales que delimitan al contexto clínico. Sin embargo, utilizar este término trae consigo distintas acepciones como proposición a resolver, como situación, como sinónimo de padecimiento y como sinónimo de dificultad. Por lo tanto, es erróneo hablar científica o tecnológicamente de proposiciones o situaciones como padecimientos o dificultades (Vargas, 2008b).

Desde los procedimientos tradicionales del área clínica hasta el cansancio se esmeran en crear problemas exclusivamente psicológicos pero la verdad es que no los hay. El planteamiento de proposiciones, situaciones, padecimientos o dificultades son abstracciones que delimitan conceptualmente los eventos, solo existen desde una perspectiva científica. Los eventos pueden ser observados desde distintas dimensiones como física, biológica, química, psicológica, social, económica, etc. (Vargas, 2008b).

Es por eso por lo que para enfrentar las demandas sociales del área clínica se opta por utilizar el término “dificultad” en vez de “problema” para evitar sus acepciones de padecimiento o proposición a resolver (Vargas, 2008b). Según la Real Academia Española (2019), dificultad se define como inconveniente, oposición o contrariedad que impide conseguir, ejecutar o entender algo bien y pronto.

Desde la teoría interconductual toda dificultad es valorativa, no existe una moral universal intrínseca al comportamiento. Las valoraciones como adecuado, inadecuado, sano, enfermo, ideal, defectuoso, normal, anormal, bueno, malo, cuerdo, loco, etc., se fundamentan en criterios normativos como la ética, la moral, la experiencia, la cultura, lo administrativo, la leyes, la religión, lo educativo, lo médico, lo oculista, lo mágico, etc. es decir, dependen del sistema de relaciones sociales que existe en un lugar y tiempo determinados (Ribes, Díaz, Rodríguez, y Landa, 1986; Vargas, 2008b).

Intervención Interconductual en el Contexto Clínico

2.1. INTERVENCIÓN INTERCONDUCTUAL

La IICC está constituida por el procedimiento de la Intervención Interconductual (II) y los Procedimientos de Apoyo Técnico que atienden a lo que el UPGr señala como dificultad, los cuales son la Entrevista y guía clínica general IICC que se apoyan de los formatos de Reporte por sesión IICC y Reporte final IICC (Vargas, 2008b).

La II es el procedimiento rector de análisis, evaluación, regulación y probabilización de la conducta.

Análisis

El análisis de la conducta se compone de la 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.

La identificación es la delimitación o “acotamiento” de los elementos que participan, se realiza estableciendo los límites del campo de interacción distinguiendo:

- La **función estímulo-respuesta** (del estímulo [tipo de objetos, personas y eventos, y propiedades físicas, químicas, orgánicas y convencionales] y de la respuesta [tipo y propiedades físicas, químicas, orgánicas y convencionales]).
- Los **factores disposicionales** (eventos no configurados directamente en el contacto funcional [pero que lo afectan] de forma sincrónica, probabilizando un tipo de interacción) distinguiendo los **factores situacionales** (variaciones del

ambiente y el propio organismo) y **la historia interactiva** (segmentos previos de interacción relacionados).

- El **medio de contacto** distinguiendo las propiedades fisicoquímicas, ecológicas y normativas que hacen posible la interacción (pero no participan en ella).

La denominación es la designación de nombre en términos de la descripción funcional y el nivel requerido de especificidad, se realiza sintetizando los elementos recabados en la identificación.

La especificación de la función es la distinción de la medicación decisiva o “definitoria”, se realiza diferenciando conceptualmente la forma predominante o crítica distinguida en la identificación (el responsable de la intervención [RI] determina conceptualmente el nivel funcional crítico contextual, suplementario, selector, sustitutivo referencial o sustitutivo no referencial).

Evaluación

La evaluación 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 que emplea el UPGr.

Una vez especificada la función ésta se compara con la valoración utilizada por el UPGr pudiendo identificar el criterio normativo del que proviene; la valoración es el “adjetivo” que el UPGr le da a la conducta de interés y el criterio normativo es el sistema convencional de supuestos del que proviene.

Regulación

La regulación se compone de la alteración o preservación (según factibilidad) de la valoración y/o de los elementos 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; según la valoración identificada en la evaluación y/o los elementos identificados en el análisis, éstos (valoración y/o elementos), se cambian o conservan.

La valoración se cambia o conserva modificando o manteniendo el criterio normativo (proveer de información al UPGr el RI, el mismo u otro calificado).

Los elementos se cambian o se conservan modificándolos o manteniéndolos en correspondencia a su clase (tanto límites de campo, factores disposicionales y medio de contacto, según sus características, pueden modificarse o mantenerse atendiendo a su tipo, propiedades y función [salvo la historia de interacción donde su cambio o conservación está implícito], mediante estrategias de alteración de su disposición [Presencia-ausencia], sus dimensiones [físicas, químicas orgánicas y convencionales] y su papel [estructuración]; las técnicas van desde proveer información hasta la manipulación directa de elementos).

Probabilización

La 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 (haciendo patente el RI al UPGr que el mantenimiento de los efectos de la intervención corresponde al mantenimiento de los arreglos contingenciales instaurados).

En el esquema 1 se puede observar el procedimiento de la Intervención Interconductual de manera general.

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 Fisicoquímicas: 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 Fisicoquímicas: 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.

Nota. Adaptado de Vargas, J. (2008^a). Tecnología psicológica: Intervención Interconductual (II), *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 11(1), p. 8.

2.2. ENTREVISTA Y GUÍA CLÍNICA GENERAL ICC

Inicio

El inicio es componente del **primer contacto** entre el responsable de la intervención (RI) y el usuario, persona o grupo de referencia (UPGr), puede ocurrir por teléfono o en el lugar de atención sea hospital, clínica, consultorio, etc., donde se averigua el cómo se enteró del servicio el UPGr y se acuerda la primera sesión.

La duración de cada sesión es de aproximadamente una hora. Por motivos de obtención y registro de información, implementación de técnicas, consecución de usuarios, y estipulación del costo del servicio (salvo que exista la posibilidad de que el usuario reciba daño, se lo haga el mismo o lo provoque a otros).

Recepción

En la recepción el responsable de la intervención (RI) se **presenta** con el usuario, persona o grupo de referencia (UPGr) y lleva a cabo una **habitación** a través de una plática de familiarización aproximadamente de 15 minutos o según sea necesario. También se lleva a cabo la **indagación del motivo de consulta** al servicio, así como de los **resultados a obtener**, los **intentos anteriores de solución** de la dificultad, y por último se hace la **programación de las sesiones**. Generalmente las sesiones son una vez a la semana por razones de obtención y registro de información, implementación de técnicas, consecución de usuarios, y estipulación del costo del servicio (salvo que exista la posibilidad de que el usuario reciba daño, se lo haga el mismo o lo provoque a otros).

