

31961



Universidad Nacional Autónoma
de México

1.
2ej

CAMPUS IZTACALA

JUICIOS DE ATRIBUCION CAUSAL
EN CLIENTES EN TERAPIA
PSICOLOGICA

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
MAESTRA EN MODIFICACION
DE CONDUCTA
P R E S E N T A :

ANTONIA RENTERIA RODRIGUEZ

DIRECTOR DE TESIS: DR. JAVIER NIETO GUTIERREZ



MEXICO

PRIMAVERA, 1995

FALLA DE ORIGEN



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

AGRADECIMIENTOS

Este trabajo se hizo bajo la asesoría y supervisión del:

Dr. Javier Nieto Gutiérrez

y de la

Mtra. Rosalva Cabrera Castañón

a quienes agradezco su apoyo incondicional a mi trabajo y persona.

**De igual forma quiero expresar mi reconocimiento y agradecimiento
a los demás miembros de :**

La Comisión dictaminadora:

Mtro. Arturo Silva Rodríguez

Mtro. Justino Vidal Vargas Solís

Mtro. José Cristobal Pedro Arriaga Ramírez

Mi reconocimiento muy especial:

Al Mtro. Alfonso Valadez Ramírez, a la Mtra. Laura Evelia Torres Velázquez y a la Mtra. Patricia Ortega Silva, por su apoyo y asesoría técnico-emocional.

A todos y cada uno de los catedráticos del Area de Psicología Clínica de la ENEP IZTACALA, por su ayuda y cooperación en este trabajo.

A Graciela Zacarías y a Raquel Gutiérrez, por su labor en la captura de datos.

Finalmente, quiero agregar un agradecimiento muy profundo y afectuoso para:

**Mtro. Antonio Pineda Flores
Dr. Edgar Galindo Cota**

**Este trabajo fue financiado parcialmente por la D.G.A.P.A. de la
U.N.A.M., a través del Proyecto de Investigación IN501893**

INDICE

INTRODUCCION

CAPITULO 1

Introducción	6
Dimensiones de las atribuciones.....	7
Sesgos atributivos típicos.....	10

CAPITULO 2

Introducción	14
Modelos de atribución causal.....	16
Modelo de Weiner.....	17
Consecuencias de las atribuciones sobre las emociones.....	20
Consecuencias de las atribuciones sobre la motivación y la conducta.....	24
Diferencias individuales.....	26
Modelo de Seligman.....	27
El modelo original.....	27
El modelo reformulado.....	29
Estilo explicativo/atributivo y su relación con la conducta.....	31
Modelo de Rotter.....	34

CAPITULO 3

Introducción	38
Estado actual de la investigación atributiva en el área clínica.....	42
Evaluación psicológica.....	42
Intervención terapéutica.....	47
Locus de control.....	50
Locus de control y compromiso terapéutico.....	53

CAPITULO 4

Preguntas de investigación	57
Método general	58
Sujetos	58
Instrumentos	59
Escenario	60
Aparatos	61
Análisis de datos	61
Procedimiento	61
Estudio # 1	61
Estudio # 2	69
Estudio # 3	75
Discusión de resultados	79

CAPITULO 5

Implicaciones inmediatas de los resultados de estos estudios	89
Tendencias actuales en la investigación atributiva dentro de la psicología clínica	92

REFERENCIAS	101
--------------------------	------------

ANEXOS	117
Anexo 1	117
Anexo 2	119
Anexo 3	120
Anexo 4	125
Anexo 5a	128
Anexo 5b	130
Anexo 6	132
Anexo 7	139

INDICE DE TABLAS Y FIGURAS

Tabla 1. Causas distantes y próximas y sus efectos.....	8
Tabla 2. Esquema de diversas dimensiones de las atribuciones según Weiner.....	10
Tabla 3. Atribuciones y emociones típicas frente al fracaso.....	22
Tabla 4. Atribuciones y emociones típicas frente al éxito.....	22
Figura 1. Porcentaje de clientes según su locus de control.....	62
Figura 2. Porcentaje de clientes masculinos y femeninos según su locus.....	64
Figura 3. Clientes con locus interno, externo y combinado según su compromiso terapéutico.....	65
Tabla 5. Caracterización de los clientes con locus de control interno.....	67
Tabla 6. Caracterización de los clientes con locus de control externo.....	68
Tabla 7. Caracterización de los clientes con locus de control combinado.....	69
Figura 4. Clientes con locus, interno, externo y combinado y su relación con la ubicación del locus de los problemas en otros.....	71
Figura 5. Clientes con locus interno, externo y combinado y la ubicación de la solución de sus problemas.....	72
Figura 6. Clientes con diferentes locus de control y su relación con la ubicación de la solución de los problemas en otros.....	74
Figura 7. Clientes con locus de control interno, externo y combinado y su relación con la escala de Rotter.....	76
Figura 8. Clientes con locus de control interno, externo y combinado y su relación con la clasificación del Cuestionario General.....	78

Introducción

Las teorías de la atribución son un conjunto de ideas que componen un marco teórico particular dentro de la psicología general, las cuales intentan describir cómo los observadores interpretan los eventos que presencian en la vida cotidiana. En los últimos 20 años estas teorías han llamado bastante la atención dentro de la literatura especializada y han generado una gran cantidad de investigación; también han demostrado ser capaces de explicar un amplio rango de fenómenos empíricos (Medcof, 1990).

De acuerdo a Kelley & Michela (1980), las interpretaciones que formulan los seres humanos acerca de los acontecimientos que suceden alrededor, afectan los sentimientos acerca de los eventos pasados, las expectativas acerca del futuro, las actitudes hacia otras personas, las reacciones hacia sus comportamientos así como las auto-percepciones.

Estas interpretaciones constituyen el elemento cardinal de las teorías de la atribución.

Tradicionalmente, las teorías atributivas se habían desarrollado dentro del campo de la psicología social. Los trabajos sobre las explicaciones causales dadas por los sujetos ante eventos comunes o atípicos de la vida cotidiana, conformaron las situaciones de estudio típicas dentro de esta área de la psicología.

De manera paralela, otros campos de la psicología se vieron relacionados también con las teorías atributivas, estos fueron la psicología experimental y la psicología clínica.

La psicología clínica se vio estrechamente vinculada con las teorías atributivas en la medida en que éstas investigan las inferencias -explicativas o no- acerca de los acontecimientos; y porque aquella se dedica al estudio de las conductas del individuo cuyas consecuencias pueden dificultar su adaptación al medio y/o que le ocasionan ciertas formas de malestar. Los juicios atributivos constituyen un ejemplo de estas conductas

Dentro del área de la psicología clínica, se ha encontrado que las atribuciones están relacionadas con algunos fenómenos que se presentan constantemente en la práctica cotidiana y que han suscitado el interés de los psicólogos por estudiarlos, entre estos están: las fallas en la terapia (Mash & Hunsley, 1993), identificación equívoca de variables y sus efectos en el diagnóstico clínico (Haynes, Spain & Oliveira, 1993), deserción y falta de compromiso con el proceso terapéutico en clientes en psicoterapia (Rentería, 1993), las consecuencias, tanto positivas como negativas de las atribuciones del terapeuta sobre el tratamiento psicológico prescrito (Murdock & Fremont, 1989), el estilo atributivo de los clientes en terapia psicológica (Cutrona, Russell & Jones, 1985), etc.

No obstante este interés, la investigación atributiva dentro del área clínica se ha caracterizado -hasta la fecha- por cierta inconsistencia en los datos.

A este respecto Kirtner & Cartwright (1958) han reportado que los clientes que empezaban un proceso psicoterapéutico con la creencia de que ellos contribuían y tenían la responsabilidad en el futuro de su terapia; tendían a permanecer por más tiempo en la misma y a ser considerados por sus terapeutas, como más exitosos en la vida.

Los autores anteriores comentan en sus estudios sobre los juicios atributivos, que es recomendable trabajar con un mayor número de variables y dimensiones de las atribuciones para poder llegar a conclusiones más certeras sobre los fenómenos investigados.

Murdock & Fremont (1989) comentan que la investigación atributiva en el campo de la asesoría psicológica no ha podido llegar a resultados concluyentes. Una de las razones probables por las que se presenta esta situación es la gran cantidad de enfoques y marcos teóricos con los que se ha abordado el área, sin llegar a ningún tipo de acuerdo; así como por la falta de mayor investigación en algunos rubros, como son por ejemplo, las inferencias causales erróneas acerca de las conductas propias y de las de otros.

A este respecto, Nisbett & Ross (1980); Tversky & Kahneman (1983); Páez, Ayestarán, Etxebarria, Valencia & Villareal (1987), argumentan que en ocasiones se presentan cierto tipo de errores en el momento de realizar inferencias acerca del comportamiento propio y del ajeno, estas inferencias equívocas son mejor conocidas como sesgos atributivos típicos; dichos errores o sesgos se consideran típicos porque se pueden presentar con cierta regularidad dentro de las interacciones sociales cotidianas. Estos sesgos típicos en los juicios atributivos pueden ser los siguientes:

1) el sesgo de atribución disposicional de causalidad o mejor conocido como el error fundamental de la atribución.

2) el sesgo de positividad en la atribución de causalidad, mejor conocido como la adjudicación al locus interno para los hechos positivos y al externo para los negativos.

3) el sesgo del falso consenso.

Ahora bien, algunos autores (Paez y cols, 1987) consideran que estos sesgos atributivos también se presentan dentro del ámbito de la psicología clínica, aunque poca investigación se ha hecho al respecto.

Finalmente cabe agregar, las sugerencias que Foon (1987) recomienda al hacer investigación atributiva en el campo clínico: a) trabajar con clientes en psicoterapia, b) así como cuidar la metodología empleada.

Dado lo expuesto anteriormente, los objetivos generales de este trabajo son investigar: a) "El locus de control en clientes en terapia psicológica y su relación tanto con el compromiso terapéutico, b) como con las atribuciones de causalidad ante los problemas de otros y sus soluciones respectivas; de igual manera, c) se analizará si existe un estilo atributivo en los clientes en terapia".

Para cubrir dichos objetivos el trabajo se estructuró de la siguiente forma: En el Capítulo 1 se describen los puntos fundamentales de la teoría atributiva en la actualidad como son: las dimensiones de la atribuciones así como los principales sesgos atributivos utilizados por los sujetos al momento de las inferencias atributivas.

En el Capítulo 2 se revisan tres de los principales modelos que estudian el proceso inferencial-atributivo: el de Weiner, el de Seligman y el de Rotter. En términos generales se intenta explicar la relación existente entre las atribuciones y algunos procesos como la motivación, afecto y conducta. La razón por la que se incluyeron estos modelos en particular y no otros, obedece al hecho de que éstos permiten explicar con más facilidad algunos de los datos reportados en los hallazgos de este trabajo.

En esta parte se analiza lo que es el estilo atributivo.

En el Capítulo 3 se revisa el estado actual de la investigación atributiva en el área clínica, se menciona todo lo concerniente a la evaluación psicológica, a la intervención psicoterapéutica, así como el constructo locus de control y su relación con el compromiso terapéutico.

En el Capítulo 4 se describen los tres estudios que se llevaron a cabo para indagar las relaciones existentes entre a) locus de control y compromiso terapéutico, b) locus de control del origen de los conflictos psicológicos y locus de control de su solución, c) locus de control propio y locus de control en otros, tanto del origen de sus conflictos como de la solución de los mismos, así como d) el estilo atributivo en los clientes en terapia.

Se presentan aspectos del protocolo de la investigación realizada como: preguntas experimentales, objetivos, método, procedimiento y análisis y discusión de resultados.

En el Capítulo 5 se presenta la discusión general de los resultados encontrados en los tres estudios y las derivaciones inmediatas de los resultados de los trabajos así como las tendencias futuras de la investigación atributiva causal en el área de la intervención terapéutica psicológica.

CAPITULO 1

Introducción

A través del desarrollo filogenético y ontogenético de las especies, la detección de relaciones causales entre eventos ha sido una actividad fundamental en los seres vivos, ya que gracias a esta habilidad, la adaptación, la supervivencia, protección y desarrollo de la especie queda asegurada (Dewsbury & Rethlingshafer, 1974; García, McGowan, Ervin & Koelling, 1968).

Cada especie biológica posee esta habilidad adaptativa, la cual es muy importante dentro del mundo biológico. Algunos autores comentan que existen tendencias innatas en este proceso inductivo, y que los animales las poseen (García y cols., 1968; García, McGowan y Green, 1972). Se ha detectado que estas tendencias adaptativas e inductivas se adquieren también a través del aprendizaje (Bullock, Gelman & Baillargeon, 1982).

De manera semejante, esta característica se ejerce dentro del mundo social, es decir, dentro del contexto de interacciones sociales es fundamental poder detectar relaciones causales entre los eventos y fenómenos, no solo para la supervivencia y protección biológica sino también para poder conformar un marco de referencia a partir del cual se estructuran tanto los juicios acerca del medio, las estimaciones acerca del comportamiento de otros así como del tipo de relación que se establece con ambos.

La habilidad para detectar relaciones y covariaciones entre causas y efectos en el medio donde se está inmerso, es un importante componente de la conducta adaptativa (Alloy & Tabachnik, 1984).

El proceso de detección de relaciones causales entre eventos se ha ubicado dentro del campo conocido como teorías de la atribución. En estas se estudian los juicios atributivos que el sujeto elabora acerca de los fenómenos que se suceden en su entorno.

Pero, ¿qué es una atribución?; una atribución generalmente refiere los juicios o las inferencias que los sujetos elaboran sobre objetos, estados u otros sujetos. Las atribuciones usualmente son acerca de las relaciones causales que guardan. Cabe aclarar que no todos los juicios atributivos son de tipo causal, ya que es posible adjudicar o atribuir una característica a algún objeto o fenómeno sin necesariamente elaborar una atribución causal, por ejemplo: cuando se afirma que "el cielo está gris" se está formulando un juicio atributivo, pero no de tipo causal.

La investigación atributiva ha proliferado enormemente y ha generado una gran cantidad de estudios que han intentado explicar este proceso inferencial. Algunos autores consideran el estudio de los procesos atributivos primordial para la psicología, pues afirman que el sujeto al percibir una gran variedad de eventos presenta esta tendencia natural a buscar fuentes causales (Schank & Abelson, 1977; Zajonc, 1980).

1.1. Dimensiones de las atribuciones

Dentro de la psicología, las teorías atributivas se desarrollaron dentro de la psicología social; en esta se ha estudiado esta tendencia natural a buscar el origen causal para todo tipo de fenómenos dentro del mundo social.

Paralelamente, otros campos de la psicología se vieron relacionados también con este estudio de las atribuciones causales, estos fueron la psicología experimental y la psicología clínica.

Los modelos atributivos han sido empleados para el análisis de los fenómenos dentro del área de la psicología aplicada, tanto en el campo clínico como en el educativo; incluso algunos de ellos han adoptado una perspectiva atributiva, como por ejemplo el modelo del desamparo aprendido (Peterson & Seligman, 1984) y el modelo de la motivación al logro (Weiner, 1979).

Dentro de estos dos modelos, así como en otros, los términos utilizados para clasificar las atribuciones son diversos.

Como es de suponerse, para cada fenómeno que se presenta se puede generar una gran cantidad de inferencias causales o explicativas; y para poder estudiarlas con más precisión se han hecho diversos intentos por clasificarlas siguiendo diferentes puntos de vista. La generación de una taxonomía de las atribuciones es necesaria para poder manejarlas conceptualmente e intentar probarlas empíricamente (Fösterling, 1988).

La clasificación más aceptada y utilizada de las atribuciones se elaboró tomando en cuenta las siguientes dimensiones:

A) Proximidad y distancia.- Kelley (1972) introdujo la noción de distancia entre la causa y su efecto, es decir, existen causas antecedentes que no se manifiestan inmediatamente sino pasado un tiempo, por ejemplo: el estado depresivo de un sujeto (efecto) se manifiesta mucho después de que su (s) causa (s) o cadena causal se ha presentado. Ver Tabla 1:

causas distantes	⇒	causas próximas	⇒	efecto
ser hijo único	}		⇒	depresión
tener padres				
poco sociables	}	⇒ tener pocos amigos	⇒	depresión

Tabla 1: Ejemplos de causas distantes y próximas y sus efectos

B) Simples y complejas.- Una causa simple es aquella que solamente elicitó un efecto, por ejemplo: "él está deprimido (efecto) porque se murió su padre" (causa); aquí se afirma que hay una causa y un solo efecto.

Por estructura causal compleja se entiende aquel grupo de varias causas que se conjuntan y/o que su interacción provoca uno o varios efectos, por ejemplo: "el está deprimido (efecto) porque su esposa le pidió el divorcio (causa # 1), justo en el momento en que pierde su empleo (causa # 2) y le chocan su coche" (causa # 3).

Las causas denominadas suficientes también se les puede catalogar como causas simples; mientras que las causas o condiciones necesarias son una forma de causas complejas. Es decir, con una sola causa (suficiente), se puede esperar un efecto determinado; mientras que cuando se habla de que se requieren varias causas para provocar un efecto esperado, se está hablando de condiciones o causas necesarias.

C) Internas y externas.- Esta clasificación es de las más conocidas, se mencionó por primera vez dentro de los escritos de Heider (1958) y se difundió extensamente gracias a Rotter (1967).

Atribuciones internas son aquellas cuyos factores causales radican en la persona (factores dispositionales), mientras que las atribuciones externas son las que su origen se ubica en el medio (factores situacionales). Si el fracaso en la ejecución de una tarea escolar se adjudica a la carencia de habilidad del sujeto, se está hablando de una atribución de factores internos. Cuando se afirma que el fracaso ante la tarea escolar es producto de la extrema dificultad del ejercicio escolar, se está aduciendo una causa externa imputable a la tarea misma.

D) Estables y variables.- Weiner (1980) estima que existen causas que no cambian a través del tiempo (estables) y por otro lado están también las que cambian constantemente (variables). Este autor sugiere que la capacidad o habilidad personal es una causa interna y estable, pues se supone que son características esencialmente innatas. Mientras que el esfuerzo es un atribución también interna pero variable, pues depende del empeño del sujeto. Por otro lado,

la dificultad de la tarea es una atribución externa y estable mientras que el azar es externo pero variable. Ver Tabla 2:

	Locus de Control	
	Interno	Externo
Estable	Capacidad/habilidad	Dificultad en la tarea
Variable	Esfuerzo	Azar/suerte

Tabla 2. Esquema de diversas dimensiones de las atribuciones según Weiner

E) Globales y específicas.- En el análisis realizado por Abramson, Seligman & Teasdale (1978), surgió una dimensión causal interesante, con esta dimensión se establecen diferencias de causas de acuerdo a la amplitud y profundidad de sus efectos. Si se ubican en un continuo estas dimensiones, en un extremo se tienen las causas globales o generales cuyo rango de influencia sobre los efectos es muy grande. En el otro extremo se ubicarían las causas específicas cuyo rango de efectos es muy reducido y particular, por ejemplo para explicar el fracaso escolar con base en la falta de inteligencia, se está hablando de una falla o una causa global; pero si se explica el fracaso escolar con base en una falta de una habilidad motora particular, se está hablando de una causa específica.

1.2. Sesgos atributivos típicos

Ahora bien, las atribuciones no solo se les puede clasificar de acuerdo con las dimensiones involucradas, sino también por la precisión y tipo de referencialidad en relación a los eventos que describen y refieren.

Nisbett & Ross (1980), Tversky & Kahneman (1983) y Paez, Ayestarán, Etxeberria, Valencia & Villareal (1987) afirman que en diversas poblaciones y

ante diferentes tareas, los seres humanos no procesan la información recibida de una manera sistemática, neutral y objetiva, sino más bien usan estrategias y juicios heurísticos como reglas clave para realizar sus inferencias. Es decir, hacen referencias de los eventos con diversos grados de imprecisión. Estas estrategias o juicios son conocidos también como sesgos atributivos típicos; los principales sesgos son:

1) El sesgo de atribución disposicional de la causalidad, o mejor conocido como el error fundamental de la atribución. Este error atributivo fué estudiado profusamente por Ross (1977). Este investigador trabajaba en las teorías de la atribución y en la psicología inductiva cuando decidió retomar aquello que Heider (1958) había aislado ya con anterioridad: un error atributivo típico que consiste en la tendencia a cometer inferencias inapropiadas acerca de los actores, pues se descuida la parte que corresponde al impacto de la fuerzas situacionales que operan sobre el individuo. La subestimación de los factores situacionales ha sido rotulada como el error fundamental de la atribución y se define de la siguiente manera: es la tendencia a subestimar la influencia de la situación y a sobreestimar la influencia disposicional. Este error se comete con mayor frecuencia al juzgar la conducta de otros.

2) El sesgo de positividad en la atribución de causalidad, este se caracteriza por la adjudicación al locus interno de los hechos positivos y al externo para los negativos. Es decir, se ha reportado de manera constante esta tendencia en estudios donde los sujetos se adjudican elementos positivos, es decir, se auto-alaban ante los éxitos y el fracaso se lo imputan a factores externos (Stephan, Arkin & Davis, s/r ; Arkin & Murayama, 1979).

Este sesgo se puede definir así: es la tendencia a adjudicar los éxitos a los factores disposicionales y los fracasos a los factores situacionales. Este error atributivo se comete con mayor frecuencia cuando se trata de conducta propia.

Cuando se estudian los juicios emitidos por diferentes muestras de población ante situaciones que requieren juzgar o explicar la conducta propia, se ha detectado de manera consistente una tendencia a la adjudicación del éxito a factores internos y el fracaso a los factores externos o situacionales (Whitley & Frieze, 1985; Fichten, 1984; Kitsom & Sussman, 1982; Myers & Bach, 1976, Gilovich, 1983).

Efectos similares se encuentran en investigaciones encaminadas a estudiar la responsabilidad y evaluaciones de tipo moral (Finchman & Jaspars, 1980; Shultz & Schleifer, 1983). Parece ser que en ocasiones las atribuciones son justificaciones ante hechos cuyas consecuencias no fueron positivas del todo, dicho en otras palabras, el atributor se justifica.

3) El sesgo del falso consenso, este consiste en suponer que los errores y fracasos son comunes y generalizados entre el grueso de la población, es decir, se afirma que muestras fallas son comunes. De manera paralela se asume que nuestros éxitos son excepcionales y sobresalientes. El sentido común de los sujetos tiende a suponer que las anteriores afirmaciones son ciertas y válidas. Este sesgo atributivo se puede definir como: la tendencia a considerar los factores disposicionales causantes de los éxitos, los cuales son catalogados fuera de lo común; mientras que los fracasos, aunque de origen disposicional, son muy frecuentes entre la población.

En este capítulo se han esgrimido algunos elementos fundamentales acerca de los juicios de atribución causal, como son: las dimensiones de las atribuciones así como el proceso a través del cual el atributor elabora inferencias causales. Dentro de este proceso inferencial se han mencionado algunos de los típicos sesgos atributivos encontrados en los reportes verbales de los atributores: el error fundamental de la atribución, el sesgo de la positividad en las atribuciones y el sesgo del falso consenso.

Hacer mención tanto de las dimensiones como de los principales sesgos atributivos dentro de las atribuciones causales de los seres humanos, permite comprender con más claridad algunos de los conceptos fundamentales incluidos dentro de los modelos de Weiner, Seligman y Rotter, los cuales se revisarán en el siguiente capítulo.

CAPITULO 2

Introducción

En este capítulo se abordará el estudio de los efectos o consecuencias de las atribuciones en el atributor, es decir, se estudiará cómo los contenidos de las atribuciones determinan y/o se relacionan con otros procesos psicológicos como la motivación, las emociones y la conducta observable.

Cabe preguntar ¿ las atribuciones son mediadoras y/o antecedentes de elementos tales como la conducta observable, emociones y motivaciones ?

Diversos autores han trabajado intentando responder directa o indirectamente esta interrogante; por ejemplo, se tienen las investigaciones hechas sobre desamparo aprendido (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978), soledad (Peplau, Russell & Heim, 1979), motivación al logro (Weiner & Kukla, 1970; Weiner, Frieze, Kukla, Reed, Rest & Rosenbaum, 1971), etc.; los resultados de estos y otros muchos estudios se han orientado a través de dos grandes líneas: a) la que considera que las atribuciones son variables intervinientes que anteceden necesariamente la presentación de elementos tales como la motivación, percepción, conducta , etc. como lo propone el modelo de Weiner (1986); y b) la que establece que aquellos son elementos que se correlacionan con otros procesos y que fungen como constructos hipotéticos a través de los cuales se pueden explicar diversos fenómenos como la depresión en humanos, dentro de esta línea están los modelos de Seligman (1975) y el de Rotter (1966).

A continuación se mencionarán los diversos campos donde la investigación atributiva ha incursionado.

En muchas aplicaciones de las teorías atributivas en áreas como el rendimiento escolar, se observa que el éxito o fracaso no solo está asociado con el grado de dificultad de la tarea a realizar, sino también con el esfuerzo que el sujeto realiza. Este esfuerzo a su vez está estrechamente ligado a las expectativas

(atribuciones) acerca de cuánto puede el propio individuo manipular y controlar los acontecimientos que lo rodean. Estas expectativas tienen un efecto y relación directa sobre la conducta, son significativas en la medida en que contribuyen a que el atributor elabore inferencias subsecuentes con cierta tendencia y contenidos.

En el presente escrito se revisarán tres de los principales modelos existentes acerca del cómo las atribuciones causales se relacionan o tienen diferentes efectos sobre el sujeto atributor: el de Bernard Weiner (1986), el de Martin E.P. Seligman (1975) y el de Julian Rotter (1966). En el primer modelo el autor plantea como fundamental el estudio y comprensión de las atribuciones causales dentro de sus dimensiones básicas: locus de control, controlabilidad y estabilidad. De igual manera propone un estudio atributivo de la conducta orientada hacia el logro, recalcando una teoría emocional-motivacional de las atribuciones.

El modelo de Martin E.P. Seligman (1975) sugiere que las atribuciones se pueden clasificar en términos de las dimensiones: locus de control, estabilidad y generalidad o globalidad. Este autor sostiene que los sujetos conforman expectativas acerca de las relaciones contingenciales o no-contingenciales entre sus conductas y las consecuencias (causas y efectos). Estas expectativas están matizadas por las tres dimensiones de las atribuciones y dependiendo de su combinación se obtendrá uno u otro estilo explicativo/atributivo en particular. Este autor ha dedicado una gran parte de sus investigaciones a estudiar cómo está relacionado el estilo atributivo de un individuo con la presentación de ciertas conductas, por ejemplo, las conductas de desamparo típicas en los sujetos depresivos.

El tercer modelo es el de Julian Rotter (1966), este abordaje enfatiza la teoría del aprendizaje social como punto cardinal para analizar el origen de las acciones en los seres humanos. Para poder entender y predecir estas acciones, es

necesario conocer los valores, las expectativas y las situaciones en las cuales se encuentra inmerso el individuo.

Rotter remarca la noción de control como fundamental para entender el éxito y el fracaso. El control percibido es definido como una expectativa generalizada acerca del control interno o externo de los reforzamientos. Un control interno habla del control y ubicación de los reforzadores en el propio sujeto. Mientras que el control externo establece la ubicación de las fuentes reforzantes en el ambiente donde se desarrolla este sujeto.

Esta dimensión interno-externo es fundamental para el análisis causal de las relaciones contingenciales y no-contingenciales entre los eventos.

2.- Modelos de atribución causal

Kahneman & Varey (1990) consideran que el estudio de la causalidad se ha abordado desde dos perspectivas básicas distintas. La primera se originó a partir de los trabajos de Hume (1739/1978) y de Stuart Mill (1872/1973); y entiende la causalidad en términos de probabilidad contingente entre los eventos. Mill sugiere que a un elemento se le adjudica la calidad de causa si está presente cuando el efecto ocurre y si está ausente cuando el efecto está ausente también. Esto concuerda con lo esgrimido por Kelley en el sentido que el atributor elabora sus juicios inferenciales en base al principio de la covariación, es decir, se puede hablar de relaciones causales entre dos eventos en la medida en que estos confluyen, concuerdan o covarian.

La otra perspectiva de la causalidad define la causa como una "fuerza generativa". Heider & Simmel (1944) reportaron estudios en donde los movimientos paulatinos entre triángulos le da a los sujetos observadores la impresión de una "transmisión de energía cinética" de un triángulo a otro, por esto los individuos inferían que el primer triángulo golpeó intencionalmente al segundo.

Dentro de esta línea de experimentos, Shultz & Schleifer (1983) sugieren que los infantes interpretan la causalidad de los fenómenos físicos en términos de transmisión generativa de energía de la causa hacia el efecto. Ellos sostienen que los niños pequeños no utilizan el criterio de covariación para elaborar sus inferencias causales. Estos autores comentan que la causalidad entre los fenómenos sociales es entendida en función de identificar las "fuerzas generativas" como son las intenciones, motivaciones, disposiciones, expectativas y otras. Estos elementos constituyen los factores que impulsan una gran cantidad de interacción social.

En este capítulo se revisarán a continuación algunos modelos que ponderan elementos tales como las expectativas, las tendencias y las motivaciones, como factores primordiales al momento de la inferencia causal.

A continuación se expondrán tres de los principales modelos existentes que abordan el estudio de las atribuciones y sus repercusiones emocionales, motivacionales y conductuales, etc. sobre el atributor: el modelo de Bernard Weiner (1986), el de Martin E.P. Seligman (1975) y el de Julian Rotter (1966).

2.1. El modelo de Bernard Weiner

El modelo atribucional de la conducta orientada al logro de Bernard Weiner (Weiner & Kukla, 1970) no solo ha tenido influencia sobre los investigadores que trabajan en el área de motivación al logro (achievement motivation), sino también en otras teorías motivacionales y atributivas en áreas tan diversas como: el estudio de la conducta de ayuda (Ickes & Kidd, 1976; Reizenzein, 1986), la soledad humana (Peplau, Russell & Heim, 1979) y la depresión (Abramson, Seligman & Teasdale, 1978), entre otras.

El autor de este modelo retoma algunas ideas centrales formuladas por Heider (1958) y Kelley (1967) y las complementa con algunos de los principios formulados originalmente en el modelo de Atkinson (1958). Considera que la

conducta orientada al logro, puede ser explicada dentro de un marco de (expectativa) X (valor), o sea, la expectativa que posee un sujeto para un éxito futuro (probabilidad subjetiva de éxito), por el valor o incentivo de lograr ese éxito (valencia/ utilidad), y el motivo para acercarse al éxito o evitar el fracaso determinan las actividades encaminadas al logro.

Weiner (1985) expone que posteriormente a la obtención del éxito o fracaso, el individuo se pregunta ¿por qué?; la respuesta (atribución) que da a esta interrogante guiará todas las conductas subsecuentes orientadas hacia la obtención de logro/éxito o para evitar el fracaso.

Actualmente en el modelo se considera que la percepción, el procesamiento de la información y la interpretación de la conducta propia están guiados por los mismos mecanismos utilizados para interpretar la conducta ajena.

Este autor también clasifica las posibles inferencias dadas por los sujetos, según varias características dimensionales: internalidad-externalidad, variabilidad-estabilidad con lo cual hace una reinterpretación de los principios de (expectativa) X (valor) del modelo original de Atkinson.

De acuerdo a este autor, la relación que existe entre (expectativa) X (valor) y las atribuciones es la siguiente: la historia que posee un sujeto respecto al éxito y el fracaso determina en gran medida si en el futuro se esperan éxitos o fracasos. Saber cómo incrementar éxitos y decrementar fracasos asegura que en el futuro seamos capaces de lograr éxito en la vida. Cabe mencionar que las expectativas hacia el futuro no solo son el reflejo de la historia de logros pasados sino también son el producto de las explicaciones al ¿por qué? formuladas por el sujeto mismo ante su obtención de éxito o fracaso.

La dimensión de estabilidad es fundamental en la determinación de causalidad. Cuando se dice que una causa es estable, es porque se ha observado su estabilidad a través del tiempo, y por ende se esperará que su efecto

consecuente también lo sea; en el caso de existir cambios en esa misma causa, se generarán cambios subsecuentes en el efecto. Esta estabilidad en la relación causa-efecto a través del tiempo y a lo largo de diversas circunstancias, fomenta la generación de una expectativa hacia el éxito o fracaso muy particular.

Un estudio clásico dentro de esta línea es el conducido por Meyer (1973): estudiantes de secundaria realizaron una tarea de sustitución de dígitos por símbolos en la cual se indujo experimentalmente la comisión de errores. Después de cada ensayo, se les pidió a los sujetos: a) realizar una estimación de su ejecución en ensayos futuros y b) que respondieran a qué le atribuían los resultados de la prueba: esfuerzo, capacidad, azar o dificultad de la tarea.

Los resultados muestran que los sujetos que le atribuían el fracaso a causas estables o incontrolables (capacidad o dificultad de la tarea) tendían a mostrar una mayor estimación de futuros fracasos.

Mientras que los que le adjudicaban el fracaso a causas variables (esfuerzo personal o azar) tenían índices menores en las estimaciones de futuros fracasos.

Los resultados de este estudio son consistentes con el modelo de Weiner (1985), el cual sostiene que el sujeto al experimentar un resultado particular (éxito o fracaso) va a experimentar y mostrar estados emocionales acordes al resultado, por ejemplo alegría o frustración; de manera paralela se preguntará ¿por qué? y procederá a elaborar atribuciones con base en información específica disponible y en función de varias dimensiones como son el locus de control interno-externo, la estabilidad-inestabilidad a través del tiempo, y la de controlabilidad-incontrolabilidad por parte del sujeto atributor.

Las atribuciones generadas hasta este punto en el modelo de Weiner conducirán a que el sujeto atributor posea tanto reacciones emocionales muy específicas acerca de los resultados como expectativas hacia el futuro ya sea de

éxito o de fracaso. Finalmente todo esto repercutirá y se verá reflejado en las manifestaciones conductuales subsecuentes.

Como puede observarse, este modelo le adjudica funciones de estímulo a las atribuciones.

2.1.1. Consecuencias de las atribuciones sobre las emociones

Atkinson & Birch (1970), especificaron que uno de los incentivos de las actividades orientadas al logro son los estados emocionales anticipatorios, especialmente los relacionados al éxito. Ellos asumen que los seres humanos están motivados para alcanzar el éxito (emociones de orgullo) y para evitar el fracaso (emociones de vergüenza).

Siguiendo la línea propuesta de que toda teoría de la motivación es una teoría de las emociones, Weiner en su planteamiento original (1971) adjudicó a las expectativas hacia el éxito y el fracaso una dependencia estrecha de la dimensión estabilidad; mientras que a las emociones la ubicó más dependientes de la dimensión locus de control. Este autor postuló que los elementos correspondientes al locus interno son el esfuerzo y la capacidad personal, los cuales generan una mayor y más intensa reacción emocional (orgullo y vergüenza) ante el éxito o el fracaso; mientras que las atribuciones adscritas al locus externo, como son la dificultad de la tarea y el azar, generan una menor reacción emocional ante los acontecimientos. La lógica es la siguiente, los éxitos y los fracasos adjudicados a disposiciones personales (esfuerzo y capacidad) se consideran el resultado de la intervención del sujeto o dependientes de él, por lo tanto el sujeto se sentirá más comprometido conductual y emocionalmente con las situaciones consideradas bajo su control personal que con las estimadas bajo el control externo; así la mala suerte y la dificultad o facilidad de la tarea (factores

externos) como factores causales del fracaso e inclusive el éxito no dan lugar ni para el orgullo ni para la vergüenza.

En una reformulación al modelo original de Weiner (Weiner, Russell & Lerman, 1978; Weiner, 1980; Weiner, Graham, Stern & Lawson, 1982 y Weiner, 1985), se argumenta que existe un amplio rango de emociones asociadas al éxito ante las circunstancias además del orgullo, como son la felicidad, alegría, gratitud, desahogo, etc.; así como un mayor número de emociones asociadas al fracaso aparte de la vergüenza como lo planteó originalmente Weiner, así están también el odio, la rabia, depresión y la desesperanza.

Otro de los cambios que se introdujo al modelo original fue plantear que muchos de los estados emocionales se presentaban con mayor intensidad cuando las atribuciones eran ubicadas en el locus externo, por ejemplo la furia se presenta con más facilidad cuando un elemento externo (otra persona) impide lograr el éxito. De manera similar la gratitud y la dicha se elicitan notoriamente cuando otra persona (elemento externo) ayuda a evitar el error o el fracaso.

Todas estas consideraciones llevaron a Weiner a reformular el modelo original y a afirmar que los estados emocionales son dependientes del resultado y no de una dimensión particular. De igual manera afirma que existen estados emocionales típicamente asociados a diferentes atribuciones, a saber:

Atribuciones para el fracaso y sus emociones correspondientes	
Atribución:	Emoción:
Habilidad/capacidad	Incompetencia
Esfuerzo	Culpa
Suerte/azar	Sorpresa
Intervención de otros	Agresión

Tabla 3. Atribuciones y emociones típicas frente al fracaso.

Así como están planteadas reacciones emocionales típicas ante el fracaso, también se bosquejan emociones esperables ante situaciones de éxito, por ejemplo:

Atribuciones para el éxito y sus emociones respectivas	
Atribución:	Emoción:
Habilidad	Confianza
Esfuerzo inestable	Activación
Esfuerzo estable	Relajación
Intervención de otros	Gratitud
Suerte/azar	Sorpresa

Tabla 4. Atribuciones y emociones típicas frente al éxito

Otro aspecto a considerar en sus replanteamientos es la afirmación de que "diferentes emociones están también asociadas con la dimensión de controlabilidad/incontrolabilidad", por ejemplo, la reacción de **culpa se elicit**a cuando el **fracaso es atribuido** a un **factor interno controlable** por el sujeto (esfuerzo o falta de).

Quando el fracaso es imputable a causas internas incontrolables (por ejemplo una deficiencia motora que impide correr) lo que genera son sentimientos de pena o vergüenza.

De igual manera, las emociones también son dependientes de la dimensión estabilidad/variabilidad. Weiner (1985) comenta que dado que las expectativas de éxito/fracaso están asociadas también a la estabilidad causal, existen emociones típicas ante el fracaso ocasionado por factores estables, una de estas emociones es el miedo, ¿ por qué miedo ?, porque si se sabe de antemano que el fracaso es inminente, se le "esperará" con temor.

Por otro lado, las emociones de esperanza surgen cuando el fracaso es adjudicado a causas variables, la pregunta obligada es ¿ por qué ? y la respuesta es que a pesar de un fracaso previo, la esperanza surge porque se sabe que si se emplea menor o mayor esfuerzo (factor variable), las cosas pueden cambiar.

Este es un modelo emocional-motivacional de las atribuciones.

El modelo sostiene que se utilizan los mismos criterios para evaluar tanto el comportamiento propio como el ajeno. Weiner (1986) ha estudiado situaciones como la siguiente: ¿ cómo juzgar a los individuos que solicitan ayuda por tener problemas?. Este autor afirma que si se observa a un sujeto tener problemas por causas relacionadas o imputables a su control personal, aflorarán sentimientos de coraje. Weiner supone que las personas están dispuestas a ayudar a un individuo si considera que las causas de su "desgracia" son incontrolables por el sujeto mismo, la ayuda se niega si el atributor detecta en el sujeto la posibilidad de controlar las causas de sus problemas.

Se supone que las emociones son los mediadores entre la percepción de control y la conducta de ayuda. Weiner sostiene que las atribuciones guían las emociones y éstas a la conducta manifiesta.

2.1.2. Consecuencias de las atribuciones sobre la motivación y la conducta

El estudio de Meyer (1973) está considerado no sólo como un experimento clásico dentro de esta línea de trabajo, sino también como el primero que exploró cómo se da la relación entre atribuciones, motivación y ejecución.

En este trabajo Meyer midió la velocidad de ejecución ante una tarea de sustitución de dígitos por símbolos como variable dependiente. Se indujo experimentalmente al error. Se observó que los sujetos que atribuyeron su error o fracaso a factores estables como son la falta de capacidad y dificultad de la tarea, emplearon un mayor tiempo para responder en un segundo ensayo, comparados con los sujetos que atribuyeron el fracaso a factores variables. Los individuos que adscribieron el fracaso a factores variables como son el azar y el esfuerzo, tendieron a responder con mayor velocidad en ensayos posteriores.

A partir de estos hallazgos empíricos se ha generado una línea de trabajo en humanos: el reentrenamiento atributivo. Este está orientado a trabajar con sujetos cuyas atribuciones oscilan usualmente alrededor de las dimensiones de estabilidad y controlabilidad, es decir, se entrena a los sujetos para que cambien sus atribuciones "rígidas" por otras más orientadas hacia la idea de causalidad dependiente de factores variables y controlables.

Aquí se encuentran trabajos dedicados a incrementar la persistencia (esfuerzo) para mejorar la ejecución: Chapin & Dyck (1976) entrenaron a sujetos a atribuirle el éxito y el fracaso al esfuerzo empeñado ante el tareas de lectura. Dweck (1975) trabajó con niños en tareas aritméticas y los entrenó para incrementar su esfuerzo para lograr el éxito escolar.

Gettling-Stiller, Gerling, Stiller, Voss & Wender (1979) entrenaron a niños alemanes con baja motivación al logro a incrementar su "persistencia" ante tareas académicas difíciles.