Introducción

En la introducción el RI hace una exposición sobre las **características del servicio** (la orientación teórica con la que se trabaja y las actividades relativas), la **participación del UPGr** dentro y fuera de las sesiones, el costo del servicio, la **confidencialidad de la información** (la confidencialidad de la información se guarda en relación al UPGr o institución solicitante; y en relación a la probabilidad de que el usuario reciba daño, se lo haga el mismo o lo provoque a otros) y los **alcances de la intervención** (posibilidades reales, estableciendo que no se puede sugerir como objetivo el cambio del comportamiento de una tercera persona).

Precisiones

Las precisiones consisten en primero hacer la **evaluación inicial**, es decir en la identificación, diferenciación y características de las dificultades que el UPGr haya planteado, en segundo lugar se hace la **definición del usuario** ya que la persona o personas que demandan el servicio no necesariamente son quienes se sujetarán a la intervención, el usuario es la persona de la cual se analizará, evaluará, regulará y probabilizará la conducta (si por las características del usuario no puede atender o sujetarse a la intervención se define un responsable que fungirá como extinción del RI). En tercer lugar, se define la **conducta de interés**, el RI y el UPGr delimitan la interacción principal y en caso de que existan diversas dificultades se hará una lista de prioridades o en su defecto se elegirá la conducta de interés más recurrente, y se le asigna un nombre en términos funcionales y específicos. Por último, el RI establece los **resultados probables** de la intervención y hará énfasis en la condición de veracidad e integridad de la información, asistencia y puntualidad a las sesiones y cumplimiento de actividades por parte del UPGr.

Datos demográficos

Los datos demográficos se componen de **datos personales** (nombre, edad, sexo, domicilio, teléfono, estado civil, ocupación, salud, nivel educativo, creencias, tiempo libre, e información particular según sea el caso), **datos familiares** (integrantes e información particular según sea el caso), y **datos generales** (amigos, compañeros de trabajo, características de la vivienda y/o del trabajo e información particular según sea el caso).

Intervención Interconductual

La II se compone de la puesta en marcha de la Intervención Interconductual.

Final

El final consiste en la evaluación final de la conducta de interés, el resumen (por sesión y de la intervención) y último contacto (por sesión: asignación de tareas y planes para la siguiente sesión, además de concretar la siguiente cita; de la intervención: instrucciones a seguir y corroboración de los resultados obtenidos). El siguiente esquema resume de forma general la Entrevista y guía clínica general ICC.

Esquema 2
Procedimiento de apoyo técnico
Entrevista y guía clínica general ICC

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

Nota. Adaptado de Vargas, J. (2008b). Psicología clínica: Intervención Interconductual en el Contexto Clínico (IICC). Revista Electrónica de la Psicología Iztacala. 11(4), p. 83.

2.3. REPORTE POR SESIÓN IICC

El Reporte por sesión IICC es un registro consecutivo de información que se genera a partir de la intervención, se conforma por la portada, actividades del RI, presentación de la información proporcionada por el UPGr, datos relevantes para la intervención, actividades asignadas al UPGr, resumen y bibliografía:

Portada

La portada se compone por el nombre de la institución de donde se hace la intervención, nombre completo del RI, título y número de sesión, nombre completo del usuario y hora, lugar y fecha de la sesión. Es necesario llevar un seguimiento organizado de cada UPGr, evita traslapar información proporcionada.

Actividades del responsable de la intervención

En este apartado se realiza la descripción de las técnicas empleadas (características, materiales, instrumentos y forma de implementación), y justificación utilizando fundamentos teóricos y prácticos de las técnicas empleadas, se debe de registrar la eficacia para el usuario, además de servir de control para evitar incongruencias en las sesiones o tener una mala praxis.

Presentación de la información

Es la transcripción textual de la sesión. Para tal motivo es necesario uso de una grabadora de voz. Se debe de realizar para registrar la información sin ninguna interpretación del RI.

Datos relevantes para la intervención

Es la información seleccionada relevante para la II, desarrollo de la conducta de interés y variaciones no derivadas directamente de la intervención. En esta sección se selecciona los datos de la transcripción en conjunto de observaciones clínicas para direccionar acertadamente la intervención.

Actividades del usuario, persona o grupo de referencia

Es la descripción de actividades asignadas: características, materiales, instrumentos y forma de implementación, y la justificación es decir los fundamentos teóricos y prácticos de las actividades asignadas. Así mismo se registra los resultados de las actividades y de ser necesario se modifican las actividades.

Resumen

El resumen se compone de las conclusiones (comentarios, dudas pendientes y revisión de la actividad). Es importante realizarlo a manera de apoyo para sesiones posteriores, así como para revisar el alcance de objetivos.

Bibliografía

Por último, se elabora la bibliografía donde se redactan las referencias teóricas de apoyo a la intervención en estudios coherentes a la IICC o de información probada de otras áreas.

El siguiente esquema resume de forma general el Reporte por sesión IICC.

Esquema 3	
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	

Nota. Adaptado de Vargas, J. (2008b). Psicología clínica: Intervención Interconductual en el Contexto Clínico (IICC). Revista Electrónica de la Psicología Iztacala. 11(4), p. 84.

2.4. REPORTE FINAL IICC

El reporte final IICC es un registro acumulativo final, el cual contiene la información generada durante la intervención, es importante este reporte ya que, al concluir la intervención, este será el recurso con el que se hará un cotejo de los objetivos alcanzados y se compone por: portada, presentación del caso, integración de la información, II, análisis de datos, resultados y bibliografía:

Portada

Debe contener el nombre de la institución donde se realizó la intervención, nombre completo del RI, título y número de sesiones, nombre completo del usuario y resumen de datos demográficos, y lugar y fecha de conclusión de la intervención.

Presentación del caso

Consiste en describir la demanda original de asistencia al servicio y los resultados esperados tal y como lo mencionó el UPGr, la evaluación inicial, la definición del usuario y la definición de la conducta de interés. Además de ser precedente en alguna investigación posterior.

Integración de la información

En la integración de información se describen los fundamentos teóricos y prácticos de las técnicas que fueron empleadas junto con sus características, materiales instrumentos y forma de implementación, y la transcripción textual de la información recabada durante toda la intervención sin hacer interpretaciones.

Intervención interconductual

La II es el vaciado de información de la Intervención Interconductual, con apoyo de los reportes por sesión se detalla la información más importante.

Análisis de datos

Es la descripción del desarrollo de la conducta de interés, es decir, un análisis de correlación entre las fases de la intervención y los cambios registrados en niveles

relativos de: invariable, variación favorable, variación desfavorable, objetivo cumplido y objetivo no cumplido; y las variaciones no derivadas directamente de la intervención.

Resultados

Los resultados se componen de la evaluación final de la conducta de interés y la conclusión de la intervención (comparación entre la evaluación inicial, la conducta de interés y la evaluación final de la conducta de interés y descripción de las nuevas interacciones).

Bibliografía

Por último, se escriben la bibliografía utilizada como apoyo para la IICC.

El siguiente esquema resume de forma general el Reporte final IICC.