Schunk (1983) trabajó con niños con dificultades en la aritmética y los entrenó a combinar eficacia/esfuerzo para obtener el éxito en tareas escolares.

Zoeller, Mahoney & Weiner (1983) investigaron el cumplimiento de tareas de coordinación psicomotriz, la cual dependía en gran medida, de un incremento en la motivación al éxito. Medway & Venino (1982) estudiaron la persistencia empleada en tareas de discriminación visual y como ésta se mejoraba gracias a la constancia/esfuerzo puesta en el trabajo

Weiner (1985) afirma que ciertas emociones "favorecen" más la ejecución, por ejemplo, ante una situación de fracaso, los sentimientos derivados de las atribuciones elaboradas alrededor de la falta de esfuerzo (culpa), tienden a activar la ejecución; mientras que las emociones típicas generadas por las atribuciones de falta de capacidad personal (vergüenza y humillación), interfieren negativamente sobre la conducta.

El ámbito clínico se ha enriquecido con la formulación de estrategias terapéuticas derivadas de la investigación atributiva.

En este sentido, se cuenta con propuestas de intervención en áreas como la de terapia marital; en este rubro, Bradbury & Fincham (1990) sugieren poner atención en la evaluación y manejo de atribuciones adecuadas para lograr tanto una mejoría en la comunicación así como una disminución en la agresión conyugal.

Dentro del campo de los problemas psiquiátricos, Barrowclough, Tarrier, Vaughn, Bamrah, & Freeman (1987; Barrowclough, Johnston & Tarrier, 1994) han llevado a cabo un programa de investigación en esquizofrénicos dados de alta de algunas instituciones psiquiátricas. Estos autores evaluaron el locus de control en cada uno de los miembros de las familias de estos clientes, y encontraron que los sujetos que le adjudicaban a su pariente con diagnóstico de esquizofrenia un locus de control interno en relación al origen de su problema psiquiátrico, tendían a rechazarlos, maltratarlos, agredirlos e inclusive imputarles

la responsabilidad de su condición psicótica; mientras que los que les adjudicaban un locus externo a los sujetos con esquizofrenia, tendían a ser más tolerantes, benévolos y cooperaban en las tareas asignadas por los terapeutas en el programa de entrenamiento. Los objetivos de este trabajo eran: lograr un cambio en las atribuciones de causalidad de los parientes de esquizofrénicos, a fin de que los sujetos dados de alta contaran con un mayor apoyo familiar.

2.1.3. Diferencias individuales

Si las atribuciones influyen tanto sobre las expectativas futuras al logro como en las emociones y si estas a su vez repercuten sobre la conducta manifiesta, entonces, las diferencias interindividuales en la generación de atribuciones causales sobre el éxito y el fracaso, estarán asociadas con diferencias en la conducta manifiesta. Weiner (1986) argumenta que las diferencias interindividuales en la conducta orientada al logro, son el resultado directo del tipo y variedad de atribuciones elaboradas por los individuos hacia el éxito y el fracaso y concluye afirmando que los individuos con índices altos en motivación se comportarán de la siguiente manera:

a) actuarán con mayor vigor puesto que suponen que los resultados dependen del esfuerzo empeñado.

b) se involucrarán con mayor facilidad en actividades que los conduzcan al éxito.

c) seleccionarán actividades cuyo grado de dificultad sea medio, pues saben que aquellas son las que mejor estimulan el esfuerzo, no así las extremadamente difíciles y las extremadamente fáciles.

d) persistirán ante el fracaso, porque parten del supuesto de que aquél es el producto de la falta de esfuerzo.

Mientras que los sujetos con índices bajos en motivación tenderán a:

- a) no involucrarse en actividades cuyo "desenlace" se lo adjudiquen a factores externos.
- b) desertarán fácilmente ante el fracaso o perspectiva de fracaso.
- c) seleccionarán siempre actividades sencillas o cuya dificultad sea mínima.
- d) se comportarán con poco vigor y entusiasmo.

A manera de conclusión, los puntos más relevantes del modelo de Weiner son los siguientes:

- La clasificación de las atribuciones de locus interno en: atribuciones de esfuerzo (controlable) y capacidad (incontrolable); así como las de locus externo en: atribuciones de suerte o azar (inestable) y de dificultad o facilidad de la tarea (estable).

- Los fracasos adjudicados al locus interno y considerados bajo el control del sujeto provocarán un mayor compromiso del sujeto en el proceso de cambio.

- Los fracasos imputados al locus interno y considerados fuera del control del sujeto, conllevan hacia una actitud de incompetencia y poco involucramiento del individuo en los acontecimientos.

2.2. El modelo de Martin E. P. Seligman

Los principios atributivos no solo han sido utilizados para entender fenómenos como la conducta orientada al logro, sino también dentro del campo de lo que algunos autores rotulan como el fenómeno del desamparo aprendido y sus concomitantes con la depresión humana.

2.2.1. El modelo original del desamparo aprendido.- Este fenómeno fue reportado por primera vez por Overmier & Seligman (1967) y Seligman & Maier

(1967) cuando realizaban unos experimentos sobre aprendizaje de evitación en perros. En una primera fase del experimento típico, los perros fueron colocados dentro de un espacio experimental donde no les era posible escapar de los choques eléctricos los cuales se aplicaban independientemente de las conductas del animal.

En una segunda fase del experimento, los sujetos fueron colocados en una caja experimental en la cual ellos si podían evitar el choque, siempre y cuando brincaran sobre una barrera. Seligman y sus colaboradores descubrieron que los perros que previamente habían recibido los choques inevitables en la primera fase, posteriormente mostraban reacciones inusuales (déficits motivacionales, emocionales y conductuales) a pesar de que ya había pasado un periodo considerable de tiempo entre la primera y la segunda fase. A este estado de déficit generalizado le llamaron: desamparo aprendido. Los sujetos en cuestión se mostraban apáticos, poco reactivos, y en vez de brincar la barrera se comportaban con pasividad, gemían y se "entregaban" al choque.

Estos resultados se replicaron a través de especies diferentes; inclusive se han encontrado respuestas similares en humanos expuestos ante contingencias inevitables (Wortman & Brehm, 1975).

Seligman afirma que un organismo expuesto a situaciones fuera de su control, puede desarrollar la expectativa, de que no será capaz de controlar eventos semejantes (expectativa de incontrolabilidad). Se supone que esta anticipación o expectativa de incontrolabilidad conduce a los déficits típicos del desamparo aprendido.

Este modelo de Seligman ha sido utilizado para explicar la depresión humana dado que ambos fenómenos comparten déficits conductuales, motivacionales y emocionales. No obstante, este modelo tiene serias dificultades para explicar ciertos aspectos de la depresión; Abramson & Sackheim (1977) han

apuntado que una de las características de los sujetos depresivos son los sentimientos de culpa y el responsabilizarse por los eventos negativos que suceden. Esta tendencia a sentirse responsables y a culparse por lo negativo implica que estos eventos se pudieron haber evitado, es decir, controlado.

En este modelo se afirma que los sujetos se caracterizan por tener la firme creencia de que no se consideran responsables, ni con la capacidad de controlar los acontecimientos que les suceden. Este planteamiento del modelo es inconsistente con el síndrome depresivo e insostenible desde un marco de referencia clínico: los depresivos se auto-culpan y auto-responsabilizan de todo lo negativo. (ver la revisión de Janoff-Bulman, 1979).

2.2.2. El modelo reformulado.- En 1978 Abramson, Seligman & Teasdale presentaron la reformulación de su modelo original a fin de subsanar las deficiencias y debilidades del mismo. Peterson & Seligman, (1984) comentan que en el momento en que la teoría subyacente al modelo del desamparo aprendido fue incapaz de explicar satisfactoriamente la generalidad y cronicidad de los síntomas depresivos en humanos, se hizo el intento de abordar estos fenómenos a través de las teorías atributivas (p. 347). En este nuevo planteamiento, los autores apuntan que los sujetos que experimentan incontrolabilidad tienden a preguntarse ¿ por qué fui incapaz de controlar este evento ?. La respuesta propuesta (atribución causal) estará determinada por la expectativa de controlabilidad que posea el sujeto, la que a su vez determinará que el sujeto presente conductas de desamparo ante futuros eventos desafortunados.

El modelo reformulado incluye una clasificación de las atribuciones causales en tres dimensiones: locus de control, estabilidad y globalidad. Cada dimensión es responsable de diferentes aspectos de la expectativa de controlabilidad y de las manifestaciones subsecuentes de desamparo. La dimensión

locus de control determina si se generan dudas acerca de la auto-estima del sujeto en el momento de experimentarse la no-contingencia. Por ejemplo, si un sujeto adscribe el origen de sus errores a fallas personales (internas), es muy probable que esta percepción de incapacidad lo lleve a dudar de su valía; pero si supone que la situación o tarea a enfrentar es irresoluble y que nadie la puede resolver (factor externo), entonces su auto-estima no sufre deterioro ya que el sujeto percibe que el no es menos competente que los demás. A los déficits conductuales típicos del desamparo determinados por el locus interno se les denomina "desamparo personal", mientras que los adjudicados al locus externo se les rotula "desamparo universal" (Abramson y cols, 1978).

La dimensión estabilidad a través del tiempo determina lo agudo o crónico del desamparo, por ejemplo, si un individuo atribuye la incontrolabilidad del evento (perder un trabajo) a factores estables como son la incapacidad personal (interno), o la situación económica del país (externo), el desamparo permanecerá un largo tiempo debido a que el sujeto no percibirá ninguna posibilidad de un cambio en su infortunio. En tal caso se hablará de "desamparo crónico". En cambio si esa dificultad es adscrita a factores inestables como son el descuido o la falta de esfuerzo (interna) o a la mala suerte (externa), el sujeto percibe la posibilidad de un cambio, a esto se le llama desamparo temporal.

Ahora bien, ambas dimensiones, la de locus de control y estabilidad dan lugar a la introducción de la dimensión generalidad-especificidad, la cual hace referencia al radio de influencia de los efectos de la situación considerada no-contingente, es decir, una causa es más general o global en la medida en que afecta una gran cantidad de áreas de funcionamiento del sujeto y será más específica si solo repercute en un aspecto o área de la vida, considérese el siguiente ejemplo, si la falla ante una tarea motora es atribuida a la falta de inteligencia (factor de tipo global) se esperará que muchas otras áreas de la vida del individuo estén

afectadas también, como por ejemplo el área de desempeño laboral, la de relaciones interpersonales, etc.; pero si esa misma falla es imputada a un déficit motor particular (causa específica), no se esperarán fallas o deficiencias en otros renglones en la vida del sujeto.

La intensidad de los síntomas de desamparo estará determinada también por la certeza o no que el sujeto posea sobre el futuro de los acontecimientos así como por la importancia que le confiera a los mismos.

2.2.3. Estilo explicativo (atributivo) y su relación con la conducta.- Peterson & Seligman (1984) afirman que las atribuciones que elabora una persona acerca de la controlabilidad o incontrolabilidad de los eventos están determinadas en primera instancia por los factores externos situacionales (realidad de los eventos) y después por los factores de personalidad. Es decir, frente a los hechos de la realidad, la tendencia de la personalidad determinará qué explicación dará un individuo particular. A esta tendencia o disposición de la personalidad le llamaron estilo atributivo o estilo explicativo. Ellos postulan que un estilo atributivo que considera atribuciones internas, estables y globales para los eventos negativos incrementa la posibilidad de caer en un cuadro depresivo o de desamparo después de ocurrido el evento.

¿ Por qué unos sujetos desarrollan síntomas depresivos después de un hecho desafortunado y otros no ? Este modelo sostiene que existe una susceptibilidad hacia el desamparo y a la depresión. Un estilo explicativo/atributivo de este tipo constituye un factor de riesgo para la depresión.

Las sugerencias que hacen estos autores para un trabajo en el ámbito clínico son: sugerirle a los sujetos que intenten reducir el uso de atribuciones internas, estables y globales para enfrentar el fracaso, así como también la

disminución en la utilización de atribuciones externas, específicas y variables para explicar el éxito.

Esta teoría atribucional del desamparo aprendido ha despertado mucho interés entre los investigadores y ha generado mucha investigación empírica sobre la misma, de manera particular, se ha explorado el llamado "estilo atributivo". Los estudios llevados a cabo para probar este modelo generalmente han consistido en medir las atribuciones de sujetos depresivos y no-depresivos durante la realización de diferentes tareas en el laboratorio así como el interrogarlos acerca de eventos críticos de la vida. Se ha trabajado con diferentes muestras de población: estudiantes universitarios (Peterson, Semmel, von Baeyer, Abramson, Metalsky & Seligman, 1982), adolescentes (Golin, Sweeney & Shaeffer, 1981), niños (Seligman, Peterson, Kaslow, Tanenbaum, Alloy & Abramson, 1984), y mujeres de escasos recursos (Brown & Harris, 1978). Los sujetos de estos estudios fueron catalogados como depresivos o no según sus respuestas ante diversas pruebas de personalidad como el MMPI y/o inventarios para detectar depresión como el Inventario Beck sobre Depresión y otras medidas. Los resultados de prácticamente todos estos estudios demuestran una tendencia, en los sujetos depresivos, a adjudicar el fracaso a factores internos, globales y estables.

Nótese que desde la óptica de este modelo, la depresión está correlacionada positivamente con la "internalidad" en los sujetos, lo cual contradice lo reportado en el modelo de Rotter y en el de Weiner. Las razones de esto son las siguientes: a) cabe aclarar que Seligman y cols. (1978) emplearon su modelo para explicar solamente el fenómeno del desamparo; b) en este modelo del desamparo, Seligman introduce la noción de responsabilidad, es decir, el sujeto asume o no la responsabilidad de lo que acontece; la responsabilidad es vista en ocasiones como sinónimo de culpabilidad, c) la controlabilidad está definida en

función de poseer o no responsabilidad ante lo adverso, no como la capacidad para manipular los acontecimientos.

Más recientemente se ha realizado trabajo en personas con diagnóstico clínico de depresión, es decir, clientes en terapia (Raps, Peterson, Reinhard, Abramson & Seligman, 1982; Raps, Peterson, Jonas & Seligman, 1982), los resultados de estas investigaciones también confirman las suposiciones de este modelo.

Ahora bien, Seligman y sus colaboradores se preguntan de dónde proviene este estilo explicativo, y la respuesta que ofrecen es: este estilo se aprende dentro del medio social donde se desarrollan los sujetos, a lo largo de la interacciones sociales, esencialmente a través de los padres, principalmente la madre.

También por la influencia del tipo de retroalimentación, -positiva o negativa- hecha por los maestros ante los errores cometidos en la escuela. Otro factor señalado por los autores es la muerte de la madre antes de la adolescencia de los hijos (Seligman y cols, 1984).

Cabe recalcar los siguientes datos encontrados por estos autores: existe correlación positiva entre el estilo explicativo/atributivo depresivo entre madres y los reportes de síntomas depresivos en sus hijos varones, no así entre sus hijas. En lo que respecta al papel del estilo explicativo del padre sobre sus hijos, no se han encontrado correlaciones significativas. Estos datos aunque no son concluyentes, dada la muestra de población con la que se trabajó $N= 83$; si permiten afirmar que el estudio del estilo explicativo/atributivo puede, tentativamente, ayudar a predecir la aparición de síntomas depresivos. Además, este modelo propone formas de intervención psicoterapéuticas encaminadas a combatir ciertos síntomas depresivos.

A manera de resumen, este modelo aporta esencialmente lo siguiente:

- La atribución de controlabilidad es fundamental para explicar las conductas de desamparo, es decir, los sujetos con expectativas de incontrolabilidad para los fracasos y problemas ocasionados por factores internos o externos, asumirán una actitud de desamparo. La dimensión de internalidad está estrechamente vinculada con la dimensión de controlabilidad.

- El estilo explicativo que pondera atribuciones internas, estables y globales para los eventos negativos, suscita cuadros depresivos.

- Existe una susceptibilidad hacia la depresión.

- Seligman introduce la noción de responsabilidad como sinónimo de causalidad ante los acontecimientos, lo cual le confiere una conotación valorativa a las atribuciones.

2.3. El modelo de Rotter

La primera investigación empírica que utilizó la distinción externo-interno dentro de un contexto social fue la de Thibaut y Reicken (1955). Estos autores mencionan que la distinción había sido mencionada anteriormente por Heider & Simmel (1944) y Lewin (1935).

El locus de control está relacionado con la pregunta de si un sujeto considera o no que su propia conducta, habilidades o disposiciones internas determinan el reforzamiento que recibe (Rotter, Chance & Phares. 1972).

Este autor desarrolló dicho constructo para ubicar algunas de sus ideas anteriormente desarrolladas dentro de la teoría del aprendizaje social.

Esta teoría propone que en cuanto los niños maduran, empiezan a elaborar creencias y expectativas acerca de las contingencias que se establecen entre sus conductas y los efectos de éstas. El reforzamiento fortalece las expectativas de que un evento o conducta particular serán seguidas por reforzamiento en el futuro.

El sujeto aprende a discriminar entre las conductas y sus efectos, y tiende a generalizar sus creencias sobre este tipo de relaciones. La generalización de expectativas acerca de las relaciones contingenciales conforman la base a partir de la cual se genera la idea del locus de control.

Si se representa a los individuos a lo largo de un continuo, se tiene por un lado, a los internos que consideran ser efectivos en controlar y determinar la ocurrencia de reforzamiento, es decir, estos sujetos consideran que ellos y/o su conducta son la causa directa del reforzamiento y por otro, a los externos, los cuales creen que existen factores más allá de su control (destino, suerte, etc.), los cuales determinan la presencia de los eventos; estos sujetos poseen expectativas negativas tanto hacia el éxito como ante la posibilidad de controlar el medio a través de la conducta.

Algunos autores (Coan, 1974; Rotter, 1975; Phares, 1976; Weiner, 1985) argumentan que los individuos desarrollan expectativas acerca del locus de control en relación a diversas áreas de funcionamiento (por ejemplo las expectativas hacia el éxito, las de control emocional, de interacción social, etc.). Estas expectativas se "transfieren" de un área a otra y por lo tanto se generalizan y se refuerzan.

Se sugiere que la percepción de control es un proceso paulatino (Lefcourt, 1982), que se va formando a través de la contrastación de "eventos-expectativas-resultados", el cual va conformando una orientación interna-externa hacia los hechos y eventos en general. De tal forma que los términos control "interno" o "externo" hacen referencia a la tendencia general de considerar los efectos contingentes o no contingentes sobre las acciones.

Diferentes formas de funcionamiento psicológico inadecuado están asociadas, parcialmente, con la inhabilidad de realizar juicios temporales y causales correctos (como en la esquizofrenia, neurosis de ansiedad, conductas adictivas, de auto-castigo, etc.). Aquí se puede observar que los sujetos más

eficientes en el manejo de la información, valoración de relaciones causales y observación objetiva de los significados potenciales de los fenómenos, tienden a realizar evaluaciones más rápidas y acertadas sobre las opciones disponibles y por ende a conformar estrategias de acción más eficientes a corto y a largo plazo.

Se ha observado que los sujetos internos presentan mejores conductas de afrontamiento que los externos (Lefcourt, 1982); dado que parten del hecho de que sus actos pueden controlar las fuerzas del medio y/o recuperarse ante sus inclemencias. Aquí radica la diferencia fundamental entre este modelo y el de desamparo aprendido, Seligman habla de responsabilidad hacia lo adverso como característico de los sujetos con locus interno; Rotter lo define en términos de habilidad o inhabilidad para manejar las contingencias.

Cabe recalcar que el interés de Rotter en este constructo locus de control, originalmente surgió no por razones teóricas sino gracias a la observación de ciertos problemas encontrados en el proceso psicoterapéutico. El menciona que quería conocer por qué algunos clientes se "enriquecen" con nuevas experiencias en la vida o cambian su conducta en función de estas nuevas experiencias, mientras que otros sujetos parecen descontar y rechazar toda información proveniente de acontecimientos novedosos y a atribuirle todo el éxito al azar o a la ingerencia de los demás.

No importa que experiencias se tengan, lo que interesa es cómo las interpreta el sujeto. Si el sujeto las interpreta como situaciones fuera de su campo de acción, no las tomará en cuenta para regular su conducta.

A este respecto, dentro de lo que podría ser una teoría del desarrollo psicológico desde la perspectiva de Rotter, el niño no asimila nuevas experiencias de secuencias causa-efecto si son percibidas como no contingentes; es decir, el infante no aprenderá de sus experiencias a menos de que él considere que estas experiencias estén legítimamente ligadas a su control.