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	

Nota. Adaptado de Vargas, J. (2008b). Psicología clínica: Intervención Interconductual en el Contexto Clínico (IICC). Revista Electrónica de la Psicología Iztacala. 11(4), p. 85.

Aplicación de la Entrevista y guía clínica general ICC

En este capítulo se expone paso a paso la manera en que el RI debe aplicar la Entrevista y guía clínica general ICC. Para este propósito se tomó como referencia la Entrevista Especializada para la ICC de Téllez (2012) quien modifica este recurso técnico para facilitar la obtención de información necesaria de manera sistemática y ordenada, respetando los conceptos de la teoría interconductual.

3.1 INICIO

3.1.1 Primer contacto

3.1.1.1 Se determina el origen del UPGr con el propósito de salvaguardar la seguridad del RI y se acuerda la primera sesión; puede llevarse a cabo de dos maneras:

- *Presencial: el UPGr asiste al lugar donde se ofrece el servicio de atención psicológica.*
- *Vía telefónica: el UPGr se pone en contacto por vía telefónica.*

Duración aproximada: 5 a 10 minutos.

Inicio de la primera sesión.

3.2 RECEPCIÓN

3.2.1. Presentación del RI y el UPGr

3.2.1.1. Abrir la puerta.

3.2.1.2. Saludar al UPGr: En el primer contacto se sugiere un cordial apretón de manos, para guardar una distancia consultor-usuario, se recomienda no tener mantener contacto directo con el UPGr y referirse de “usted”

- *-Buenos días/tardes-*

3.2.1.3. Iniciar la conversación preguntándole su nombre completo para confirmar el primer dato recabado en el primer contacto.

- *- ¿Me puede decir su nombre completo? - / - ¿Cuál es su nombre? - / -Su nombre es...-*

3.2.1.4. Indicarle con la mano el lugar donde debe sentarse y después cerrar la puerta (dejándola entreabierta por precaución permitiendo salir de inmediato si así amerita la situación).

- *-Tome asiento por favor y póngase cómodo- / -Adelante, tome asiento-*

3.2.1.5. Presentación del RI: tomar asiento, con una posición erguida, sin cruzar brazos ni piernas, proporcionar su nombre completo.

- *-Soy el/la psicólogo...- / -Mi nombre es... y a partir de ahora seré su psicólogo(a)- / -Me presento, soy el/la psicóloga...-*

Duración aproximada: 5 minutos.

3.2.2. Habitación

3.2.2.1. Continuar con la conversación a partir de comentarios generales con diversos tópicos no relacionados directamente con la entrevista, por ejemplo:

- *-Dígame, ¿le costó trabajo llegar? -*
- *- ¿Qué opina del clima? -*
- *-Comentarle algo respecto de algún accesorio que resalte de su vestimenta-*

Duración aproximada: 5 minutos.

3.2.3. Motivo general de asistencia

3.2.3.1. Preguntar por el motivo general de asistencia. Emplear un lenguaje claro y sencillo en la elaboración de las preguntas, sin contenido emocional, tendencioso ni valorativo durante la entrevista.

- *-Para comenzar, dígame ¿En qué le puedo servir? - / - ¿Qué se le ofrece? -*

3.2.4. Expectativas del UPGr

3.2.4.1. Expectativas de la persona que es entrevistada y quien recibirá el servicio de atención psicológica. Conocer qué es lo que espera el UPGr al asistir al servicio de atención psicológica:

- *- ¿Qué resultados espera? - / - ¿Qué cosas quiere hacer? -*

3.2.5. Intentos anteriores de solución profesionales y no profesionales

3.2.5.1. Se debe indagar cuáles han sido los intentos anteriores del UPGr para resolver su dificultad.

- *- ¿Ha intentado hacer algo para solucionarlo? -*
- *- ¿De qué manera lo ha hecho? -*
- *- ¿Qué opinión guarda al respecto? -*

3.2.6. Programación de sesiones

3.2.6.1. Explicar que las sesiones se realizarán una vez por semana, en un horario establecido de común acuerdo y una duración de 50 a 1 hora aproximadamente, aclarando la posibilidad o imposibilidad de cambiar el horario previamente establecido para las siguientes sesiones.

- *-Es importante que establezcamos las características del servicio de atención psicológica, las sesiones se realizarán una vez por semana los días [...] en un horario de [...] y tendrán una duración de 50 minutos a una hora aproximadamente. El horario de las sesiones es fijo y únicamente podrá cambiarse si me comunica con anterioridad el cambio de día o de horario y si está disponible el día y horario que desea-*

**Duración aproximada: 40 minutos.
Termina la primera sesión.**

Inicio de la segunda sesión.

Al inicio de cada sesión iniciar una conversación a partir de comentarios generales con diversos tópicos no relacionados directamente con la entrevista al igual que en la habituación.

Duración aproximada: 5 minutos

3.3. INTRODUCCIÓN**3.3.1. Características del servicio**

3.3.1.1. Explicación de la orientación teórica del servicio de atención psicológica empleando palabras sencillas y claras.

- *-Antes de comenzar propiamente con la sesión es importante que usted conozca la manera en cómo vamos a trabajar a lo largo de las sesiones que será por medio de la Intervención Interconductual en el Contexto Clínico y para poder explicarlo necesito que por favor me conteste la siguiente pregunta ¿qué necesita un bebé para que aprenda a caminar? [...] tal como en el ejemplo que acabamos de caminar, para que nosotros podamos cumplir nuestros objetivos o resolver nuestras dificultades necesitamos observar la manera en cómo nos relacionamos con las personas y los objetos que nos rodean, y a partir de analizar nuestra manera de relacionarnos podemos hacer cambios en nuestras interacciones que nos permitan lograr lo que estamos buscando.*
- *Al modificar algunos de los elementos de nuestras relaciones con las personas o los objetos que nos rodean, nuestra manera de interactuar cambiará.*
- *Por tanto, lo que haremos en conjunto será elegir y alterar todos aquellos elementos de sus interacciones con su ambiente, es decir, con las personas y objetos de su alrededor, que promuevan el cambio que perseguimos. ¿Tiene alguna duda? [...]-*

Duración aproximada: 10 minutos.

3.3.2. Participación del UPGr dentro y fuera del servicio

3.3.2.1. Puntualidad: especificar el horario de las sesiones y la tolerancia de 5 a 10 minutos para iniciar con la sesión, aclarando las consecuencias que habrá por su incumplimiento.

- *-Para poder iniciar la sesión tendrá una tolerancia de [...], si por alguna razón se retrasara su llegada, sólo tendremos el tiempo restante de su hora de sesión para trabajar, por ejemplo, el que usted llegará 30 minutos después del horario establecido implica que la sesión tendrá una duración de 30 minutos, el tiempo restante de la duración de la sesión-*

3.3.2.2. Recalcar la importancia de la veracidad de la información que brinde.

- *-Es sumamente importante que la información que me proporcione sea verídica pues será material con que trabajemos a lo largo de las sesiones y a partir del cual se realizarán los cambios que sean necesarios, tenga en cuenta que usted será el beneficiado del servicio-*

3.3.2.3. Realización de tareas y actividades sesión a sesión remarcando la importancia de su cumplimiento. Si el usuario se resiste a realizar las actividades debe darse por terminada la intervención.