Finalmente, resta comentar que las aportaciones de este autor en lo que respecta a locus de control constituyen la base para una línea de investigación atributiva donde el constructo locus de control es correlacionado con otras variables y es utilizado para predecir ciertos comportamientos como son : locus de control y actividad cognoscitiva, locus de control y conducta de afrontamiento, locus de control y psicopatología, etc.

Los elementos fundamentales del modelo de Rotter son los siguientes:

- La dimensión externo-interno reviste una gran importancia a través del locus de control.
- Un locus de control interno está asociado con mejores respuestas de afrontamiento ante los problemas.
- El locus de control externo se asocia de manera constante con la presentación de problemas psicológicos.

Para concluir cabe agregar que estos modelos permiten explicar algunos fenómenos encontrados dentro y fuera del ámbito clínico como son la depresión, motivación al logro, involucramiento y compromiso con las tareas asignadas, evitación al fracaso, etc.

De igual manera, proporcionan elementos para estudiar los estilos explicativos de los seres humanos, tanto ante situaciones de conflicto o fracaso como ante las de éxito y bienestar o

CAPITULO 3

Introducción

En este capítulo se plantea el panorama actual de los trabajos realizados dentro del área de psicología clínica con una perspectiva atributiva. Esencialmente se referirán las investigaciones que han abordado el estudio de la dimensión locus de control: interno-externo.

A lo largo de este trabajo el concepto locus de control se considerará como un constructo hipotético que permite predecir y explicar, dentro de cierto rango, conducta observable. Este constructo puede ser una herramienta de trabajo para los estudiosos del comportamiento. Hawkins (1992) comenta que los constructos tienen cierta clase de utilidad para las teorías psicológicas en tanto sirven para predecir conductas, mas no para tomárseles como causas de las mismas. Por ejemplo, demostrar una correlación positiva entre locus de control de tipo interno con conductas depresivas en un sujeto, no implica hablar de relaciones causales necesariamente.

En el presente trabajo, se plantea la utilización de la dimensión interno-externo como un indicador de ciertas tendencias comportamentales y/o de cierto estilo interactivo entre el sujeto y el medio.

A través de este capítulo se podrá constatar que los datos existentes al respecto del locus de control y diversos temas inherentes al área clínica han sido poco explorados o no son totalmente consistentes.

Ribes (1989) comenta que la disciplina psicológica ha seguido senderos paralelos como ciencia y como profesión. Como toda ciencia, se caracteriza por abstraerse de los eventos y circunstancias concretas para luego plantear leyes o principios generales para la comprensión del comportamiento; como profesión hace alusión al saber práctico y conocimiento tecnológico referidos a resultados en circunstancias concretas (p. 848).

Cabe preguntarse la manera de conciliar estas dos facetas de la psicología. Tal vez la división de la investigación en básica y aplicada es una realidad constituida por líneas paralelas, cuyos puntos de unión se presentan intermitentemente.

El área de las teorías atributivas es un campo muy prolífico, un crisol donde los estudiosos interesados en la investigación básica, han analizado extensamente los procesos más abstractos del área y hasta muy recientemente no habían puesto atención en la posibilidad de realizar investigación atributiva en diversos campos de aplicación como son el salón de clases, la comunidad, el hogar, los centros de trabajo y la clínica.

Para algunos autores es evidente que la psicología social y las teorías atributivas, pueden hacer contribuciones a los procedimientos tradicionales de la psicología clínica (Weiner, 1985); vista ésta como un campo de aplicación del conocimiento psicológico.

Gracias al énfasis puesto en lo mencionado en el punto anterior, los investigadores que trabajan dentro del campo clínico pueden encontrar las formas para que la información proveniente de los estudios atributivos sobre procesos básicos, pueda ser implementada en esta área de la psicología, es decir, el campo aplicado se ve enriquecido con las aportaciones de la investigación básica. Este es un ejemplo de los puntos de unión entre la investigación básica y la aplicada.

Dado el avance teórico y empírico de las teorías atributivas, se han hecho serios intentos de adaptar los principios atribucionales en el cambio conductual para así aplicarlos en los problemas de la psicología clínica (Försterling, 1988). A partir de la publicación del trabajo "Toward an attribution therapy: the reduction of fear through induced cognitive-emotional misattribution" de Ross, Rodin & Zimbardo (1969), se sucedieron una serie de estudios que plantearon el uso potencial de la investigación atribucional en la psicoterapia; por ejemplo, Brockner & Swap (1983), han realizado estudios donde se induce a los sujetos a cambiar el

tipo de atribuciones causales acerca el origen de su insomnio; Storms & McCaul (1976), han conducido investigaciones en sujetos con problemas de lenguaje, los datos de estos trabajos han llevado a los autores a plantear la existencia de correlaciones positivas entre atribuciones inadecuadas y un aumento en las irregularidades del habla. Por su parte Liebhart (1978), al trabajar con sujetos fóbicos, concluyó que los miedos exagerados hacia diversos elementos son atribuciones disfuncionales e irracionales, por lo tanto sugiere que se trabaje, en primera instancia, en la modificación de estas atribuciones para posteriormente implementar cualquier otro tipo de intervención terapéutica. Sugerencias semejantes plantean Davison & Valins (1969) y Valins & Nisbett (1971), al estudiar el dolor crónico y la farmacodependencia en humanos, respectivamente.

Según Michela & Wood (1986) las teorías atribucionales son las que exploran los efectos de las atribuciones en el sujeto atributor, particularmente sobre sus conductas tanto abiertas como encubiertas.

Cuando el sujeto lleva a cabo un proceso inferencial, las conclusiones o sus juicios pueden ser producto de un procesamiento adecuado (inferencia real y objetiva) o el resultado de uno inadecuado (inferencias equívocas o erróneas). Tanto unas como otras pueden constituir atribuciones causales cuyas consecuencias son harto distintas: las inferencias reales conducirán a adoptar un comportamiento de adaptación más eficaz, es decir, las inferencias objetivas constituyen aproximaciones racionales de la conducta al medio y la realidad (Fösterling, 1988); y por otro lado, las inferencias equívocas o erróneas pueden desencadenar una aproximación disfuncional y más ineficiente en lo tocante a la valoración y adaptación al medio.

En este sentido, están los estudios de Schachter & Singer (1962) donde los autores utilizan el cambio en las atribuciones con propósitos terapéuticos. A los sujetos experimentales de estos estudios, se les hizo creer que sus reacciones emocionales inadecuadas (depresión severa) no eran originadas por causas

internas (personalidad neurótica) sino más bien por causas externas como los problemas económicos, conflictos con la pareja, los hijos, etc.; lo cual contribuyó para que los sujetos disminuyeran notablemente la severidad de los síntomas.

De manera paralela, los experimentos sobre procesos básicos se han visto enriquecidos con las contribuciones y datos generados dentro de escenarios concretos de la vida real, cuyo trabajo se traduce en críticas y sugerencias interesantes.

Existen planteamientos formulados por algunos científicos que se han abocado a estudiar las atribuciones como actos lingüísticos y sociales; por ejemplo Hewstone & Jaspars (1987) plantean que dentro de la investigación básica poco se menciona acerca de que los procesos atributivos pueden estar determinados por las creencias y expectativas sociales de los sujetos atributores. El contexto social es olvidado frecuentemente dentro de las teorías atributivas; Eiser (1985) comenta que los estudios típicos sobre atribución causal se llevan a cabo con sujetos adultos y los resultados obtenidos se plantean como si los datos pertenecieran a todo el género humano; aquí se soslaya el hecho de que los sujetos experimentales pertenecen a un grupo social con un lenguaje y sistema de creencias compartidas.

Hewstone, Jaspars & Laljee (1982) estudiaron las explicaciones ante el éxito y fracaso escolar proporcionadas por miembros de dos diferentes grupos sociales. Los resultados muestran diferencias significativas en las respuestas de ambos grupos.

En este sentido, se ha llevado a cabo una gran cantidad de investigación acerca de los estereotipos étnicos, sociales, culturales, de relaciones intergrupales, prejuicios sociales, etc. Aún cuando existen resultados contradictorios en esta área, se considera que abordar estos fenómenos desde una perspectiva atributiva, proporcionará una mayor posibilidad de entender el efecto del contacto social

sobre las creencias y valores en miembros pertenecientes a diferentes grupos sociales, étnicos y culturales.

De igual forma, Hilton (1992), ha aportado estrategias metodológicas alternativas para el estudio de las inferencias causales al realizar investigaciones sobre atribuciones y opinión pública acerca de fenómenos y desastres sociales como por ejemplo el impacto, en la sociedad norteamericana, de la explosión del Challenger (transbordador espacial) en 1986.

A manera de conclusión, cabe mencionar que la investigación básica atributiva ha contribuido con los diversos campos de aplicación de la psicología aportando distintos elementos teórico-conceptuales; de igual manera la psicología aplicada, particularmente el área clínica, ha contribuido a enriquecer la investigación básica a través de diversas sugerencias empíricas y estrategias metodológicas.

3. Estado actual de la Investigación atributiva en el área clínica

Toda la investigación atributiva que se ha llevado a cabo hasta la fecha, ha redituado en un avance notable tanto en lo teórico como en lo empírico. Esto ha generado serios intentos por aplicar ciertos principios derivados de los supuestos atributivos en los diversos problemas que se suscitan dentro del ámbito de la psicología clínica.

A continuación se presenta una breve revisión del estado actual de la investigación atributiva dentro del contexto de la psicología clínica, dicha revisión se enfocará esencialmente en las áreas de evaluación psicológica y la de intervención terapéutica.

3.1. Evaluación psicológica

Barnett & Gollib (1988) mencionan que la intervención clínica psicoterapéutica se lleva a cabo en todo aquello que se plantea como causas de

los problemas conductuales de los clientes, por ejemplo: si se considera que las creencias inadecuadas o los déficits en habilidades sociales constituyen las causas de la depresión, entonces los objetivos del trabajo terapéutico con sujetos depresivos se enfocará en la manipulación de estas creencias inadecuadas y en la modificación de los déficits en habilidades sociales. Es decir, se interviene directamente sobre las causas putativas de la depresión; esto con base en la suposición de que constituyen los factores causales y contribuyen en la aparición y/o mantenimiento de la depresión. Por razones similares, la recomendación de la ingesta de sustancias vasoactivas (como el vino tinto y el chocolate) constituye uno de los focos de programas terapéuticos para el tratamiento de dolores crónicos de cabeza, pues se supone que los dolores de cabeza son causados -en parte- por problemas circulatorios a nivel cefálico. Este es otro ejemplo de la aplicación directa de la intervención terapéutica sobre las causas tentativas de todos estos efectos y/o síntomas molestos (Blau & Diamond, 1985; Levor, Cohen, Naliboff, McArthur & Heuser, 1986).

Ahora bien, detectar el papel de las variables causales de los problemas psicológicos es fundamental para la implementación de programas certeros de intervención, al grado tal que algunos autores como Axelrod (1987), Luiselli (1991) y Repp, Felce & Barton (1988), han enfatizado la realización de análisis causales basados empíricamente para posteriormente desarrollar propuestas efectivas de intervención. Otros estudiosos (Bootzin, 1975, Emmelkamp, 1986, Wolpe, 1977, Repp & cols. 1988) han sugerido que los errores en el análisis causal de los problemas de los clientes (por ejemplo la identificación errónea u omisión de importantes variables causales) han conducido a optar por tratamientos inadecuados.

Un buen análisis causal y un adecuado diagnóstico de los problemas de los sujetos constituye un elemento cardinal dentro de todo proceso psicoterapéutico.

Usualmente el terapeuta cuenta con diversos apoyos como lo son su experiencia, su entrenamiento profesional, las lecturas empleadas para orientar sus juicios, y sus apreciaciones personales que finalmente son apreciaciones subjetivas acerca de los datos proporcionados por el cliente; pero como todo juicio personal y subjetivo, está sujeto a errores.

Al psicólogo clínico se le puede facilitar la identificación de las variables causales a través de las siguientes estrategias: análisis de la bibliografía, la utilización de indicadores causales, empleo de intervenciones manipulativas, utilización de mediciones de series temporales y la consideración de los auto-reportes de los clientes.

a) Análisis de la bibliografía.- Este punto hace referencia al proceso de identificación de un amplio rango de variables causales vía la revisión de la bibliografía relevante existente sobre psicopatología, problemas de conducta y diagnóstico. Por ejemplo Mace, Lalli & Lalli (1991) tienen identificadas diversas variables experimentalmente comprobadas en la génesis y mantenimiento de la agresión y auto-mutilaciones.

Al identificar claramente los problemas conductuales de los sujetos y los factores causales o desencadenantes gracias a lo reportado en la bibliografía, el psicólogo clínico orienta su juicio y con esto puede manipular y reducir el amplio rango de variables causales potenciales para la generación de un conflicto.

b) Utilización de indicadores causales.- Un indicador causal es un índice de la "fuerza" de una relación causal. La identificación de un indicador requiere de una alta capacidad analítico-sintética en el investigador, además de que el indicador se correlacione con la magnitud de la relación causal putativa a través de numerosas mediciones y/o a lo largo de muchas personas; por ejemplo Mendlewicz, Kerhofs, Hoffman & Linkowski (1984) estudiaron la sintomatología en pacientes depresivos y utilizaron como indicador los resultados de una prueba de latencia de los REM's (movimientos oculares rápidos) para discriminar a los

sujetos depresivos de los no-depresivos. También están los trabajos de Sutker, Galina, West & Allain (1990) donde reportan su investigación con ex-prisioneros de guerra a los cuales les midieron la pérdida de peso corporal como un indicador de la mayor o menor severidad del confinamiento.

Los indicadores deben ser fácilmente medibles para que sean útiles dentro de la estrategia diagnóstica.

c) Intervenciones manipulativas.- Para poder hablar de la existencia de una particular hipótesis causal, se debe probar sistemáticamente a través de la variación o manipulación de la causa tentativa y observando sus efectos en la conducta problema. La manipulación se puede dar dentro de una o a lo largo de varias sesiones. El típico diseño ABAB es una muestra clara de esta estrategia manipulativa. Aquí el principio de la covariación entra en juego de una manera fundamental, pues es necesario observar la conjunción de causas y efectos en las relaciones entre eventos para así poder suponer y demostrar su relación funcional. Northrup, Wacker, Sasso, Steege, Cigrand, Cook & DeRaad (1991) investigaron el papel de ciertas contingencias sociales en la presentación y mantenimiento de conductas agresivas en sujetos con retardo en el desarrollo; en estos estudios los autores controlaron tres situaciones: retiraron refuerzo social, o la presencia del sujeto en el ambiente social o eliminaron refuerzos tangibles ante la presencia de conductas agresivas; con estas manipulaciones demostraron sistemáticamente los efectos de estas contingencias sobre el repertorio punitivo del sujeto.

Ahora bien, es necesario reconocer el problema de realizar cierto tipo de manipulaciones en la evaluación clínica psicológica (Sasso, Raimers, Cooper, Wacker, Berg, Steege, Kelley & Allaire, 1992); por ejemplo, la manipulación de variables (su intromisión y retirada) requiere emplear mucho tiempo, puede ser vista como muy agresiva y/o poco ética por algunos investigadores. De igual manera se tiene que considerar que una intervención manipulativa funcional en el consultorio puede no ser representativa de lo que sucede en el mundo exterior, lo

cual habla -entre otras cosas- de la reducida comprensión del fenómeno a investigar

d) Utilizar mediciones de series temporales.- Gottman (1981) comenta que las estrategias de evaluación de series temporales constituyen un conjunto de importantes métodos para evaluar hipótesis causales. A través de estos métodos un problema conductual y su (s) variable (s) causal (es) hipotética (s) son medidas concurrente y frecuentemente a través del tiempo. Las magnitudes de covariación o probabilidad condicional indican la fuerza de la relación funcional.

Las evaluaciones de series temporales pueden ser realizadas a través de cuestionarios (Bokstrom, Balldin & Langstrom, 1991), observaciones conductuales (Thomas, Roger & Bull, 1983), registros de auto-monitoreo (Gregson, 1987) o medidas psicofisiológicas (Gottman, 1990).

Hazelett & Haynes (1992) utilizaron métodos de auto-monitoreo para medir a lo largo de un promedio de 60 días, estresores ambientales, calidad de sueño y dolor en sujetos con dolor crónico. El objetivo era investigar si los causantes de estrés de la vida diaria afectaban la calidad del sueño nocturno y los reportes cotidianos de dolor en los sujetos. Los resultados de este estudio demuestran que efectivamente el incremento en estresores afectaba la calidad del sueño y el reporte de dolor.

Por lo general estas mediciones se llevan a cabo a lo largo de muchas sesiones, pero también se pueden realizar dentro de una sola sesión en conductas cuya tasa sea muy alta en frecuencia, como por ejemplo, en conductas auto-agresivas en sujetos con retardo severo (Coman & Houghthon, 1991), respuestas psicofisiológicas de pacientes con ansiedad (Gottman, 1990), déficits de atención en niños escolares (Luiselli, 1991) e interacciones diádicas en parejas (Gottman, 1979).

Existen también métodos relacionados para estudiar relaciones funcionales a partir de datos de series temporales: a) análisis de probabilidad condicional y b)

análisis de cadenas markovianas. Todos estos métodos permiten valorar diferentes grados de probabilidad de la ocurrencia de una variable dada su covariación con otra o en relación a la ocurrencia de ella misma.

e) Considerar los auto-reportes de los clientes.- Los contenidos de los auto-reportes son medidas de evaluación indirecta que proporcionan valiosa información al terapeuta (Rentería, 1993). Una gran cantidad de investigación atributiva en el área clínica se basa en los reportes que los clientes proporcionan a través de cuestionarios, inventarios y de la entrevista misma.

Miller & Porter (1988) sugieren que la información proveniente de este método debe tomarse con reservas pues existen problemas de memoria asociados con este tipo de medidas retrospectivas.

Haynes, Spain & Oliveira (1993) comentan que cuando a los clientes les corresponde mencionar las causas de sus problemas psicológicos tienden a: a) subestimar o sobrestimar el papel de los factores ambientales, b) elaborar atribuciones sesgadas acerca de las conductas en base a experiencias pasadas, c) cometer errores de auto-percepción de las atribuciones y d) subestimación de datos de covariación.

A pesar de todo esto, los auto-reportes de los sujetos enfocados a explicar los orígenes de su conducta o de la de otros, son útiles en el momento de plantear hipótesis causales.

Por otra parte, hay que agregar que éste y los anteriores métodos existentes para evaluar variables y relaciones causales se ven limitados por diversos factores: la naturaleza no-lineal e incluso bidireccional de la relación funcional, así como por la naturaleza dinámica de los factores causales a través del tiempo.

3.2. Intervención terapéutica

El trabajo clínico con orientación atributiva, también llamado reentrenamiento atributivo, se ha segmentado en dos grandes ramas (Fösterling,

1988): la primera es la que considera que la activación fisiológica (como por ejemplo el aumento en la tasa cardíaca) es una intermediaria entre los eventos del medio y los procesos cognoscitivos, un ejemplo de estos procesos sería inferir que se está en una situación de peligro después de activarse fisiológicamente (aumento de tasa cardíaca, etc.) al ver a dos sujetos corpulentos acercarse. Los procesos cognoscitivos constituyen el aspecto atributivo. Se supone que la activación es responsable de la intensidad de las emociones; y el proceso atributivo, de la calidad de las mismas.

Esta activación da lugar a la alegría si la situación es positiva, y al coraje o miedo cuando es negativa. Esta rama de investigación se originó a partir de los trabajos realizados por Schachter & Singer (1962) en el campo de la teoría de los dos factores de la emoción, la cual sostiene que las emociones son el resultado de una interacción de la activación fisiológica y de los procesos cognoscitivos.

Las aplicaciones clínicas de esta teoría se fundamentan en afirmaciones como la siguiente: "estados cognoscitivos negativos pueden ser modificados proporcionándole al sujeto explicaciones no emocionales a su activación fisiológica en situaciones emotivas" (Reizenstein, 1983).

Así, están los estudios de Storms & Nisbett (1970) los cuales trabajaron con personas insomnes que se caracterizaban por explicar su insomnio como el producto de su personalidad y experiencia emocional interna, por ejemplo ellos verbalizaban frases como: "sudo y no duermo porque soy una persona insomne". A estos sujetos los dividieron en dos grupos, a uno de éstos grupos le proporcionaron en el laboratorio una pastilla-placebo y les comunicaron a los sujetos que la ingesta de esa pastilla produciría ciertas reacciones típicas experimentadas al momento de dormir (incremento en la temperatura corporal, sudoración); mientras que al otro grupo les dieron también la píldora pero con la instrucción de que ésta les quitaría el entumecimiento de sus piernas (efectos no-relevantes). Este procedimiento se diseñó con el objetivo de cambiar sus acostumbradas

explicaciones cotidianas (atribuciones internas: "sudo porque tengo insomnio") por otras menos emotivas y externas: "sudo porque tomé una pastilla que provoca sudoración". Estos autores encontraron que los sujetos del primer grupo verbalizaron que habían ingerido una píldora "que incrementaba la temperatura corporal", y fueron los que requirieron menos tiempo para dormirse en comparación con aquellos que tomaron una píldora "sin efectos relevantes".