- *-A lo largo de las sesiones le asignaré una serie de tareas y actividades para poder generar los cambios necesarios que permitan cumplir sus objetivos, por lo que el cumplimiento de estas es muy importante pues nos permitirá ir avanzando a lo largo de las sesiones-*

3.3.3. Especificar el costo del servicio

3.3.3.1. Cuando se trata de un servicio comunitario el costo oscila entre \$0.00 y \$80.00; mientras que cuando se trata de un servicio particular el costo oscila entre \$250.00 y \$800.00, dependiendo de la infraestructura y nivel social de inserción.

- *-El costo del servicio será [...]-*

3.3.4. Confidencialidad de la información

3.3.4.1. Asegurar la confidencialidad de la información proporcionada, tanto en lo que respecta a su no divulgación y la custodia del buen uso que se ha de hacer de ella.

- *-Toda la información que me refiera será confidencial, única y exclusivamente de nuestro conocimiento y empleada para los fines que se planteen durante la intervención-*

3.3.5. Alcances de la intervención

3.3.5.1. Los alcances de la intervención tienen que ver con las posibilidades reales (lógicas), por lo que se debe establecer que NO se puede alterar el comportamiento de una tercera persona, lo que se trabajará en sesión es el comportamiento propio y la manera de interactuar con el ambiente, es decir, la manera de relacionarse con las personas y objetos de su entorno, por lo cual, el RI debe analizar las expectativas del UPGr aclararle si pueden ser llevadas a cabo o no.

- *-Después de escuchar las expectativas que quiere conseguir, es conveniente aclarar que lo que trabajaremos a lo largo de las sesiones es SU forma de relacionarse con las personas y los objetos que lo rodean, por lo cual debe tomar en cuenta que NO podemos cambiar el comportamiento del otro, pero SI podemos alterar y cambiar las condiciones con las cuales nos relacionamos con los demás para así poder alcanzar nuestro bienestar y forma funcional de relación con los otros-*

3.3.6. Instrumentos que se emplearán

3.3.6.1. Entrevista:

- *-Para poder recabar la información necesaria, llevaré a cabo una entrevista en la cual le haré una serie de preguntas en relación con la dificultad que desea tratar, le reitero la importancia de la veracidad de los datos que me proporcione; si por alguna razón no desea contestar alguna pregunta o hablar sobre alguna temática, le pido lo haga de mi conocimiento-*

3.3.6.2. Realización de notas:

- *-A lo largo de la sesión tomaré algunas notas para tener la información necesaria de los datos que me proporcione y que únicamente serán de mi conocimiento-*

3.3.6.3. Grabación de voz:

- *-Asimismo, es conveniente grabar las sesiones para tener la información disponible y no se escape algún detalle que pudiera ser indispensable para la intervención-*

Duración aproximada: 20 minutos.

3.4 PRECISIONES

3.4.1. Definición del usuario

- 3.4.1.1. Determinar la persona de la cual se analizará, evaluará, regulará y probabilizará la conducta: el RI debe responder a la siguiente pregunta
¿De quién se analizará, evaluará, regulará y probabilizará su conducta?

3.4.2. Evaluación inicial

- 3.4.2.1. En la evaluación inicial debe identificarse, caracterizarse y diferenciarse la(s) dificultad(es) planteada(s) por el usuario para determinar si es concerniente a la atención psicológica, como se muestra a continuación:

3.4.2.2. Identificación de las dificultades planteadas.

- - *¿Qué hace en esas situaciones? -*
- - *¿Qué personas están presentes en esas situaciones? -*
- - *¿Qué hacen las personas involucradas cuando se presenta la dificultad? -*
- - *¿En qué situaciones se presenta la dificultad? -*
- - *¿En qué lugares se presenta la dificultad regularmente? -*
- - *¿Qué objetos se encuentran presentes? -*

3.4.2.3. Características de las dificultades planteadas.

- - *¿En qué momento comenzó a valorar esta situación como dificultad? -*
- - *¿Qué ha cambiado desde el momento que inició la dificultad hasta a actualidad? -*
- - *¿Cómo ha cambiado el modo de relacionarse con las personas involucradas desde el inicio de la dificultad hasta ahora? -*
- - *¿Con qué frecuencia se presenta la dificultad? -*
- - *¿Cuánto tiempo dura la dificultad? -*

3.4.2.4. Diferenciación de las dificultades planteadas.

- - *¿Cuándo las conductas que realiza no presentan una dificultad? -*
- - *¿Cuáles con las situaciones en las que la dificultad no está presente? -*

- - *¿Con qué personas no se presenta la dificultad?* -
- - *¿Cómo valoran esta situación las personas de su entorno?* -

3.4.2.5. Registro posterior estableciendo la duración, frecuencia e intensidad de las dificultades planteadas: empleando algún tipo de registro.

Duración aproximada: 30 minutos.
Termina la segunda sesión.

Inicio de la tercera sesión.

Al inicio de cada sesión iniciar una conversación a partir de comentarios generales con diversos tópicos no relacionados directamente con la entrevista al igual que en la habituación.

Duración aproximada: 5 minutos

3.4.3. Definición de la conducta de interés

3.4.3.1. Especificar la conducta a intervenir (una a la vez) en función del análisis realizado: el RI debe definir funcionalmente la conducta a intervenir.

3.4.3.2. En el caso en que se refieran varias dificultades el RI y el UPGr deberán establecer una lista de prioridades, eligiendo las que ponga en peligro al usuario o a otros, la dificultad con la cual se pueda intervenir en las demás, la más recurrente, o bien, aquella que el usuario decida si es que el RI analiza las dificultades y no hay ningún inconveniente significativo. Para este propósito el RI debe analizar la trascendencia de la dificultad en la vida del usuario y la valoración por parte de él y de otros.

3.4.3.3. Trascendencia de la dificultad en la vida del usuario. Efectos que ha tenido la dificultad del usuario en su vida diaria (partiendo de la lista de prioridades).

- - *¿Qué cosas ha dejado de hacer?* -
- - *¿Hasta dónde invade esto?* -
- - *¿Cómo se relaciona con los demás?* -
- - *¿Cuáles son los efectos o consecuencias que ha tenido esta dificultad en su vida diaria?* -
- - *¿Cuáles con las consecuencias que ha tenido en su relación con los demás?* -

- - *¿Cuál ha sido la situación más grave en la que se ha presentado la dificultad?* -
- - *¿Ha tenido alguna repercusión en su salud a causa de estas dificultades?* -
- - *¿Cuál ha sido?*
- - *¿Cómo se ha tratado?* -

3.4.3.4. Valoración de la dificultad por parte del usuario y otros.

- - *¿Qué tan grave considera esta dificultad?* -
- - *¿Qué es lo que le comentan las personas involucradas acerca de esta dificultad?* -
- - *¿Ha cambiado su manera de relacionarse con las personas más cercanas a usted?* -

Duración aproximada: 15 minutos

3.4.4. Expectativas el RI

3.4.4.1. Reiterar la veracidad de la información proporcionada puesto que es en beneficio del usuario, su asistencia y puntualidad a las sesiones y el cumplimiento de sus tareas y actividades.