Existe una segunda rama dentro del reentrenamiento atributivo que basa sus programas de cambio en los modelos del desamparo aprendido de Seligman (1975), en el de la auto-eficacia de Bandura (1982) y/o en el modelo atributivo de la motivación al logro de Weiner (1980). Estos modelos más que enfocar sus trabajos en conceptos como "activación fisiológica" de las cogniciones y de las emociones; se basan en el análisis de las atribuciones acerca de la competencia conductual personal ante el éxito y el fracaso.

Además, estos modelos basan una gran parte de su propuesta teórica y terapéutica, en el trabajo acerca de tres dimensiones particulares de las atribuciones: estabilidad, locus (interno-externo) y controlabilidad.

Dentro de esta línea se encuentran estudios cuyos propósitos terapéuticos son el modificar las respuestas emocionales y conductuales. Aquí a los sujetos se les entrena para que cambien la ubicación o locus de sus reacciones emocionales inadecuadas, por ejemplo: los sujetos depresivos que presentan un locus interno en cuanto al origen de sus problemas ("soy de personalidad depresiva"), se les entrena para que sustituyan el locus interno por el externo (por ejemplo: asumir que grandes estresores en la vida como son el abandono de la pareja, tener hijos con problemas de drogadicción, etc., repercuten seriamente en la presentación de cuadros depresivos). Con estas modificaciones de las atribuciones se han observado cambios importantes en las conductas manifiestas de los sujetos.

Como se puede observar, cambiar el locus de control acerca de los orígenes de los conflictos, conlleva un avance positivo dentro del proceso terapéutico. Este

trabajo psicoterapéutico basado en el cambio de las atribuciones inadecuadas y sobre todo el orientar el cambio en el locus de causalidad (interno-externo) reviste un cambio radical en: a) la extensa y muy difundida noción acerca de la psicopatología como el producto de elementos ubicados dentro del individuo (por ejemplo, el yo, ello y super yo del aparato psíquico tradicional); b) la definición del objeto de estudio de la disciplina así como c) en la tarea terapéutica, es decir, en lugar de trabajar con rasgos de personalidad/elementos no-concientes, etc.; se estudia y analiza la manera de transformar atribuciones de locus interno en atribuciones de locus externo o viceversa según sea el caso.

El postulado central derivado de estos modelos es el siguiente: las conductas (abierta o encubierta) como la depresión, reacciones fóbicas, tartamudear, etc. son el resultado de atribuciones causales que uno hace acerca de los eventos y/o de sus efectos, como el éxito o el fracaso.

Por ende, en estos estudios se identifican las conductas consideradas indeseables, como puede ser la reacción emocional inadecuada después de un fracaso, tristeza después de reprobar un examen, para luego analizar cuáles son las atribuciones más perjudiciales para el sujeto y posteriormente sugerir estrategias de cambio.

El reentrenamiento atributivo se orienta hacia la enseñanza de atribuciones "más positivas" y/o que favorecen la noción de un mayor control personal sobre los eventos de la vida; es decir, se trabaja en aquellas creencias que denoten que el sujeto puede controlar, dentro de ciertos márgenes, al medio.

Weiner (1988) afirma que adscribir el fracaso a la falta de esfuerzo: atribución interna, variable y controlable, puede conducir a pronósticos terapéuticos más positivos.

3.3. Locus de control

Recuérdese que locus de control no es un rasgo de personalidad, ni una característica a descubrir en los individuos. Locus de control es un indicador, una herramienta de trabajo utilizada por la teoría del aprendizaje social que permite interpretar las apreciaciones o juicios de los sujetos acerca de la causalidad de los eventos (Lefcourt, 1982).

Cabe remarcar que estos juicios de los individuos se pueden detectar a través del reporte verbal o de las respuestas dadas ante diversos instrumentos como cuestionarios, inventarios o escalas. Sin embargo, las impresiones captadas a través de estos medios pueden ser insuficientes para conocer las ideas que poseen los individuos acerca de las expectativas de control.

Cohen (1980) afirma categóricamente que los sujetos que poseen la idea de que el ser humano puede ejercer control personal sobre los acontecimientos de la vida, afrontan con más éxito una gran cantidad de situaciones. Estos sujetos usualmente poseen un locus de control interno, es decir, estos individuos asumen la responsabilidad de los acontecimientos y consideran que en ellos está el origen y el cambio de algunos acontecimientos de la vida.

Cromwell, Butterfield & Curry (1977) trabajaron con pacientes en una unidad de terapia intensiva para pacientes cardíacos e investigaron la manera en que éstos respondieron a los diferentes tratamientos e indicaciones terapéuticas, también calcularon el tiempo promedio de permanencia en la unidad. Estos autores encontraron los siguientes datos: los sujetos con locus de control interno (clasificados a través de la escala de Rotter) eran los más cooperadores en el proceso de tratamiento, presentaron menos síntomas depresivos, fueron los que permanecieron menos tiempo en la unidad de terapia intensiva e incluso eran los que poseían los índices más adecuados en los análisis clínicos y medidas fisiológicas que suelen registrarse en este tipo de casos, estos pacientes no exacerbaban sus síntomas. Por otra parte, los pacientes con locus externo presentaron sintomatología más grave y crónica, mayores índices de depresión, así

como un promedio temporal más largo de permanencia en la unidad de cuidados intensivos.

Otros estudios se han llevado a cabo para medir la interacción posible entre locus de control y diversos eventos de la vida cotidiana; por ejemplo, Manuck, Hinrichsen y Ross (1975) compararon los índices de ansiedad ante eventos críticos de la vida y encontraron que los índices de ansiedad en internos y externos fueron similares, pero los internos reportaron menores índices de ansiedad ante situaciones positivas de la vida; mientras que los externos suelen angustiarse tanto ante los eventos estresantes como ante los positivos. Estos autores comentan que no existen diferencias en el estilo de afrontamiento tanto en los internos como en los externos, pero si las hay en lo que respecta a situaciones de estrés a corto y a largo plazo: los internos afrontan con mayor eficiencia el estrés a largo plazo.

De igual manera, Lefcourt (1982) apunta que el estrés intenso impacta por igual a los sujetos, independientemente de su locus de control, pero los internos muestran un mejor manejo del estrés y los conflictos cuando éstos se prolongan por períodos largos de tiempo. Los externos parecen perpetuar los efectos de los conflictos del pasado al presente y de éste hacia el futuro, es decir, los externos prolongan los efectos de los eventos conflictivos.

Abramowitz (1969) escribe en un estudio realizado en estudiantes universitarios, que existe una correlación positiva entre "externalidad" y depresión. Hallazgos similares son reportados por Warehime & Woodson (1971), Naditch, Gargan & Michel, (1975) y O' Leary, Donovan, Cysewski & Chaney (1977). Resultados semejantes se han encontrado en estudios donde se correlacionó externalidad-ansiedad (Burnes, Brown & Keating, 1971) y externalidad- alteraciones afectivas (Powell & Vega, 1972). De igual manera se ha encontrado correlación positiva entre externalidad y la presentación de más y mayores problemas psicopatológicos (Harrow & Ferrante, 1969). Palmer (1971) reporta

una mayor externalidad en pacientes psiquiátricos que en pacientes no-psiquiátricos.

Se ha detectado que en relación a los efectos de la terapia, los sujetos internos se benefician en mayor medida ante terapias no-directivas; mientras que los externos obtienen mayores ganancias en terapias más estructuradas y directivas. Por otro lado, Meinster (1974) comparó los efectos de dos tipos de tratamiento (desensibilización sistemática y auto-reforzamiento) y no encontró diferencias entre los sujetos internos-externos ante el tratamiento directivo=desensibilización y el no-directivo=auto-reforzamiento. Cabe aclarar que en una revisión posterior de estos datos (Messer & Meinster, 1980) se reveló que los externos mostraron una mayor mejoría ante la desensibilización sistemática.

No obstante lo anterior, existen datos que contradicen los anteriores hallazgos. Goss & Morosko (1970) encontraron que sujetos alcohólicos reportan niveles más altos de internalidad que los sujetos no-alcohólicos. Datos semejantes fueron presentados por Berzins & Ross, (1973) en sus estudios sobre adictos a narcóticos.

Aunados a estos datos contradictorios está lo reportado por Bellack, Rosensky & Swartz (1974) en cuanto a que no se encontró ninguna correlación entre locus de control y pérdida de peso en sujetos obesos; lo mismo se reporta por Gierszenski (1983) en sus estudios sobre obesidad; y también por Kincey (1981). Este autor reporta que no hay diferencias entre los sujetos internos y los externos en las primeras etapas de un programa de reducción de peso, pero si las encontró en etapas posteriores: los internos mantienen su peso corporal reducido por más tiempo.

3.4. Locus de control y proceso terapéutico

Dentro del campo de la psicología clínica se cuenta con datos y evidencia empírica obtenida a través de diversas fuentes, que llevan a la conclusión de que

todos los tratamientos pertenecientes a diferentes enfoques psicoterapéuticos fallan en el logro de sus objetivos, en diversas ocasiones. No obstante lo anterior, poco se ha investigado acerca de los múltiples factores relacionados con este fenómeno (Bugental, 1988; Lambert, Shapiro & Bergin, 1986; Mays & Franks, 1985).

Existen diversos textos donde se exponen tópicos relacionados a las fallas o fracasos presentados durante el proceso terapéutico (Coleman, 1958; Foa & Emmelkamp, 1983; Mays & Franks, 1985). Los profesionales de la psicoterapia comentan que durante el proceso terapéutico: a) algunos clientes no experimentan cambios como resultado de la terapia, b) la mayoría de los clientes presentan fluctuaciones en los efectos de la terapia a lo largo del tiempo y/o a través de diversas áreas de funcionamiento (Rice & Greenberg, 1984). Incluso, no pocos casos se reportan con un deterioro mayor en el funcionamiento del cliente durante el proceso terapéutico (Bergin & Lambert, 1978).

El no experimentar cambios y encontrar un deterioro mayor en el cliente durante el proceso de la terapia, se pueden conceptualizar como un fracaso en el proceso psicoterapéutico (Mash & Hunsley, 1993), independientemente de si las fallas se ubican dentro del proceso (por ejemplo una alianza inadecuada terapeuta-cliente, incompetencia del terapeuta, falta de compromiso del cliente y/o terapeuta, etc.) o fuera de el (como sería la aparición de más y mayores problemas en la vida del cliente: muerte súbita de un familiar cercano, un divorcio, etc.).

Dentro del proceso terapéutico se ha detectado, que un buen pronóstico de tratamiento está relacionado, entre otros, con la cooperación del cliente, sus expectativas y estimaciones acerca del desarrollo del proceso terapéutico, así como con las atribuciones de causalidad del problema motivo de consulta (Rentería, 1993). De igual forma, el involucramiento del cliente en la terapia puede determinar el futuro de la experiencia psicoterapéutica.

Cabe definir lo que es el compromiso terapéutico e indicar cuándo se puede hablar de que un cliente se compromete o involucra en su terapia.

Nicholls (1984) comenta que para poder afirmar que un sujeto posee una característica determinada, debe mostrar -a sí mismo o a otros- esta característica a niveles altos. Es decir, debe mostrar positivamente, elementos o indicadores conductuales que hablen de la existencia de determinada característica.

Witt (1990) en su trabajo sobre compromiso organizacional, define el compromiso como: a) una fuerte creencia y aceptación de las metas planteadas por la institución en donde se está inmerso, b) un deseo de ejercer esfuerzo para lograr las metas planteadas por la institución, y finalmente un c) deseo de mantenerse dentro de la institución y no desertar de ella ni de los acuerdos establecidos con la misma.

Dentro del terreno de la psicología clínica, se puede hablar de compromiso terapéutico cuando se presentan ciertos indicadores, como por ejemplo: asistencia a las sesiones, puntualidad, seguimiento de instrucciones, no deserción del proceso ni de los acuerdos establecidos con el terapeuta/institución, etc. La presentación de estos indicadores, aunque subjetivos y un tanto arbitrarios, denotan la participación activa del cliente en su proceso terapéutico.

Poco se ha hecho para investigar si existe relación o no entre locus de control y compromiso terapéutico.

Por todo lo expuesto se puede concluir que no existen resultados totalmente consistentes en las investigaciones realizadas acerca del locus de control, ni en los estudios que han explorado expectativas terapéuticas en clientes en terapia, así como tampoco en los estudios donde se han indagado locus de control y sus efectos en la presentación de cuadros psicopatológicos.

En este trabajo se plantea la necesidad de explorar algunos de estos temas a fin de investigar los siguientes fenómenos encontrados en la práctica clínica cotidiana:

a) ¿ Los clientes con locus de control externo se comprometen más o menos en su proceso de terapia, que los clientes con locus interno ?

b) ¿ Los clientes en psicoterapia catalogan de manera distinta el locus del problema propio y su respectiva solución versus el locus de problemas psicológicos ajenos así como la solución para estos ?

c) ¿ Los clientes en terapia psicológica presentan diferencias en la ubicación del origen causal de sus conflictos versus el origen causal de eventos no problemáticos de la vida cotidiana ?

En el actual trabajo se plantean varios estudios que intentaron abordar estos interrogantes.

CAPITULO 4

PREGUNTAS DE INVESTIGACION

Con base en la revisión bibliográfica llevada a cabo en el campo de la investigación atribucional, se ha encontrado que no existen resultados totalmente consistentes en los estudios realizados -en sujetos con problemas psicológicos y en terapia- acerca del locus de control y algunos temas relacionados, como son las expectativas terapéuticas del cliente y la relación de éstas en la incidencia de diversos cuadros psicopatológicos, la estimación de los conflictos conductuales en otros sujetos, pronóstico de los efectos del tratamiento desde la perspectiva del terapeuta. A pesar de la importancia del tópico, no se han encontrado estudios sistemáticos donde se valore la relación locus de control-compromiso terapéutico.

Foon (1987) considera que la metodología empleada en los trabajos hechos acerca del proceso psicoterapéutico y de sus resultados en los clientes presentan algunas fallas entre las que destaca el tipo de muestra utilizada, es decir, en contadas ocasiones se trabaja con clientes reales en terapia, usualmente los sujetos experimentales empleados en estos estudios son estudiantes universitarios o gente pagada por participar, los cuales son clasificados con algún síndrome psicopatológico y con base en esta rotulación se plantean determinadas recomendaciones. La naturaleza de esta muestra de población limita la generalidad de los resultados. Otro aspecto destacado por esta autora son las medidas de respuesta registradas, ella comenta que usualmente se considera como medida de respuesta los resultados de cuestionarios estandarizados, los cuales pueden ser bastante limitantes; la recomendación que plantea es utilizar otro tipo de medidas más "de la vida real".

De igual forma, se ha detectado que no existen estudios sistemáticos en clientes en terapia donde se investiguen si se presentan o no los tres diferentes sesgos atributivos mencionados ya con anterioridad.

Con base en todo lo anterior, el presente trabajo pretendió responder las siguientes preguntas:

1) ¿Cuál es la relación existente entre el locus de control ante los problemas psicológicos que llevaron a los clientes a solicitar atención y el compromiso terapéutico de estos clientes?

2) ¿Cuál es la relación entre locus de control propio y la estimación sobre el origen de problemas psicológicos en otros sujetos ?. Así como la adjudicación de diversas alternativas de solución tanto para sus problemas personales y los conflictos psicológicos ajenos. A través de estos puntos se quiere investigar si el error atributivo fundamental se cumple en clientes en terapia.

3) De igual manera se quiere investigar si el locus de control de los clientes en terapia es el mismo tanto para sus conflictos psicológicos como para la inferencia causal ante situaciones en la vida cotidiana, v.gr. hogar, escuela, calle, supermercado, etc., la pregunta a investigar es si ¿ existe un estilo atributivo en los sujetos de la muestra ?

METODO GENERAL

Para llevar a cabo esta investigación se plantean tres estudios cuyo método general fué el siguiente:

Sujetos.

En el estudio # 1, se obtuvieron datos de 37 del total de los 47 clientes con los cuales se trabajó en los otros dos estudios, de los cuales 27 eran mujeres y 10 del sexo masculino, todos estos sujetos asistían a la Clínica Universitaria de Salud Integral de la U.N.A.M.-IZTACALA para recibir asesoría psicológica.

En los estudios # 2 y 3 los sujetos fueron 47 clientes que acudían a terapia psicológica en la Clínica Universitaria de Salud Integral de la U.N.A.M.-IZTACALA. treinta y cuatro fueron de sexo femenino y trece de sexo masculino,

cuya edad promedio fue de 32 con un rango de 15 a 63 años. Se descartaron sujetos con algún tipo de psicosis. En los tres estudios se trabajó con los mismos sujetos.

Instrumentos.

A todos los sujetos se les aplicaron los siguientes instrumentos:

1) Se utilizó la hoja de recepción de clientes que típicamente se usa en la Clínica (Ver Anexo 1) para recolectar información demográfica: sexo, edad, estado civil, nivel de estudios, religión, etc. y también para detectar el motivo principal por el cual se solicita terapia.

2) Se utilizó un cuestionario diseñado para cuantificar compromiso terapéutico en cada uno de los clientes (Anexo 2), donde se detectaba asistencia, puntualidad, realización de tareas de terapia, seguimiento de instrucciones, etc.

Este instrumento proporcionó frecuencias de respuesta, a partir de las cuales se clasificó a los clientes en dos rubros posibles: sujetos con compromiso o sujetos sin compromiso hacia la terapia.

3) Se aplicó un cuestionario diseñado para identificar locus de control del problema principal (Ver Anexo 3), este instrumento detecta historia del sujeto, antecedentes del (os) problema(s), desarrollo y mantenimiento del mismo, así como el locus de su solución tentativa, etc.

A través de este cuestionario se obtuvieron frecuencias y posteriormente se clasificó a los sujetos en tres posibles rubros: clientes con locus interno, con locus externo o con locus combinado, lo mismo se hizo con las respuestas dadas ante los reactivos que valoraban locus de la solución tentativa, se utilizó el mismo tipo de clasificación de respuestas.

4) Se empleó una grabación que contenía la narración de 3 casos de personas con diferentes problemas clínicos (Anexo 4), y para registrar las respuestas dadas por los clientes ante estos casos clínicos se elaboró un

cuestionario que detectar locus de control en otros, así como el locus adscrito para la solución de los problemas ajenos (Anexo 5 a), de igual manera se diseñó un instrumento para registrar y catalogar las anteriores respuestas dadas por los clientes (Anexo 5 b). En este último se concentraron las frecuencias de las respuestas para clasificarlas en cuatro rubros posibles: locus interno, externo, combinado y mixto tanto para el origen causal de los problemas ajenos como para las soluciones tentativas.

5) De igual manera se aplicó el Rotter Internal-External Locus of Control Scale (versión al español, Anexo 6) el cual es una escala que diagnostica el locus interno o externo a partir de las respuestas de los sujetos ante reactivos que plantean situaciones hipotéticas de la vida cotidiana. Aquí se obtuvieron frecuencias de respuesta, con las que se clasificó a los sujetos en dos posibles rubros: locus interno o externo.

6) Finalmente se aplicó un Cuestionario General para valorar el locus de control de los sujetos ante situaciones típicas de la vida diaria: en el supermercado, en la escuela, el trabajo, la casa, etc. (Anexo 7). Aquí se obtuvieron también frecuencias de respuesta a través de las cuales se clasificó a los sujetos en tres posibles rubros: locus inteno, externo o combinado.

Escenario

La realización de los tres estudios se llevó a cabo en diversos consultorios asignados para el trabajo psicoterapéutico en la Clínica Universitaria de la Salud Integral de la Universidad Nacional Autónoma de México campus Iztacala. En una sesión se le aplicó a cada uno de los clientes todas las medidas anteriores (excepto las hojas de compromiso terapéutico), posterior a esto se les asignó su (s) terapeuta (s) con el que trabajaron a lo largo de todo el proceso dentro de su consultorio correspondiente.

Aparatos.

Se usó un microcomputador personal 386 para la captura y análisis de datos, y una audio-grabadora para reproducir ante los clientes una grabación que contenía los tres casos clínicos utilizados para detectar locus de control en otros.

Análisis de los datos.- Los datos fueron analizados mediante una prueba χ cuadrada y el coeficiente Phi de correlación. El nivel de significancia para todos los análisis se fijó en $p < 0.05$.

Procedimiento.