- - *Le reitero que es muy importante que toda información que me proporcione sea verídica pues servirá para poder cumplir con sus expectativas, además le pido que asista a todas sus sesiones y sea puntual para que así podamos aprovechar el tiempo para trabajar y usted pueda ver los cambios que lograremos durante la intervención y para que podamos ver ese avance y los cambios que esperamos, necesito que realice las actividades y tareas que le indicaré en cada sesión-*

Duración aproximada: 10 minutos.

3.5. DATOS DEMOGRÁFICOS DEL USUARIO

3.5.1. Personales

3.5.1.1. Corroboración de los datos personales del UPGr (nombre completo, edad, dirección, teléfono, ocupación, escolaridad, estado civil, estado de salud).

- - *Confirmemos sus datos personales, me puede repetir su nombre completo por favor, que edad tiene, cuál es su dirección, vive solo o con qué personas, me proporcionaría*

su número (s) telefónico (s), su ocupación es..., qué grado de escolaridad tiene, su estado civil es..., qué enfermedades padece-

3.5.2. Familiares

Solicitar los datos de cada uno de los integrantes de su familia.

3.5.2.1. Nombre.

- - *¿Cuál es el nombre de los integrantes de su familia? -*

3.5.2.2. Parentesco.

- - *¿Qué es de usted? -*

3.5.2.3. Edad.

- - *¿Qué edad tiene su madre/padre/hermano/primo/tío/sobrino, etc.? -*

3.5.2.4. Ocupación.

- - *¿A qué se dedica su madre/padre/hermano/primo/tío/sobrino, etc.? -*

3.5.2.5. Estado civil.

- - *¿Cuál es el estado civil de sus padres, hermano/primo/tío/sobrino, etc.? -*

3.5.2.6. Estado de salud.

- - *¿Cuál es el estado de salud de su madre/padre/hermano/primo/tío/sobrino, etc.? -*

3.5.3. Generales

Solicitar los siguientes datos del usuario.

3.5.3.1. Número de amigos y como es su relación.

- - *¿Cuántos amigos tiene? -*
- - *¿Cómo es su relación con cada uno de ellos? -*

3.5.3.2. Características relevantes del lugar de su trabajo y/o escuela (cantidad de personas con las que convive, cómo es su relación con ellas, con qué infraestructura cuenta, etc.)

- *-En el lugar donde estudia/trabaja, ¿con cuantas personas convive aproximadamente?*
- *- ¿Cómo es su relación con cada una de ellas? -*
- *-Describa cómo es la infraestructura del lugar donde estudia/trabaja, es decir, de qué materiales está construida, con qué tipo de servicios como agua, drenaje, luz, internet, cuenta-*

3.5.3.3. Disposición de tiempo libre.

- *- ¿Qué hace en su tiempo libre? -*

3.5.3.4. Características de su residencia (servicios con los que cuenta - agua, luz, drenaje, línea telefónica, internet-, características del material de construcción, número de cuartos con los que cuenta la vivienda, cuarto propio, etc.).

- *- ¿Con qué tipo de materiales está construido el lugar donde habita, por ejemplo, tiene piso de cemento, tierra, madera, mosaico, etc.? -*
- *- ¿Cuenta con techo de losa, lamina de asbesto o de cartón, de madera, etc.? -*
- *- ¿Con qué tipo de servicios cuenta (luz, agua, drenaje, línea telefónica, internet, etc.)? -*
- *- ¿Con cuántos cuartos cuenta su vivienda? -*
- *- ¿Tiene cuarto propio? / ¿Con quien comparte habitación? (solo si no cuenta con cuarto propio)-*

Duración aproximada: 20 minutos.

Termina la tercera sesión.

A partir de este punto el número aproximado de sesiones para la aplicación de la II se determina a través del cumplimiento de los cambios esperados por el UPGr.

3.6. INTERVENCIÓN INTERCONDUCTUAL

3.6.1. Implementación de la II

3.6.1.1. Análisis. 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.

3.6.1.1.1. La identificación es la delimitación de los elementos que participan, se realiza estableciendo:

- Límites del campo de interacción (eventos y objetos funcionales).
 - Del estímulo: Tipo de objetos o eventos, propiedades fisicoquímicas, organísmicas y convencionales, y función (dependiente de la respuesta).
 - - *¿En qué lugares se presenta la dificultad?* -
 - - *¿En qué circunstancias se presenta?* -
 - - *Describe la circunstancia-*
 - - *¿Qué personas están siempre presentes durante la dificultad?* -
 - De la respuesta: Tipo de reactividad biológica (organismo), propiedades fisicoquímicas, organísmicas y convencionales, y función (dependiente del estímulo).
 - - *¿Qué hace cuando se presenta la dificultad?* -
 - - *¿Qué tipo de sensaciones corporales siente en ese momento?* -
 - - *¿Qué es lo que piensa en ese momento?* -
- Factores dispocionales: eventos no configurados directamente en el contacto funcional (pero que lo afectan) de forma sincrónica, probabilizando un tipo de interacción.
 - Factores situacionales (variaciones del ambiente y el propio organismo).
 - - *¿La dificultad siempre se presenta en los mismos lugares?* -

- -*Describe el/los lugares-*
 - - *¿La dificultad se presenta todos los días? -*
 - - *¿A qué hora del día ocurre con mayor frecuencia la dificultad? -*
 - -*Cuando cree que puede ocurrir la dificultad ¿Qué siente y/o qué hace? -*
 - - *¿Qué hace después de que la dificultad ha pasado? -*
 - - *¿Qué ha hecho o dejado de hacer cuando la dificultad comenzó a aparecer? -*
- Historia interactiva (segmentos previos de interacción relacionados).
- - *¿Esta dificultad le ha afectado antes? -*
 - - *¿Qué hacía ante esa dificultad? -*
 - - *¿En qué otros momentos de su vida se ha presentado la dificultad?*
 - - *¿Cómo reaccionó en ese entonces? -*
- Medio de contacto distinguiendo las propiedades fisicoquímicas, ecológicas y normativas que hacen posible la interacción (pero que no participan en ella).
- Fisicoquímicas: abstracción límite del campo de estudio de la física y la química.
 - Ecológicas: abstracción límite del campo de estudio de la biología.
 - Normativas: abstracción límite del campo de estudio de la ciencia social.

3.6.1.1.2. La denominación es la designación de nombre en términos de la descripción funcional y el nivel requerido de especificidad, se realiza sintetizando los elementos recabados en la identificación.

- -*Gracias a los datos obtenidos podemos describir la conducta de interés de la siguiente manera [...] ¿Está de acuerdo? -*

3.6.1.1.3. La especificación de la función es la distinción de la mediación decisiva, se realiza diferenciando conceptualmente la forma predominante o crítica distinguida en la identificación.

- -*Teniendo en cuenta lo anterior esta conducta se encuentra en la función contextual, suplementaria, selectora, sustitutiva referencial o sustitutiva no referencial) debido a que [...]-*

3.6.1.2. *Evaluación.* 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.

- - *¿Cómo valora la dificultad que trabajaremos a lo largo de la intervención?* -

3.6.1.3. *Regulación de la valoración y/o de los elementos de la conducta.*

La regulación se compone de la alteración o preservación (según factibilidad) de la valoración y/o de los elementos 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; según la valoración identificada en la evaluación y/o los elementos identificados en el análisis, éstos (valoración y/o elementos), se cambian o conservan.

- Alteración o preservación según sea factible de la valoración modificando o manteniendo el criterio normativo a partir de proveer información al usuario siendo el RI el mismo proveedor o bien otra persona calificada.
- Alteración o preservación según sea el factible de los elementos que configuran la interacción atendiendo a su tipo, propiedades y función mediante estrategias de alteración de su disposición (presencia-ausencia), sus dimensiones físicas (físicas, químicas, orgánicas y convencionales) y su papel (estructuración); las técnicas pueden ir desde proveer información hasta la manipulación directa de los elementos.
 - -*Una vez realizado el análisis y la evaluación de la conducta de interés lo siguiente es realizar los cambios necesarios para que usted pueda solucionar su dificultad. Dada las características de su dificultad lo más conveniente será [...]*-
- En ambos casos el RI debe monitorear su comportamiento desde el momento en que se sujeta a la intervención para hacer un análisis posterior para la probabilización.
- Reiterar la importancia del cumplimiento de las actividades por parte del usuario.

- *-Le recuerdo la importancia de realizar las actividades en beneficio de favorecer el cambio que buscamos, en caso de que no las realice, usted será el único perjudicado y concluimos la intervención-*

3.6.1.4. Probabilización. 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, es decir, pronosticar la tendencia de desarrollo de la conducta haciendo manifiesto que el mantenimiento de los efectos de la intervención corresponde al mantenimiento de los cambios en la valoración o los elementos realizados.

- Con los datos recabados del Análisis y la Regulación de la conducta el RI debe hacer un pronóstico de la tendencia de desarrollo de la conducta del usuario.

Duración aproximada: 10 sesiones (dependiendo del caso)

3.7. FINAL

3.7.1. Despedida por sesión

- 3.7.1.1.** Asignación de tareas y actividades para la siguiente sesión.
- *-De acuerdo con lo que se platicó el día de hoy tendrá que [...] - / -Para la próxima sesión tendrá que [...] -*
- 3.7.1.2.** Concertación de la siguiente sesión.
- *-Nos vemos el próximo [...] -*
- 3.7.1.3.** Corroboración de resultados (a partir de la implementación de la II).
- 3.7.1.4.** Proporcionar un papel con los datos acordados para la siguiente sesión (fecha y hora).
- 3.7.1.5.** Anotar en la agenda la fecha y hora de la siguiente sesión.
- 3.7.1.6.** Acuerdos e introducción a la siguiente sesión (lo que se trabajará). Registrar los datos más relevantes de la sesión.

3.7.2. Evaluación final de la conducta de interés

3.7.2.1. Establecer las dimensiones de duración, frecuencia e intensidad.

3.7.3. Resumen

3.7.3.1. Resumir y proporcionar al usuario la información obtenida (las características de la dificultad, las expectativas, la intervención realizada y los cambios obtenidos).

- *-De acuerdo con la entrevista, me comentó que presenta una dificultad en/para [...] - / -El objetivo de la(s) sesiones/intervención es para [...] - / - Hasta el momento hemos cumplido con [...]-*

3.7.3.2. Confirmar información, preguntando al usuario si la información referida es correcta.

- *- ¿Todo es correcto? - / - ¿Hay algún dato que desee agregar? -*

3.7.3.3. Aclarar dudas por parte del RI.

- *-De lo que hemos platicado hasta el momento, ¿Tiene alguna duda? - / - ¿Hay algo que desees aclarar? -*

3.7.3.4. Aclaración del usuario.

3.7.4. Último contacto (Despedida final)

3.7.4.1. Establecer una fecha para la sesión de seguimiento, después de haber concluido la II.

- *-Hemos cumplido los objetivos de la intervención, dejaremos de vernos por un tiempo, dentro de dos meses nos veremos para ver si los cambios se mantienen o es necesario retomar la intervención*

Duración aproximada: 50 minutos.

Aspectos importantes de la práctica clínica

4.1. LEGALIDAD

En la práctica clínica del psicólogo como en cualquier otra de este campo debe llevar a cabo su práctica siguiendo el marco de la ley. Dado que existe, pero no está regulado por ninguna ley un código ético para los psicólogos es necesario basarse en el Código Civil Federal y en el Código Penal Federal. A continuación, se describirán los puntos más importantes para tener en cuenta en psicología clínica.

Primero, en casos donde el usuario sea un menor de edad este no podrá estar solo con el RI durante las sesiones y deberá estar acompañado por un padre o tutor legal, basándose en el Artículo 646 del Código Civil Federal un menor de edad es aquel que no ha cumplido sus 18 años.

Según el Artículo 423 quienes ejerzan la patria potestad tienen la facultad de corregir las conductas de los menores bajo su cuidado, por lo que tienen la obligación (de ser necesario) de llevar al menor de edad a atención médica o psicológica. No obstante, el Artículo 443 indica que la patria potestad se acaba cuando una persona alcanza los 18 años, es así como ninguna persona puede ser obligado por sus padres o institución de ir a consulta psicológica ya que el Artículo 24 establece que el mayor de edad tiene la facultad de disponer libremente de su persona y de sus bienes, salvo las limitaciones que establece la ley.

Por otra parte, el Artículo 2608 establece que “Los que sin tener el título correspondiente ejerzan profesiones para cuyo ejercicio la ley exija título, además de incurrir en las penas respectivas, no tendrán derecho de cobrar retribución por los

servicios profesionales que hayan prestado”. Respecto al cobro de honorarios el Artículo 2613 indica “Los profesores tienen derecho de exigir sus honorarios, cualquiera que sea el éxito del negocio o trabajo que se les encomiende, salvo convenio en contrario”.

Como se ha expuesto en el capítulo 2 en algunas circunstancias el servicio tiene que suspenderse o llevarse con precaución en casos donde exista la posibilidad de que el usuario reciba daño, se lo haga el mismo o lo provoque a otros, dado que dichas circunstancias estarían infringiendo el apartado Decimonoveno del Código Penal Federal referente a delitos contra la vida y la integridad corporal. Por lo que el RI debe confirmar de que en verdad exista un posible riesgo a la integridad para después dar aviso a las autoridades correspondientes o a los familiares del usuario, por el contrario si no se da aviso el RI estaría infringiendo el Artículo 400 del Código Penal Federal el cual describe que “Se aplicará prisión de tres meses a tres años y de quince a sesenta días de multa, al que no procure, por los medios lícitos que tenga a su alcance y sin riesgo para su persona, impedir la consumación de los delitos que sabe van a cometerse o se están cometiendo...”.