Estudio # 1

El objetivo de este estudio fue estimar la relación existente entre el locus de control ante los problemas psicológicos que llevaron a los clientes a solicitar atención y el compromiso terapéutico de estos clientes.

Sujetos: 37 clientes en terapia con las características descritas anteriormente.

El procedimiento de este estudio constó de las siguientes fases:

Recepción y detección.- Inicialmente cada cliente de manera individual fue entrevistado siguiendo el formato estándar de recepción de clientes de la Clínica, inmediatamente después de la entrevista continuó con la aplicación de los instrumentos de los Anexos 1, y 3 diseñados para obtener tanto datos demográficos y el locus de control, lo cual permitió clasificar a los sujetos como personas con locus interno, locus externo o locus combinado en relación a sus problemas psicológicos motivo de consulta, así como para estimar el compromiso terapéutico; cabe recalcar que el compromiso terapéutico se valoró a lo largo de todas las fases del proceso terapéutico.

Una vez finalizada la entrevista, cada cliente fue citado para sesiones posteriores en las cuales recibió su terapia.

Terapia.- Durante esta fase los clientes asistieron a la Clínica con su

respectivo terapeuta, quien se encargaba de registrar, además de los datos de su interés para la terapia, la asistencia y puntualidad de los clientes, la solución de tareas y el nivel de adecuación con el cual éstas fueron realizadas.

Evaluación.- Al final de cuatro meses de terapia, o bien, cuando los clientes concluían o abandonaban la terapia se analizó el formato de compromiso terapéutico para valorar cuál había sido el nivel con que cada cliente se comprometió con su terapia.

Resultados

La Figura 1 muestra el porcentaje de sujetos cuyo locus de control fue clasificado como interno, externo o combinado.

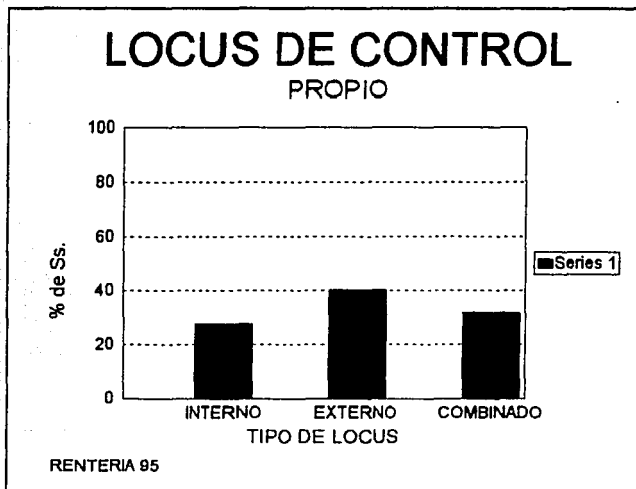


Figura 1. Porcentaje de clientes según su locus de control

Como se puede observar en esta figura, el 28 % de los clientes presentan

un locus interno puesto que consideran que los problemas por los cuales acuden a terapia son imputables a causas propias.

El 40% de los sujetos poseen un locus de control externo ya que atribuyen el origen de sus problemas a factores externos a ellos. Por último el 32% poseen locus combinado, es decir, consideran que sus conflictos psicológicos son el resultado de la combinación de elementos internos y externos a ellos.

Aún cuando no era parte fundamental del objetivo de este estudio, se procedió a determinar el locus de control de acuerdo al género de los sujetos de la muestra.

En la Figura 2 se muestran los datos referentes a la distribución del porcentaje de clientes según su género. Del número total de los sujetos de la muestra, el 72 % corresponden a mujeres y el 28% a hombres. De este 72% de mujeres, el 34% presenta locus de control externo en cuanto al origen de sus conflictos, el 19 % es de locus interno y el otro 19 % posee un locus de control combinado.

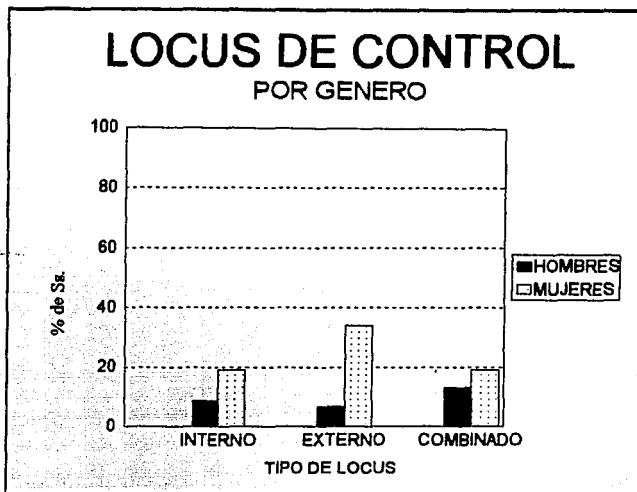


Figura 2. Porcentaje de clientes masculinos y femeninos según su locus

Por otra parte, del 28% de clientes masculinos, el 9% de los clientes presentan un locus interno; el 6% un locus de control externo y el 13% de los sujetos poseen locus de control combinado.

El coeficiente Phi de las variables: Locus de control (interno, externo, combinado) y género (masculino, femenino) es= .23258, ($gl= 2$), $p= 0.28050$, lo cual indica que los grupos no difirieron significativamente y muestran una correlación positiva débil.

En este caso no se esperaban, necesariamente, diferencias significativas.

La Figura 3 muestra los datos de los sujetos del estudio 1, donde se analizó la relación entre locus de control y compromiso terapéutico.

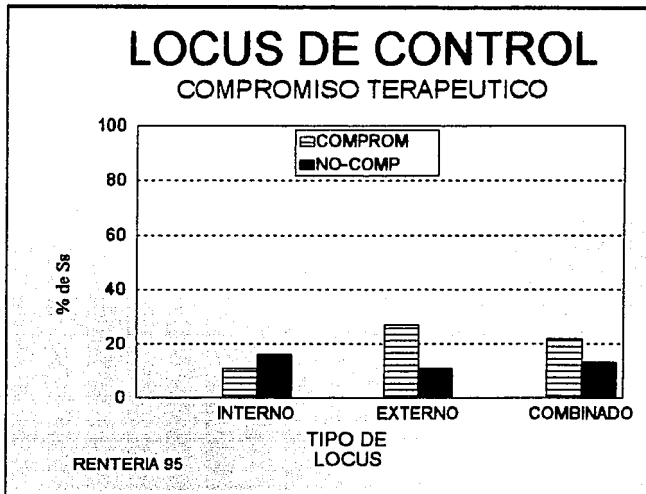


Figura 3. Clientas con locus interno, externo o combinado según su compromiso terapéutico

Se puede observar que los sujetos con locus de control externo son quienes se comprometen más con el proceso terapéutico: del total de sujetos que participaron en este estudio: 37, el 27% de los sujetos con locus externo presentan compromiso terapéutico, mientras que el 11% de los sujetos externos no se comprometieron.

Por otra parte, los sujetos con locus combinado son quienes presentaron índices de compromiso terapéutico intermedios: 22%, mientras que el 13% de los sujetos no se comprometieron. Finalmente se observa que los clientes con locus interno fueron quienes mostraron menor compromiso terapéutico: 11%; mientras que el 16% restante no se involucró en su proceso psicoterapéutico

El coeficiente Phi de las variables: locus de control (interno, externo,

combinado) y compromiso terapéutico (compromiso, no-compromiso) ($gl=2$) es=. 93, p.29727. Lo cual indica que hay una correlación positiva entre moderada y fuerte, no significativa. Esto indica que se puede hablar de una correlación entre las variables locus de control y compromiso terapéutico.

Aquí se esperaba encontrar diferencias significativas y una correlación entre moderada y fuerte.

Antes de pasar a los siguientes análisis, se mostrará una caracterización de los sujetos de la muestra según su locus de control, los datos presentados son:

1) Datos demográficos de los clientes según su locus de control, en los cuales se incluye: (consúltese las Tablas 5, 6 y 7.)

- a) porcentaje de clientes según el género
- b) promedio de edad
- c) tipo de problema principal motivo de la consulta psicológica
- d) papel adjudicado al terapeuta

En la Tabla 5 se tiene la información de los clientes con locus de control interno, es decir los que juzgan ser la causa de sus conflictos psicológicos.

CARACTERIZACION DE LOS SUJETOS CON LOCUS INTERNO					
HOMBRES	PROMEDIO DE EDAD	ESTADO CIVIL	MOTIVO CONSULTA	PAPEL TERAPEUTA	
4	$\bar{x} = 23$	Solteros 75% Casados 25%	Marital 25% Estrés 25% Escolares 50%	Guía 25%	Amigo 75%
MUJERES	PROMEDIO EDAD	ESTADO CIVIL	MOTIVO CONSULTA	PAPEL TERAPEUTA	
9	$\bar{x} = 26$	Casadas 89% Divorciadas 11%	Familiar 33% Estrés 11.5% Asertividad 11% Escolares 11.5% Depresión 33%	Guía 44%	Amigos 33% Solucionador 23%

Tabla 5. Caracterización de los clientes con locus de control interno

Aquí se pueden observar los datos referentes a los sujetos con locus interno: promedio de edad, estado civil, problema por el que acuden a solicitar atención psicológica y el papel que le adjudican al terapeuta, todos estos datos divididos en base al género masculino y femenino:

De igual manera en la Tabla 6 se aprecian los datos de los individuos con locus de control externo.

CARACTERIZACION DE LOS SUJETOS CON LOCUS EXTERNO				
HOMBRES	PROMEDIO DE EDAD	ESTADO CIVIL	MOTIVO CONSULTA	PAPEL TERAPEUTA
3	$\bar{x} = 34$	Solteros 33.3% Casados 33.3% Divorciados 33.3%	Marital 33.3% Asertividad 33.3% Depresión 33.3%	Guía 67% Escucha 33%
MUJERES	PROMEDIO EDAD	ESTADO CIVIL	MOTIVO CONSULTA	PAPEL TERAPEUTA
16	$\bar{x} = 35.2$	Solteras 12% Casadas 52% Divorciadas 18% Viudas 12% Madre Soltera 6%	Marital 6% Familiar 56% Asertividad 12% Depresión 26%	Guía 56% Amigos 37% Solucionador 7%

Tabla 6. Caracterización de los clientes con locus de control externo

En esta tabla se pueden apreciar los datos demográficos correspondientes a los sujetos con locus de control externo, es decir los que consideran que los elementos situacionales son los causantes de sus conflictos.

Finalmente en la Tabla 7 se pueden observar los datos de los sujetos con locus de control combinado.

CARACTERIZACION DE LOS SUJETOS CON LOCUS COMBINADO					
HOMBRES	PROMEDIO DE EDAD	ESTADO CIVIL	MOTIVO CONSULTA	PAPEL TERAPEUTA	
6	$\chi = 26.1$	Solteros 66% Casados 17% Divorciados 17%	Marital 17% Asertividad 50% Estrés 16% Depresión 17%	Guía 17% Amigos 50% Escucha 33%	
MUJERES	PROMEDIO EDAD	ESTADO CIVIL	MOTIVO CONSULTA	PAPEL TERAPEUTA	
9	$\chi = 39$	Solteros 22 % Casados 78 %	Marital 22% Familiar 44% Estrés 22% Fobias 12%	Guía 78% Amigos 11% Solucionador 11%	

Tabla 7. Caracterización de los clientes con locus de control combinado

En este condensado de datos se pueden ver los porcentajes respectivos de los sujetos con locus de control combinado, es decir, los que adscriben tanto a los factores situacionales como a los disposicionales el origen de los problemas.

Estudio # 2

El objetivo de este estudio fue investigar la relación entre locus de control propio y la estimación sobre el origen de problemas psicológicos en otros sujetos. Así como la adjudicación de diversas alternativas de solución tanto para sus problemas personales como para los conflictos psicológicos ajenos.

Sujetos: Se trabajó con 47 clientes que asistieron voluntariamente a la

C.U.S.I.

Escenario y aparatos: los mismos que se describen en el Estudio # 1

Procedimiento: este estudio constó de 2 fases:

Detección.- Aquí a los sujetos se les presentó, de manera individual, una audio-grabación que contenía las historias de tres casos diferentes de personas con problemas psicológicos, para que la escucharan y determinaran: a) locus causal de los problemas de esas personas y b) locus de control de las alternativas de solución para esos problemas ajenos (ver Anexo 4, 5a y 5b).

Evaluación.- Inmediatamente después de la aplicación de estos instrumentos se procedió a analizar sus respuestas y a contrastarlas con algunos datos obtenidos del Anexo 3: locus de control del origen y soluciones para su problema psicológico personal

Resultados: Se puede observar en la Figura 4, la ubicación del locus de control de los conflictos en otros sujetos, es decir, a qué le atribuyen el que otros sujetos tengan problemas: del total de la muestra que fue de 47 sujetos, el 13 % de las personas con locus interno consideraron que los conflictos ajenos son el resultado de elementos disposicionales (internos), el 9 % a factores combinados, el 4 % a causas externas y finalmente el 2 % considera que son mixtos.

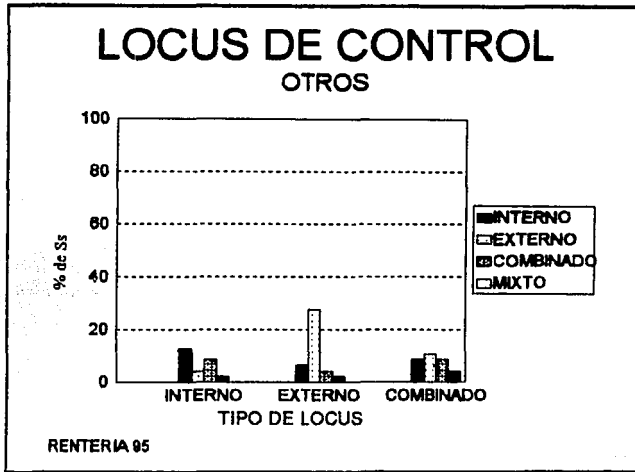


Figura 4. Clientes con locus interno, externo o combinado y su relación con la ubicación del locus de los problemas en otros

El 28 % de los clientes con locus de control externo consideran que el origen de los problemas se ubican en los factores situacionales (externos), el 6% a factores internos, el 4% a la combinación de elementos y un 2% muestra una tendencia mixta, es decir, de los tres casos analizados, cada uno es adjudicado a causas internas, externas y combinadas, respectivamente.

Por último, el 11 % de los clientes con locus de control combinado presentan una tendencia externa al juzgar los problemas de otros, el 8 % de los sujetos con locus combinado le confieren a las causas internas el origen de los conflictos ajenos, otro 8 % a causas combinadas y un 4 % presenta una tendencia mixta.

Al observar las figuras se aprecia que los sujetos adjudican su propio locus al locus causal de los problemas de otros.

El coeficiente Phi de correlación entre las variables locus propio (interno, externo, combinado) y locus ajeno (interno, externo, combinado, mixto) ($gl= 6$), $es=.47414$, $p=.10275$, lo cual indica una correlación positiva moderada no significativa.

En la Figura 5 se observa cómo estos clientes (internos, externos y combinados) ubican las posibles soluciones a sus problemas por los que acuden a terapia. Del total de la muestra constituida por 47 clientes, el 28% de los sujetos tienen locus interno de los cuales el 15 % de ellos estiman que la solución de sus conflictos está en ellos mismos, el 6 % consideran que el remedio para sus problemas depende de elementos ajenos a ellos y por último el 6% de los de locus interno opina que la solución estriba en la conjunción tanto de factores internos como externos.

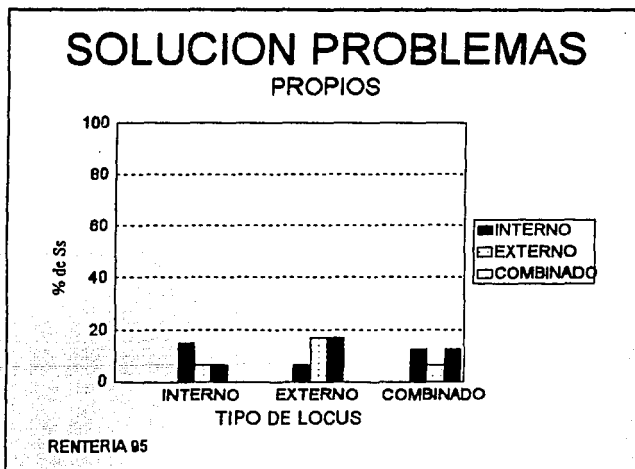


Figura 5. Clientes con locus interno, externo o combinado y la ubicación de la solución de sus problemas

Ahora bien el 17 % del total de los individuos con locus de control externo consideran que la solución de sus problemas radica en factores externos, el 17 % estiman que la conjunción de factores internos-externos (combinados) solucionará sus conflictos y el 6 % de ellos opina que la solución de su situación depende de ellos mismos

Por otro lado, los sujetos con locus de control combinado, el 13% considera que la solución de sus problemas está en los factores disposicionales (internos), el otro 13% ubica el remedio en el locus combinado y el 6% restante en el locus externo.

Para observar la relación existente entre locus de control y locus de control para las soluciones tentativas ante problemas propios, se procedió a determinar el grado de correlación. El coeficiente Phi de las variables locus de control para el origen de los problemas (interno, externo, combinado) y locus de control (interno, externo, combinado). Se obtuvo una $p = .19749$; ($g = 4$), y un coeficiente Phi de $= .35$. Lo que indica una correlación positiva débil a moderada, no significativa.

No se esperaban diferencias significativas, pues se supone que una persona ubique dentro del mismo locus tanto el origen de sus problemas como la solución tentativa para los mismos.

En la Figura 6 se presentan los sujetos con los tres tipos de locus: interno, externo, combinado y la ubicación de la solución de los problemas en otros seres humanos.

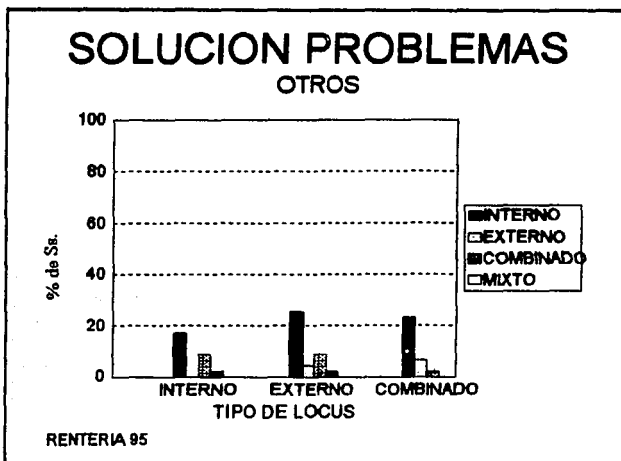


Figura 6. Clientes con diferentes locus de control y su relación con la ubicación de la solución de los problemas en otros

En esta figura se muestra que el 17 % de los sujetos con locus de control interno consideran que los problemas de otros se remedian en base a elementos internos, el 8 % opina que gracias a la combinación de elementos se solucionan y el 2 % presenta una tendencia mixta a la hora de opinar sobre las soluciones para los conflictos ajenos. Cabe mencionar que ninguno de los clientes con locus de control interno mencionó que los conflictos ajenos se solucionan con base en elementos externos a los individuos.

También se puede apreciar que el 26 % de los individuos con locus de control externo consideran que los conflictos ajenos se remedian en base a elementos internos, el 8 % pondera los factores combinados como base para la solución, el 4 % habla de factores externos y el 2 % presenta una tendencia mixta al momento de estimar las soluciones para conflictos psicológicos en otras

personas.

Finalmente se puede observar que el 24 % de los sujetos con locus de control combinado tienden a considerar que los problemas ajenos se solucionan en base a factores disposicionales de los sujetos mismos con problemas, el 6 % de estos clientes ubica en los elementos externos la solución y el 2 % de los sujetos con locus combinado considera que los problemas de otros se arreglan gracias a la conjunción de elementos internos y externos.

Todos estos datos indican que los sujetos de la muestra consideran que la solución de los problemas de otros corresponde a éstos, independientemente de las causas.

El coeficiente Phi de las variables locus de control (interno, externo, combinado) y locus de control para las soluciones tentativas ante los problemas de otros (inteno, externo, combinado, mixto),($gI=6$) es $=.35793$, $p=.42079$, lo cual indica una correlación débil a moderada, no significativa.

Estudio # 3

El objetivo de este estudio fue investigar si el locus de control de los clientes en terapia es el mismo tanto para sus conflictos psicológicos como para la inferencia causal de situaciones típicas en la vida cotidiana, v.gr. hogar, escuela, calle, supermercado, etc.

Sujetos, escenario y aparatos: en este estudio se emplearon los mismos sujetos, escenario y aparatos que en el Estudio # 2.

Procedimiento: este estudio constó de dos fases:

Detección: al terminar el estudio # 2 se les aplicaron otros indicadores de locus de control: el Rotter y el Cuestionario General (Anexos 6 y 7, respectivamente) para indagar el locus de los clientes ante situaciones no-críticas o conflictivas de la vida cotidiana.

Evaluación.-Inmediatamente después de la aplicación de estos instrumentos

se procedió a analizar sus respuestas y a contrastarlas con algunos datos obtenidos en el Anexo 3.

En la Figura 7 se pueden analizar el tipo de respuestas que presentaron los sujetos con locus interno, externo y combinado ante el Rotter Internal-External Locus of Control Scale.

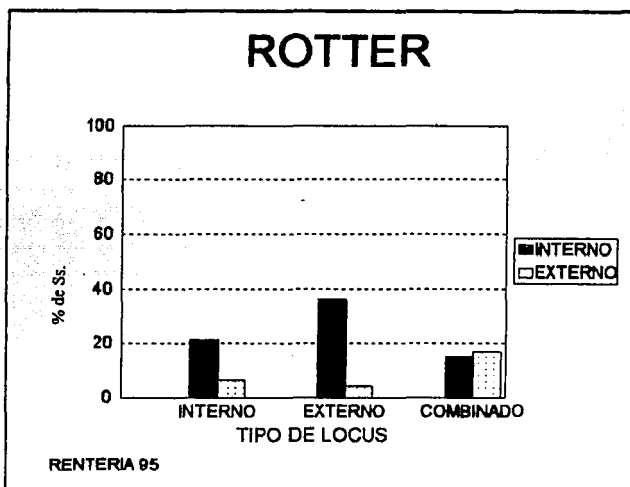


Figura 7. Clientes con locus de control: interno, externo o combinado y su relación con la escala de Rotter.

Del total de la muestra de sujetos el 28% poseía un locus de control interno, de los cuales el 21 % de estos sujetos fueron valorados también como internos según sus respuestas ante esta escala y el 6 % de los sujetos con locus interno fueron catalogados como sujetos con locus externo.

Se tiene también que el 36 % de los sujetos con locus de control externo fueron considerados como internos por esta escala y que sólo el 4 % fue valorada como externos.

El 17 % de los cliente con locus de control combinado fueron catalogados como externos por la escala y el 15 % como internos. Cabe recalcar que la escala de Rotter solo tiene dos posibles locus: interno o externo.

Para determinar si encuentran diferencias entre el locus de control propio y el locus diagnosticado por el Rotter se procedió a correlacionar las variables: locus de control (interno, externo, combinado) y locus de control de acuerdo a la escala Rotter (Interno, externo), ($gl=2$); se obtuvo un coeficiente $\Phi = .40908$ y el nivel de significancia es $p = .01959$. Este coeficiente indica diferencias significativas entre ambos instrumentos: la escala Rotter y el cuestionario del Anexo # 3. Es decir, existe una diferencia entre el locus de control para las situaciones conflictivas del locus de las situaciones no-conflictivas.

En la Figura 8 se muestra el tipo de respuestas ante el Cuestionario General y la adjudicación de un locus particular en sujetos con locus interno, externo y combinado: se observa que el 25 % de los sujetos con locus de control interno fueron catalogados como internos por el Cuestionario General, el 2 % fueron considerados combinados y ningún sujeto interno presentó locus de control externo.

Del total de los sujetos de la muestra el 36 % de los sujetos con locus externo presentaron un locus de control interno ante el cuestionario y el 2 % de sujetos con locus externo fueron catalogados como externos y también el 2% de los extenos fue clasificado como combinado

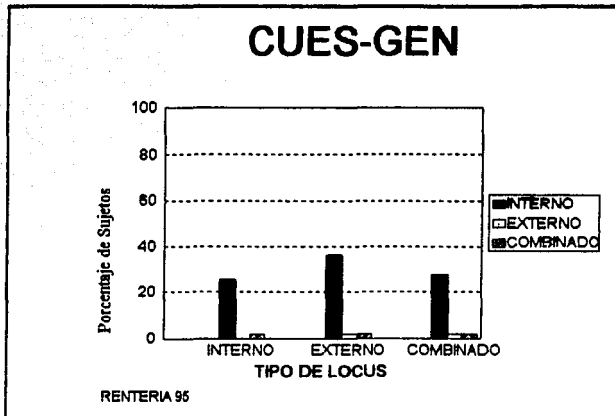


Figura 8. Sujetos con locus de control: interno, externo y combinado y su relación con la clasificación del Cuestionario General

Por su parte los sujetos con locus de control combinado, el 28% de ellos fué clasificado como interno, el 2% como externo y el 2% restante como combinado.

Para observar si se encuentran diferencias entre locus de control y el locus de control diagnosticado por el Cuestionario General se procedió a obtener la correlación entre las variables: locus de control (interno, externo, combinado) y locus de control según el Cuestionario General (interno, externo, combinado), ($gl=4$), $p=.92420$. El coeficiente $\Phi=.13857$. Lo cual indica una correlación positiva débil, no significativa.

Discusión de resultados

En estos tres estudios se obtuvieron los siguientes resultados: a) la mayor parte de los sujetos de la muestra fueron del sexo femenino, b) las mujeres tienden a presentar un locus de control externo, mientras que los hombres un locus causal combinado, aunque no hubo diferencias significativas entre ambos grupos, c) los clientes con locus externo son los que más se comprometen en su proceso terapéutico, d) en cuanto a la evaluación del locus de control de los problemas ajenos se encontró que los sujetos de la muestra tienden a adjudicar el mismo locus de sus problemas a los conflictos de otros, e) los clientes de estos estudios consideran que, independientemente del origen causal de los problemas ajenos, los otros sujetos en conflicto tienen que resolverlos, es decir, les adjudican un locus interno a la solución tentativa, f) los miembros de la muestra presentan el estilo atributivo siguiente: poseen un locus externo para la adjudicación del origen de sus conflictos psicológicos y un locus causal interno para la evaluación de situaciones de la vida cotidiana.

La discusión de los resultados también se presentará en el mismo orden en que se presentaron los objetivos y sus respectivas preguntas de investigación.

Estudio # 1

El objetivo fue determinar la relación existente entre el locus de control ante los problemas psicológicos que llevaron a los clientes a solicitar atención y el compromiso de estos sujetos ante su proceso terapéutico.

Como se puede observar en la Figura # 1 (Locus de Control Propio), correspondiente al Estudio 1, los sujetos con locus externo son los más abundantes en comparación con los clientes con locus interno y combinado. Estos resultados concuerdan con lo reportado por Young (1992) en el sentido de que los sujetos con más altos índices de conflictos psicológicos presentan un locus externo; conclusiones similares reportan Sidrow & Lester (1988), Eiser & Gossop (1979),

Arkin, Appelman & Burger (1980), Burger & Arkin (1980), Weary (1980), Tolman (1991), Dreier (1991) y Rentería (1993).

En este mismo estudio, (en la Figura 3: locus-compromiso), se observó que los clientes con locus externo y los de locus combinado son los que más se comprometen en su proceso terapéutico, los sujetos internos son los menos involucrados. Es decir, el mayor porcentaje de los sujetos de la muestra son externos y éstos son los que más se comprometen en su terapia.

Al hacer un análisis cualitativo de las explicaciones dadas por los sujetos de la muestra, los que presentan locus interno ante el por qué de sus problemas, tienden a presentar respuestas como las siguientes: "asi nací", "ya no es posible hacer nada", etc.

La interpretación de este fenómeno puede hacerse según la teoría de Weiner (1986), quien postula que los sujetos que adscriben sus problemas y fracasos a factores internos de tipo estable e incontrolable (incapacidad) tenderán a auto-percibirse como fracasados, incapaces de cambiar y que sus inhabilidades vienen desde nacimiento, por lo tanto aseguran fracasos futuros independientemente de lo que suceda, por ejemplo: si están en terapia, no tienen expectativas de éxito, por ende no se involucran en ella.

De igual forma Seligman (1975), estima que los sujetos internos que atribuyen sus errores a factores internos cuyas dimensiones sean estabilidad, incontrolabilidad y globalidad tenderán a presentar conductas de desamparo en lo motivacional, emocional y conductual; dicho en otras palabras mostrarán poco involucramiento en las actividades o tareas a realizar (conductas de desamparo).

Ahora bien, dentro de la literatura del área, se ha comentado ampliamente sobre el efecto que ejercen las auto-atribuciones. Por un lado están los estudiosos del tema que sostienen que las atribuciones relacionadas a la auto-culpa, pueden tener efectos dolorosos en el sujeto que las experimenta. Auto-responsabilizarse por padecer una grave enfermedad puede conducir al sujeto a experimentar

vergüenza, pena, inferioridad, etc. Además esta tendencia a la auto-culpa esta estrechamente relacionada con depresión; esto concuerda con el modelo de Seligman.

Es decir, los sujetos con locus interno que adscriben el origen de sus conflictos a causas estables e incontrolables: "así soy", "ya no hay remedio", " así es la vida", no se involucran en su proceso terapéutico.

Por otro lado, algunos investigadores sostienen que el auto-culparse por los problemas tiene funciones adaptativas, en gran medida por que esto permite experimentar cierto grado de control sobre los problemas. Algunos pacientes al enterarse de que tienen cáncer de pulmón, se auto-responsabilizan de su enfermedad, y abruptamente deciden dejar de fumar porque consideran que en sus manos está parte o gran parte de la cura (Michela & Wood, 1986).

Este no es el caso de los sujetos de la muestra presente, pues dentro de sus explicaciones no aparecen comentarios que reflejen un locus de control interno enfocados en la dimensión: controlabilidad.

Los modelos de Weiner y de Seligman se ven reforzados con estos hallazgos: los sujetos internos cuya "internalidad" se adjudica a la falta de capacidad, asumirán una actitud de pasividad frente a los acontecimientos, pues consideran que su falta de capacidad es estable, incontrolable y global. Michela (1986) reporta que el auto-culparse por la incapacidad está estrechamente relacionado con un ajuste psicológico pobre.

Al analizar las explicaciones de los sujetos de la muestra con locus externo, éstos tienden a adjudicar el origen y la solución de sus problemas al azar, la suerte, o a que la (s) otra (s) persona (s) cambien. En el modelo de Weiner se considera que estas explicaciones son externas e inestables, es decir, pueden variar a través del tiempo; lo cual implica la esperanza de que las cosas pueden ser diferentes.

Como conclusión se estima que los externos se comprometen más por que

esperan cambios en lo que sucede alrededor, tanto en las personas como en los hechos mismos, pero de no ocurrir estos cambios, no les afecta pues no se sienten responsables de ello.

Dentro de esta parte del trabajo se analizaron los datos relacionados al locus de control y su relación con el género del cliente.

También se observa que las mujeres adscriben el origen de sus problemas psicológicos a factores externos a ellas (situacionales), mientras que los varones presentan locus combinado; aun cuando las diferencias entre estos dos grupos de la muestra no son significativas, cabe mencionar algunos puntos interesantes: estas diferencias en las atribuciones entre hombres y mujeres coincide con los hallazgos reportados por Feather (1969), Simon & Feather (1973), Bar-Tal & Frieze (1977), Deaux & Farris (1977), Frieze & Bar-Tal (1980), Doherty & Baldwin (1985) y Bishop & Solomon (1989). Estos autores consideran que las mujeres se auto-perciben con una capacidad limitada para controlar factores situacionales debido a su muy particular proceso de socialización.

Lóchel (1983) comenta que dentro de la bibliografía representativa de esta área de investigación, las conclusiones respectivas no favorecen a las mujeres, es decir, se considera a los miembros del sexo femenino como los que presentan índices más altos de "miedo al éxito", conductas de desamparo (Dweck & Rapucci, 1973), así como las poseedoras de una expectativa orientada más al fracaso que al éxito (Feather, 1969).

Se reporta que las mujeres presentan un menor esfuerzo en el momento de realizar tareas difíciles (Bar-Tal & Frieze, 1977).

Como se observó en las Tablas 5, 6, y 7 referente al papel que las mujeres y los hombres le asignan al terapeuta, aún cuando el porcentaje es bajo (23 % en las internas, 7 % en las externas y 11 % en las combinadas), solo clientes de sexo femenino esperan que el terapeuta les resuelva los problemas. Nótese que ningún miembro del sexo masculino en los tres grupos le asignaron al terapeuta funciones

de "solucionador de problemas".

Como ya se mencionó anteriormente, estas diferencias encontradas probablemente se originen en los estereotipos sociales que le adscriben a los varones mejores ejecuciones y resultados en comparación con las mujeres.

Lóchel (1983) afirma que estos estereotipos sociales se adquieren desde temprana edad, vía la socialización que padres, maestros y otras figuras sociales llevan a cabo (p. 219).

Estudio # 2

En este estudio se evaluó la relación entre locus de control ante problemas propios y la estimación sobre el origen de problemas psicológicos en otros sujetos.

Se observó que hay una proyección del locus de control propio hacia el locus de control en otros. Es decir, los sujetos internos consideran que el origen de los problemas de otros individuos también es interno; los sujetos de la muestra con locus externo piensan que los conflictos ajenos son de locus externo y los clientes con locus combinado aducen los problemas ajenos a también el locus causal combinado.

Katz & Allport (1931) realizaron un estudio sobre actitudes en estudiantes y reportaron que los estudiantes que admitían haber hecho trampa en el examen eran los que a su vez suponían y esperaban que los otros estudiantes hicieran lo mismo.

Desde entonces muchas investigaciones se han generado en aras de estudiar este fenómeno: la relación entre la percepción propia de las características personales y la estimación del porcentaje de sujetos que comparten esas mismas características.

Algunos investigadores afirman que la causa de esta relación es que la gente proyecta irracionalmente sus características personales en otros, principalmente las negativas, (Krueger & Clement, 1994); Ross, Greene & House

(1977) consideraron a la proyección como un "sesgo de consenso", es decir, ellos reportan que dentro de los seres humanos existe la tendencia a considerar que los defectos propios son comunes a todos los demás, estos autores consideran que los sujetos potencializan la atención y la memoria selectiva en las atribuciones de auto-referencia y con esta información estiman al consenso. Krueger & Clement (1994) consideran que los sujetos reducen, a través de la retroalimentación sobre aspectos puntuales acerca de su ejecución, una parte de sus errores inferenciales, pero no todos. A pesar de esta corrección los sesgos y los errores persisten. Queda la interrogante de las variables que determinan este fenómeno.

La información del propio sujeto puede ser más saliente que la de otro tipo. Según Ross (1977) esto es así: los elementos disposicionales o internos se sobre-estiman por encima de los situacionales (sesgo o error atributivo fundamental).

La forma como pueden explicarse estos sesgos o errores atributivos es la siguiente: Sherman, Presson & Chassin (1984) enfatizan los factores motivacionales y su papel en las funciones auto-protectoras o de auto-alabanza en los errores o sesgos de consenso y positividad, es decir, pareciera existir una tendencia hacia el sentirse bien con uno mismo (sesgo hedonista, según Lau & Russell, 1980), a considerar que los éxitos son relevantes y únicos, mientras que los fracasos personales son ordinarios y comunes a todos. Aquí surge la hipótesis del egoísmo como fundamental para entender casos de inferencias sesgadas: la información o datos positivos referentes al propio sujeto son considerados superiores a otros (sesgo de positividad de las atribuciones). Para un análisis más profundo de la teoría del egoísmo consúltese a Snyder, Stephan & Rosenfield (1976); y/o la teoría del valor personal (self-worth) de Covington & Berry (1976).

Al sujeto que proyecta su información sobre los otros, le resulta más funcional trabajar con la información propia porque suele ser más simple, de más fácil acceso, toma menos tiempo y se da de manera más automática (Uleman &

Bargh, 1989).

Se pudo apreciar que los clientes que adjudican el origen de sus conflictos en el locus interno, ubican también dentro de este locus la solución de sus problemas.

También es posible ver que los sujetos que consideran que sus conflictos psicológicos por los que acuden a terapia son externos a ellos (factores situacionales), ubican en el locus externo o combinado, la solución de sus conflictos.

Se puede interpretar este dato encontrado en los sujetos con locus interno y combinado, como coincidente en la ubicación del origen del problema como en su solución. Según Michela y Wood (1986) se puede hablar de un efecto de activación, es decir, se han encontrado sujetos que al auto-adjudicarse el origen causal del problema se involucran en actividades conducentes a su solución, lo cual les permite "recuperar" un sentido de control sobre su vida y problemas. El auto-culparse de errores o problemas pasados a veces conlleva un efecto más saludable en el ajuste emocional de los sujetos.

Se puede inferir una contradicción en los clientes con locus interno, o sea: ubican el origen de sus conflictos en el locus interno, consideran (verbalizan) que la solución está y radica en ellos (locus interno) pero no se comprometen conductualmente en su proceso de terapia.

Ahora bien, los clientes en terapia consideran que si otras personas también tienen conflictos, de ellas depende la solución (factores disposicionales o internos) aun cuando consideren que en ellas no está el origen o la causa. Aquí pareciera ser que aún cuando los clientes ubiquen en el exterior el origen de las causas de los problemas ajenos, le atribuyen a los otros la responsabilidad de la solución (en ellos no está la causa pero si la responsabilidad en la cura). Una vez más se observa el error atributivo fundamental (Rentería, 1993), es decir, se considera a los factores disposicionales del sujeto como los encargados de darle solución a los

conflictos.

Para concluir este punto cabe mencionar que se esperaría que le adjudicaran al locus interno, tanto el origen de los conflictos como la solución, pero se observó que los sujetos del estudio proyectan su locus de causalidad ante los problemas ajenos y adscriben al locus interno el locus causal de las soluciones. Esto constituye una confirmación parcial del error fundamental de la atribución.

Estudio # 3

El objetivo de éste era determinar el estilo atributivo de los sujetos del estudio.

Se detectó que los sujetos de los grupos de locus interno y externo presentan un locus interno al momento de contestar la escala de Rotter, la cual evalúa el locus de control de los sujetos ante situaciones de la vida cotidiana, un reactivo de esta escala dice así:

___ Se pone mucho énfasis en el atletismo en las secundarias

___ Los deportes en equipo son una excelente manera de fortalecer el carácter

Cabe recordar que el cuestionario utilizado para detectar locus de control en clientes en terapia, solo evalúa las atribuciones causales de los sujetos ante situaciones críticas (sus problemas psicológicos que los llevaron a buscar atención psicológica), mientras que tanto el Rotter como el Cuestionario General evalúan el locus de control de los individuos ante situaciones comunes de la vida diaria. Esto se puede interpretar de la manera siguiente: ante situaciones críticas (conflicto psicológicos) los individuos presentan diversos tipo de locus de control, principalmente locus externo, pero ante situaciones no-críticas (eventos de la vida cotidiana) los sujetos tienden a presentar un locus de control interno, preponderantemente. Esto habla, un tanto, de las diferencias en la atribución de

causalidad ante el fracaso o el éxito. Según el modelo de Weiner: el fracaso es atribuido al locus externo y el éxito al locus interno, cuando de conducta propia se trata.

Una interpretación similar se puede hacer acerca de los efectos de sesgo en las respuestas de acuerdo a la situación estímulo presentada.

Los clientes de los tres subgrupos (interno, externo y combinado) tienden a presentar esencialmente locus de control interno ante un instrumento que plantea circunstancias muy generales de la actividad diaria.

Cabe mencionar que el que los sujetos presenten un locus interno ante el Rotter y el Cuestionario General también puede indicar que estos instrumentos tienen tendencias hacia el locus interno y por ende los sujetos responden en este sentido.

En caso de rechazar la afirmación anterior, se puede comentar que parece ser que los sujetos poseen un locus de control distinto ante situaciones de fracaso o error y ante circunstancias de éxito, lo cual induce a hablar de un estilo atributivo en el sentido en que lo mencionan Anderson, Miller, Riger, Dill & Sedikies (1994): ellos consideran que existe un estilo atributivo personal distinto para los eventos buenos y malos de la vida.

En trabajos conducidos (Anderson, 1991) para analizar lo que son los estilos atributivos en seres humanos, a los sujetos se les presentan eventos hipotéticos de la vida cotidiana ante los cuales tienen que adscribir atribuciones causales en términos de sus diferentes dimensiones: locus, controlabilidad, estabilidad y generalidad o globalidad. Este autor acota que muy rara vez los sujetos elaboran explicaciones combinando tal variedad de dimensiones. También comenta que el estilo atributivo se va conformando a lo largo del tiempo y de las diversas situaciones de la vida.

A manera de conclusión del estudio 3, se puede comentar que los sujetos de la muestra presentan una tendencia hacia el locus externo ante situaciones

conflictivas y un locus interno ante las situaciones comunes y corrientes de la vida diaria. Este sería el estilo atributivo de los clientes del estudio y de la muestra.