4.2. HERRAMIENTAS DE APOYO

La práctica clínica del psicólogo requiere de un intercambio de información normalmente oral, por lo tanto, Téllez (2012) sugiere el uso de una grabadora de voz para tener un mejor registro de los datos que se recolectan además de las anotaciones hechas por el RI y para tal propósito diversos autores coinciden en que es necesario el consentimiento del UPGr para su utilización. Sin embargo, así como el médico desde hace décadas usa el estetoscopio para ampliar sus capacidades y atender de mejor manera a sus pacientes, el psicólogo clínico debe comenzar a considerar a la grabadora de voz como una herramienta esencial e imprescindible para su labor. Su uso asegura que no se pierda información y de que el RI tenga la opción de repasar lo que se llevó a cabo en las sesiones, además de que tener registro de voz puede ayudar aclarar malentendidos entre el RI y el UPGr.

4.3. SEGURIDAD

Por motivos de seguridad se recomienda al RI que al recibir al UPGr por primera vez pregunte su nombre y por qué medio se enteró de su servicio. Una vez hecho esto y aclarado los datos el RI tendrá que indicarle que pase al consultorio, pedirle que se siente y solo después el RI cerrará la puerta (dejándola entreabierta en caso de que se tenga que salir de inmediato si las circunstancias lo demandan) y procederá a sentarse para comenzar la consulta.

4.4. USO DE TÉCNICAS ESPECÍFICAS

Ribes et al. (1986) indican que se puede hacer uso de técnicas ya disponibles como parte de las estrategias de solución, pero éstas tienen que utilizarse en función del problema de los usuarios en otras palabras, los problemas no están en función de las técnicas. Claro está que deben revisarse las técnicas que se deseen utilizar para verificar su procedencia y si poseen errores conceptuales, es decir técnicas con enfoques mentalistas, para evitar que afecten a la intervención.

4.5. HABILIDADES DEL RESPONSABLE DE LA INTERVENCIÓN

Tellez (2012) hace algunas aclaraciones respecto a la Entrevista y guía clínica general que no son mencionados por Vagas (2008b) y cabe mencionar los más importantes a tomar en cuenta aquí: la entrevista es semiestructurada ya que cuenta con preguntas básicas a la vez que da pauta a preguntas abiertas que permitan recabar más datos que sean relevantes para el caso; su conducción es directiva ya que permite al RI distribuir el procedimiento de manera adecuada; el lenguaje que maneja es sencillo y claro para facilitar la colaboración del usuario.

También hace algunas aclaraciones respecto de lo que debe hacer el RI durante las consultas como tratar de evitar redundancias, asegurar que el UPGr no se desvíe del tema que se esté tratando durante la entrevista, pero sin inhibir su participación, asimismo tiene que estar consciente del tiempo de cada sesión para no estancarse en un solo tema o actividad. El RI además de preguntar tiene que esclarecer, demandar o

incitar al UPGr a que amplíe la información que esté dando si así es necesario para aproximarse y delimitar de forma efectiva a la dificultad del usuario y una vez hecho el RI tendrá que ser más preciso sobre los datos que recolecta.

Para aplicar la Entrevista y guía clínica general IICC el RI deberá tener buen dominio de la aplicación de la entrevista, así como de las bases teóricas interconductuales, deberá ofrecer al UPGr un trato cordial y educado, por lo que deberá hablarle de usted sin importar la edad del UPGr y así establecer una relación adecuada entre psicólogo y usuario de tal forma que no obstaculice la obtención de información. Del mismo modo, el UPGr deberá mantener un trato respetuoso hacia el RI por lo que si esto no sucede el servicio deberá suspenderse.

El RI deberá regular sus acciones hacía con el usuario como establecer contacto visual, no desviar la posición de su cuerpo respecto del usuario, mostrar interés asintiendo o realizando elogios de aprobación, o en su caso realizar ademanes de que se está entendiendo lo que el UPGr le esté comunicando. Esto evitará que el usuario se desvíe del propósito de las sesiones.

Referencias

- Ardila, R. (1969). Desarrollo de la psicología latinoamericana. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 1(1), 63-74.
- Arias, M. (2014). De la Psicología clínica: su historia, definición y conceptos. *Psyconex, Psicología, psicoanálisis y conexiones*, 6(9), 1-9.
- Belloch, A. (2008). Psicología y Psicología clínica: sobre árboles y ramas. *Análisis y modificación de conducta*, 34(150-151), 67-93.
- Bernstein, A. y Nietzel, T. (1982). *Introducción a la Psicología clínica (Sexta edición)*. México: McGraw Hill.
- Calviño, M. y De la Torre, C. (1986). La historia de la psicología en sus manuales de estudio, (análisis crítico de los manuales gráficos burgueses). *Revista cubana de Psicología*, 3(1), 41-49. Recuperado de: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rcp/v3n1/04.pdf>
- Carlino, P. (2003). Leer textos científicos y académicos en la educación superior: Obstáculos y bienvenidas a una cultura nueva. *Uni-Pluri/Versidad*, 3(2), 1-9. Recuperado de: <http://aprendeonline.udea.edu.co/revistas/index.php/unip/article/view/12289>
- Castro, A. (2003). ¿Son eficaces las psicoterapias psicológicas? *Psicodebate Psicología, Cultura y Sociedad*, 3, 59-90. Recuperado de: <https://dspace.palermo.edu/ojs/index.php/psicodebate/article/view/503/0>
- Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. (2003). Psicología clínica y psiquiatría. *Papeles del Psicólogo*, 24(85), 1-10.
- Duhalt, M. (1977). *Los manuales de procedimiento en las oficinas públicas*. México: UNAM.

- Durán, N., Restrepo, D., Salazar, C., Sierra, A. y Schnitter, M. (2007). Historia paralela de la Psicología clínica: un rastreo teórico-histórico. *Informes Psicológicos*, (9), 1-14.
- Fernández, F., Arias, J., López, E. y Calderón, M. (1994). *Guía técnica para la elaboración de manuales de procedimientos*. México: UNAM.
- Giménez, M. (2002). Algunas reflexiones sobre la historia de la Psicología y la formación de psicólogos. *Anuario de Psicología*, 33(2), 213-224. Recuperado de:
<https://www.raco.cat/index.php/AnuarioPsicologia/article/viewFile/61706/88485>
- González, H. (2008). Un paseo por la historia de la Psicología clínica y de la salud: entrevista a Helio Carpintero. *Clínica y salud*, 19(1), 121-129.
- González, C. (2015). La Psicología clínica después de la Psicología general sanitaria en España: Una propuesta razonada. *Papeles del psicólogo*. 36(1), 9-15.
- Hall, B. y López, I. (2011). Discurso académico: manuales universitarios y prácticas pedagógicas. *Literatura y lingüística*, (23), 167-192. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/pdf/352/35219952010.pdf>
- Hothersall, D. (1997). *Historia de la psicología*. México: McGraw-Hill
- Jacó, A. (2007). La Psicología aplicada en América Latina. *Revista de historia de la Psicología*. 28(2-3), 151-157.
- Joseph, L., Gierlach, E., Housley, J. y Beutler, L. (2005). La evolución de un campo: examen del desarrollo y la aceptación de la Psicología clínica de la salud. *Papeles del psicólogo*, 26, 39-46.
- Juárez, R. (2016). Lightner Witmer y la primera clínica psicológica de niños de estados unidos. *VIII congreso internacional de investigación y práctica profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires*. Pp. 26-29.
- Kantor, J. R. (1978). *Psicología Interconductual*. México: Trillas.

- Kantor, J. R. (1990). *La evolución científica de la Psicología*. México: Trillas.
- Linares, A. R. (2007). *Desarrollo Cognitivo: Las teorías de Piaget y de Vygotsky*. España: Universidad Autónoma de Barcelona.
- López, L. (2014). Contribución de la filosofía para la constitución de la psicología como ciencia. *Sophia, Colección de la filosofía de la educación*. 16, 171-188. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4418/441846097008.pdf>
- Millan, P. (1982). La Psicología mexicana: una profesión en crisis. *Revista de educación superior*. 11(43), 1-25.
- Monroy, Z. y Álvarez, L. (2013). *Historia de la Psicología: Unidades 1, 2 y 3*. México: Facultad de Psicología, Departamento de Publicaciones.
- Reisman, J. (1991). *Historia de la psicología clínica*. Estados Unidos: Hemisphere.
- Ribes, E. y López, F. (1985). *Teoría de la conducta: un análisis de campo y paramétrico*. México: Trillas.
- Ribes, E., Díaz, E., Rodríguez, M. y Landa, P. (1986) El Análisis Contingencial: una alternativa a las aproximaciones terapéuticas del comportamiento. *Cuadernos de psicología*, 8(1), 27-52. Reimpreso en: Ribes, E. (1990) Problemas conceptuales en el análisis del comportamiento humano. México, Trillas.
- Ribes, E. (1990). *Psicología general*. México: Trillas.
- Ribes, E. (1994). ¿Qué significa ser interconductista? *Revista mexicana de análisis de la conducta*, 20(2), 227-239. Recuperado de: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rmac/article/view/23560>
- Ribes, E. (2010). Lenguaje ordinario y lenguaje técnico: un proyecto de currículo universitario para la psicología. *Revista mexicana de psicología*, 27(1), 55-64. Recuperado de: <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=243016325006>

- Ribes, E. (2018). *El estudio científico de la conducta individual: una introducción a la teoría de la Psicología*. México: Manual Moderno.
- Rojas, I. (2011). Elementos para el diseño de técnicas de investigación: una propuesta de definiciones y procedimientos en la investigación científica. *Tiempo de educar*, 12(24), 277-297. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31121089006>
- Salaverry, O. (2012). La piedra de la locura: inicios históricos de la salud mental. *Revista peruana de medicina experimental y salud pública*, 29(1), 143-148.
- Santacreu, J. (2011). *Protocolo general de intervención clínica en Psicología*. (Trabajo fin de máster inédito). UAM, Psicología, México. Recuperado de: https://www.uam.es/centros/psicologia/paginas/cpa/paginas/doc/documentacion/rincon/protocolo_general_intervencion_clinica.pdf
- Silva, H., Ruiz, D., Aguilar, F., Canales, C. y Guerrero, J. (2016). Enseñanza de la ciencia, la tecnología y la técnica interconductual: hacía una distinción entre prácticas psicológicas. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 19(1), 220-247.
- Téllez, M. (2012). *Recursos de Apoyo Técnico Interconductual: Entrevista Especializada IICC* (Tesis de licenciatura publicada). Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Vargas, J., y Velasco, M. (2002). Psicología organizacional: consideraciones generales. En G. Mares, y Y. Guevara, *Psicología interconductual volumen II: avances en la investigación tecnológica* (págs. 1-20). México: UNAM-FESI.
- Vargas, J. (2006a). Brevísima historia de la Psicología: la Psicología interconductual. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 9(3), 43-72.
- Vargas, J. (2006b). Psicología clínica: consideraciones generales. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 9(2), 49-66.
- Vargas, J. (2006c) *Intervención Interconductual en el contexto clínico*. México, Tesis de maestría, UNAM-FESI.

- Vargas, J. (2008a). Tecnología psicológica: Intervención Interconductual (II). *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 11(1), 1-9.
- Vargas, J. (2008b). Psicología clínica: Intervención Interconductual en el Contexto Clínico (IICC). *Revista Electrónica de la Psicología Iztacala*. 11(4), 64-87.
- Vargas, J. (2010). Intervención interconductual en el contexto clínico (IICC): un caso, separación de la pareja. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 13(4), 39-55.
- Vargas, J. (2011). Estado actual de la psicología: opiniones en el 2011. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 14(4), 373-383.
- Vezzetti, H. (2007). Historias de la Psicología: problemas, funciones y objetivos. *Revista de historia de la psicología*, 28(1), 147-166.
- Villareal, M. y Avendaño, A. (2012). *Historia de la Psicología*. México: Red Tercer Milenio.
- Zabalza, M. (2013). La variable tiempo en la enseñanza universitaria. *Revista dialogo educacional*, 13(38), 21-47.
- Zanatta, E. y Camarena, T. (2012). La formación profesional del psicólogo en México: trayecto de la construcción de su identidad disciplinar. *Enseñanza e investigación en psicología*, 17(1), 151-170.

Bibliografía recomendada

- Kantor, J. (1924-1926) *The principles of psychology*. New York: Alfred Knop.
- Kantor, J. R. (1978). *Psicología Interconductual*. México: Trillas.
- Kantor, J. R. (1990). *La evolución científica de la Psicología*. México: Trillas.
- Ribes, E. y López, F. (1985). *Teoría de la conducta: un análisis de campo y paramétrico*. México: Trillas.
- Ribes, E. (1990). *Psicología general*. México: Trillas.
- Ribes, E. (2018). *El estudio científico de la conducta individual: una introducción a la teoría de la Psicología*. México: Manual Moderno.
- Vargas, J. (2006a). Brevísima historia de la Psicología: la Psicología interconductual. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 9(3), 43-72.
- Vargas, J. (2006b). Psicología clínica: consideraciones generales. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 9(2), 49-66.
- Vargas, J. (2006c) Intervención Interconductual en el contexto clínico. México, Tesis de maestría, UNAM-FESI.
- Vargas, J. (2008a). Tecnología psicológica: Intervención Interconductual (II). *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 11(1), 1-9.
- Vargas, J. (2008b). Psicología clínica: Intervención Interconductual en el Contexto Clínico (IICC). *Revista Electrónica de la Psicología Iztacala*. 11(4), 64-87.