CAPITULO 5

La discusión final de este trabajo versará alrededor de 2 ejes: a) las implicaciones inmediatas de los resultados de este estudio, b) y las tendencias actuales en la investigación atributiva dentro de la psicología clínica.

5.1. Implicaciones inmediatas de los resultados de este estudio

La muestra de la población con la cual se trabajó en este estudio puede ser categorizada -no sin limitaciones- de la siguiente manera: los clientes que con mayor frecuencia acuden a la terapia son la mujeres, quienes presentan una mayor tendencia a adscribir el origen de sus conflictos a factores externos o situacionales, mientras que los hombres de esta muestra tienden a presentar un locus combinado.

Los sujetos en general, independientemente de su sexo, tienden a a) comprometerse en su proceso psicoterapéutico de la siguiente manera: los sujetos con locus externo en primer lugar y los combinados en segunda instancia tienden a comprometerse más en su proceso psicoterapéutico, mientras que los internos se involucran de manera superficial en su terapia y b) al momento de juzgar el origen de los problemas de otros, tienden a asignar el locus de control propio hacia el ajeno, es decir, es el mismo; c) al momento de estimar el locus de la solución de los problemas ajenos responsabilizan al sujeto (factores internos) de la solución tentativa, independientemente de las causas.

Siguiendo la lógica de Ross y el error fundamental de la atribución (1977) cabría suponer que los sujetos tenderían a ubicar el origen causal y la solución de los conflictos de otros en el locus interno; en esta muestra esto no sucede así en lo tocante al origen causal, pero sí en lo relacionado a la ubicación de soluciones terapéuticas (Estudio # 2). Por todo lo anterior se concluye que el error atributivo fundamental se confirma parcialmente en este estudio.

De manera paralela se puede concluir que los sujetos de estos estudios muestran un estilo atributivo particular: presentan un locus externo al momento de adjudicar el origen causal de sus problemas, pero un locus causal interno al momento de juzgar situaciones típicas de la vida diaria (sesgo de positividad).

Por todo lo anterior se pueden plantear - con ciertas reservas- las siguientes sugerencias a realizar entre los usuarios del servicio psicológico:

1.-Al iniciar un proceso psicoterapéutico es recomendable evaluar el locus de control de los futuros clientes de los servicios de atención psicológica, en aras de observar y poder predecir tentativamente el grado de compromiso del cliente en su proceso terapéutico, y de igual forma, poder establecer un plan de trabajo terapéutico con base en sus muy particulares atribuciones de causalidad, por ejemplo, si el cliente adscribe a su "naturaleza" (atribuciones internas de capacidad y estabilidad) o a los "designios de dios" (atribuciones externas de azar) el origen de su problemática, se conducirá dentro como fuera del proceso terapéutico con la "firme idea" de que las cosas no van a cambiar jamás, por ende, ¿ para qué esforzarse o comprometerse ?

2.- Valorar la relación entre el locus de control del cliente y el locus de control de los otros sujetos con los que convive, por ejemplo, evaluar el locus causal de los miembros de su familia para detectar el apoyo que le pueden proporcionar al cliente, pues se sabe que si los demás le imputan la responsabilidad de su condición, difícilmente cooperarán con el.

3.- Estudiar detenidamente el proceso a través del cual, el usuario adquirió esa particular visión del origen de los problemas, con el fin de entender su origen, funcionalidad y poder proporcionar tácticas para su cambio.

4.- Orientar el proceso de terapia tomando en cuenta el locus de control del cliente, por ejemplo: un sujeto con estilo atributivo externo en lo general y con locus de control externo en cuanto al origen y solución del problema, difícilmente se "adaptará" a estrategias terapéuticas basadas en el auto-control.

5.- Fomentar que los sujetos con juicios y criterios muy rígidos, adopten un estilo combinado de atribución causal. Lo cual puede aumentar las probabilidades de que el sujeto se adapte y modifique su comportamiento al momento de interactuar con otros seres humanos.

6.- Analizar y trabajar conjuntamente con el cliente en la terapia sus juicios causales, por ejemplo, valorar las dimensiones de locus de control, estabilidad, controlabilidad y generalidad para intentar cambiar el "yo no puedo hacer nada", el "no hay remedio", el "nunca me he preocupado", "eso es imposible", por otras atribuciones más funcionales, más adaptativas y/o más reales.

En la misma tónica, Weiner (1988) opina que los terapeutas tienen que hacer el intento de sustituir la idea de incapacidad que posee el sujeto ("yo así soy", o "nunca he podido con esa situación") por otra donde asuma que su problema no es falta de capacidad sino de esfuerzo (por ejemplo: "fracasé porque no lo intenté, si me empeño probablemente lo lograré"), puesto que el esfuerzo es considerado como inestable y controlable, es decir, puede cambiar a lo largo del tiempo y está sujeto a la voluntad del individuo.

El terapeuta puede llevar a cabo varias estrategias para lograr cambios significativos dentro de la terapia, una de ellas es cambiar las atribuciones elaboradas alrededor de la falta de esfuerzo. Otra es influir para que el sujeto perciba y valore los resultados o efectos de manera distinta, por ejemplo el divorcio puede ser visto como un éxito si se enfatizan adecuadamente otros factores no contemplados por el sujeto.

Otra táctica es conocer la información y las reglas utilizadas por los sujetos para elaborar conclusiones/atribuciones individuales, con esta información se les puede mostrar y hacer énfasis en los errores de juicio, omisiones de datos y comisiones de conclusiones erróneas, y en como éstas repercuten negativamente sobre afectos, motivación, etc.

Por su parte, Clifford (1986) recomienda que se entrene a los sujetos en la elaboración de atribuciones sobre estrategias más que en incrementar el esfuerzo, por ejemplo: no importa que tan duro (esfuerzo) estudie una persona sino el cómo estudie (estrategia de preparación). Este mismo autor recomienda la estrategia de cambiar el significado de la causas.

Por otro lado, Murdock & Fremont (1989) comentan que también se deben estudiar las atribuciones elaboradas por el terapeuta, pues éstas están relacionadas con el tipo de trabajo terapéutico que recomienda o implementa, por ejemplo: dependiendo de las inferencias que elabore el terapeuta con base en los datos del cliente, puede sugerir desde un trabajo centrado en el cliente (enfocarse en los factores internos del cliente), hasta recomendar que el sujeto sea hospitalizado, cambie de residencia o cualquier otra forma de "retiro" del cliente de su ambiente natural y cotidiano (centrarse en los factores externos).

Haynes, Spain & Oliveira (1993) recomiendan centrar la atención del terapeuta en la realización de un buen análisis de las variables causales para poder conformar diagnósticos apropiados.

5.2. Tendencias actuales en la investigación atributiva dentro de la psicología clínica.

A continuación se expondrá una breve revisión del estado actual y las tendencias de la investigación atributiva dentro del contexto de la psicología clínica, dicha revisión se enfocará esencialmente al área de intervención terapéutica. De manera particular se hará mención de cómo se puede ir enriqueciendo el trabajo terapéutico en sujetos con características similares a los de la muestra

5.2.1. Intervención terapéutica.- Elaborar un juicio causal implica suponer cierto tipo de relaciones entre los eventos-estímulo: estas relaciones se van estableciendo gracias a la conjunción o aparición constante de estos estímulos, por ejemplo, si cuando X aparece, Y aparece también se puede decir, y afirmar que

entre estos eventos existe una relación, en la medida en que la aparición de un estímulo predice la presencia del otro, esta es una situación de conjunción constante y de covariación entre fenómenos. Otro ejemplo, aunque distinto, están las relaciones en donde sólo aparece un hecho y el otro no (si X, entonces no-Y) o también (No-X, entonces Y), este último caso indica una relación muy especial, pues el efecto ocurre pero no la causa. A este tipo de relación se le llama contrafactual.

La habilidad para detectar covariaciones entre estímulos en el medio donde se esta inmerso es un componente fundamental de la conducta adaptativa (Alloy & Tabachnik, 1984). El poder establecer covariaciones entre estímulos constituye un componente esencial del modelo del "hombre científico", de Kelley (1973), es decir, se concibe al ser humano como un estadístico que observa las asociaciones entre eventos para elaborar conclusiones al estilo de la metodología experimental.

Todo esto habla de elaborar juicios basados únicamente en la conjunción constante y repetitiva de los estímulos: Si X, entonces Y. A partir de esto se pueden derivar normas y reglas las cuales guían las inferencias.

Aquí se encuentra la base del pensamiento racional.

Ahora bien, cabe recalcar que todo esto tiene que ver con la terapia psicológica en gran medida porque una gran cantidad del trabajo terapéutico-conductual y cognoscitivamente orientado- va encaminado a que el cliente contraste hechos, busque información y observe fenómenos relacionados directa o indirectamente con él; Beck, Rush, Shaw & Emery (1979) le llamaron a esto "experimentos conductuales", dicho en otras palabras, el sujeto tiene que probar empíricamente sus hipótesis. Es decir, el cliente tiene que aprender a no subestimar ni a sobrestimar la información "real y objetiva" obtenida a través del principio de covariación, entre otros. Por ejemplo: si una cliente reporta ignorar por qué su marido se disgusta con ella frecuentemente y le deja de dirigir la palabra, es labor del terapeuta ayudar a esta mujer a elaborar un análisis funcional de su conducta y

de la de su esposo para poder encontrar/inferir las causas de dicho comportamiento: la cliente tiene que llevar a cabo un análisis de los elementos antecedentes y consecuentes a la conducta de ella para empezar a inferir las causas. O sea: tiene que observar las covariaciones entre los fenómenos y con esto descubrir la cadena causal, como resultado de todo esto, la cliente puede concluir que cada vez que ella se sobregira en sus gastos (Si X...), él se disgusta (...entonces Y); como en el caso de los sujetos del estudio # 1, es decir, los clientes de la muestra tienen que desarrollar estas habilidades de observación para poder elaborar mejores y más exactas inferencias.

Como este, innumerables ejemplos se pueden citar, no solo dentro de la modificación conductual ortodoxa, sino también dentro de otras aproximaciones terapéuticas, como es la Terapia Racional Emotiva de Albert Ellis. Dentro de esta técnica se estimula a que el sujeto considere la información racional y objetiva por encima de la irracional, como estrategia para remediar conflictos psicológicos, es decir, se le enseña a los sujetos a analizar objetivamente todos los hechos que se le presentan.

Lo que se está enseñando a través de este y otros procedimientos terapéuticos es a elaborar juicios objetivos, basados en los hechos concretos y evidentes de la vida diaria.

Los modelos de evaluación y modificación conductual propuestos por Kanfer & Saslow (1969) y Kanfer & Phillips (1969), entre otros, representan este énfasis en el análisis funcional como prototipo del análisis causal del comportamiento.

La estrategia terapéutica basada en el análisis funcional del comportamiento ha tenido gran éxito, por ejemplo en la modificación de la enuresis (Madsen, 1965) en el tratamiento de la encopresis (Neale, 1963), tartamudez (Bloodstein, 1950), obsesiones-compulsiones (Haslam, 1965), trabajo con esquizofrénicos (Agran, 1967), en la modificación de las creencias irracionales (Chadwick, Lowe, Horne & Higson, 1994), etc. En todos estos casos los clientes aprenden a observar/se así

como a observar el medio y el tipo de interacciones entre ambos, es decir, observar y detectar las relaciones funcionales entre los fenómenos como estrategia para promover futuros cambios.

En la muestra presente, los sujetos con locus interno que se culpan y responsabilizan por todo lo que sucede al grado de adoptar un papel pasivo frente a los acontecimientos, pueden aprender habilidades de auto-observación y auto-monitoreo para incrementar la posibilidad de elaborar atribuciones más apegadas a la realidad. Una estrategia similar se puede llevar a cabo con los sujetos que presentan locus externo, solo que aquí se podrían cambiar sus atribuciones en las que le adjudican el origen causal de sus problemas a otros, por otras en donde exprese la posibilidad de una participación más activa en su proceso personal de desarrollo.

Ahora bien, se ha observado que el trabajo terapéutico en el campo de las atribuciones erróneas o inadecuadas y basado en la estrategia de inducir al cliente a que observe sistemáticamente eventos correlacionados -o a que realice un "rastreo" o "pesquisa" de todos los elementos involucrados para de esta manera elaborar inferencias o explicaciones objetivas- no es suficiente ni lo más recomendable ante cierto tipo de cuadros psicopatológicos, como por ejemplo, ante los casos de sujetos que presentan pensamientos obsesivos, o en sujetos con conductas de tipo paranoide, también en algunos tipos de depresión exógena, o en sujetos con un marcado índice de auto-castigo como consecuencia de asumir la responsabilidad del daño causado a otros o a si mismos (auto-culparse), etc.

Meyer (1982) argumenta que en ocasiones la información indispensable para la realización de juicios no está disponible y por lo tanto tiene que inferirse a través de información obtenida de manera indirecta. Es decir, la información de covariación necesaria para una evaluación "racional" se desconoce, lo cual obliga al sujeto a utilizar esquemas causales (Kelley, 1983), a emplear el principio contrafactual o a adoptar atribuciones de otros, a partir de las cuales puede elaborar las suyas propias, según el caso.

En relación a este punto, sería interesante valorar el estilo atributivo de las personas que conviven comunmente con los sujetos de la muestra para poder determinar si el sujeto elabora sus propios juicios causales o tiende a imitar el estilo de otros.

En una serie de experimentos, Meyer (1982) encontró que los observadores reaccionan diferencialmente ante el éxito o el fracaso del actor dependiendo de las atribuciones elaboradas acerca de la responsabilidad de los resultados. Los observadores alaban el éxito y reprueban las fallas si ambos se atribuyen al esfuerzo (el cuales interno y variable, según Weiner, 1986) del actor. Sin embargo, si el éxito y el fracaso se adjudican a la mucha o poca capacidad (interna y estable, de acuerdo a Weiner), se alaba y reprueba con más discreción.

Este hecho tiene grandes implicaciones dentro del ámbito clínico.

Actualmente se está empezando a plantear cierto tipo de estrategias, a saber: dentro de la corriente cognoscitivo conductual se ha comenzado a generar alternativas de labor terapéutica basadas en "simulaciones cognoscitivas" o alternativas contrafactuales, las cuales están basadas en el principio contrafactual, es decir, este principio consiste en imaginar versiones alternativas a las presentes en la realidad. La capacidad para plantear situaciones alternativas o contrafactuales es una habilidad muy valiosa para el ser humano (Roese, 1994).

Los pensamientos contrafactuales son proposiciones condicionales que abarcan un antecedente y su consecuente, por ejemplo: "si ella no hubiera ido manejando (antecedente), no se habrían accidentado" (consecuente).

Roese (1994) considera que la aparición de eventos sorprendentes o negativos tiende a elicitar este tipo de inferencias causales.

La utilización de estos pensamientos contrafactuales trae repercusiones en las respuestas afectivas y en las adscripciones causales porque le permite al sujeto manejar otras posibilidades y generar alternativas no contempladas (Wells & Gavanski, 1989), también trae consecuencias en las auto-inferencias (Roese &

Olson, 1993), en los sentimientos de simpatía hacia la víctima (Miller & McFarland, 1986), en conductas de agradecimiento (Landman, 1987) y por último también trae cambios en el reporte de felicidad (Johnson, 1986).

Considérese el caso del principio contrafactual: (NoX- Y); aquí la presencia del efecto es notoria, pero hay un desconocimiento de la causa.

Ante la ocurrencia de ciertos eventos de tipo negativo como lo son la mayoría de los conflictos psicológicos que se reportan en terapia psicológica, cabe la posibilidad de llevar a cabo una estrategia basada en el principio contrafactual orientada no hacia la búsqueda de causas reales y tentativas ni hacia el análisis minucioso de los factores involucrados, más bien, esta estrategia se fundamenta en la generación -por parte del cliente- de situaciones hipotéticas (inferencias causales) que pudieran tener como consecuencia efectos alternativos a los presentes. Considérese el caso de una madre que está postrada por la depresión y angustia ante su hijo herido en un accidente automovilístico, una posible táctica para "sacarla" de ese estado es plantearle alternativas contrafactuales: "Imagina cómo estarías *si él hubiera* muerto en el accidente", "¿qué harías *si él hubiera* perdido ambas piernas en el accidente? ". En este ejemplo, sugerirle a la madre la estrategia de generar un análisis funcional de su comportamiento depresivo, tiene muy poco sentido y utilidad.

Markman, Gavanski, Sherman & McMullen (1993) afirman que las alternativas contrafactuales son las que se generan en respuesta a los eventos negativos y que además tienen funciones de preparar al sujeto hacia lo que pueda suceder en el futuro, obviamente este tipo de contrafactuales genera reacciones negativas en lo inmediato pero a la larga le sirven al individuo como estrategias de afrontamiento, por ejemplo: en el caso de la madre deprimida, la sola idea de la muerte de su hijo la puede deprimir más, pero le permite consolarse ante lo sucedido en el presente y la prepara para lo que pueda acontecer en el futuro.

De manera similar se pueden generar alternativas contrafactuales que enfatizen efectos positivos y distintos a los hechos presentes, por ejemplo si un niño está muy enojado por haber sido castigado por su madre, se le puede plantear lo siguiente: "¿qué crees que pudiste *haber hecho* para que tu madre no te castigara?". En este ejemplo se está induciendo a que el sujeto elabore alternativas que lo lleven, potencialmente, a hacer cosas diferentes a las realizadas puesto que éstas lo llevaron a obtener consecuencias negativas. El niño ignora exactamente que provocó el enojo de su madre, pero puede inferir cómo solucionarlo. Este proceso inferencial lo puede conducir a generar alternativas para prevenir problemas futuros.

A los sujetos que participaron en los estudios # 1, 2 y 3, se les puede instigar para que no prolonguen el proceso de adjudicación de culpas o responsabilidades, lo que se pretende es que elaboren estrategias alternas mediante la utilización de este principio.

En el caso contrafactual (NoX-Y) el sujeto busca probables causas dentro de toda una gama de posibilidades. Al final no importa tanto si el sujeto descubre la causa o no, lo que importa es esta creatividad inferencial que lo puede llevar a presentar comportamientos alternativos y más eficaces. Por ejemplo: si un sujeto es asaltado en cierta zona de la ciudad, una estrategia contrafactual plantearía: "¿ qué crees *hubieras* podido hacer para evitar el asalto?". No se le plantea ¿Cuál fue la causa del asalto ?

Esta estrategia no es nueva en psicoterapia, diversas corrientes terapéuticas la han empleado desde hace tiempo con resultados casi "mágicos". Lo que si es nuevo, es el hecho de que las aproximaciones cognitivas y conductualmente orientadas, la están utilizando e investigando sistemáticamente para determinar cómo y por qué funciona, es decir, están investigando la "estructura de la magia" desde una perspectiva diferente, y con la finalidad de generar tecnología aplicable en el ámbito clínico.

En 1993, en Ontario Canada, se llevó a cabo la 101ª Convención Anual de la Asociación Psicológica Americana, en donde se presentó el simposium "Pensamiento contrafactual: Estado actual e investigación reciente"; en este simposium se presentaron varios trabajos en donde se hizo mención de las amplias posibilidades que ofrece el trabajar con este principio o estrategia contrafactual en terapia psicológica. Dentro de este mismo simposium se criticó la investigación conducida exclusivamente entre los típicos sujetos experimentales: estudiantes universitarios. Se sugirió trabajar con otro tipo de poblaciones.

Queda abierta la posibilidad de generar una propuesta terapéutica que retome la información que la investigación básica de tipo atributiva -entre otras- ha generado, así como las estrategias de trabajo centradas en la modificación de la actividad humana.

Finalmente, es importante resaltar algunos aspectos de este trabajo:

- Los sujetos con los que se trabajó fueron clientes que participaron en un proceso psicoterapéutico.
- Los datos encontrados, permitirán elaborar y plantear estrategias de evaluación e intervención psicológica orientadas hacia el mejor uso de los recursos materiales y humanos, es decir, si se sabe de antemano el locus causal de los sujetos candidatos a llevar un proceso terapéutico, se podrán hacer ciertos pronósticos tentativos acerca de su compromiso, de la manera de involucrarse con sus semejantes y del estilo atributivo en relación a sus conflictos.
- El escenario donde se trabajó involucra una relación más directa entre los psicólogos y la población general, lo cual puede reeditar -tentativamente- en la validez de los estudios.

Resta agregar las siguientes sugerencias para futuras investigaciones:

- Trabajar con muestras de población más numerosas.
- Aplicar los instrumentos de evaluación antes y después de que se lleve a cabo el proceso terapéutico de cada sujeto (pre-test y pos-test)
- Investigar de manera puntual la relación entre juicios de atribución causal y el cuadro psicopatológico de los clientes.
- Analizar y evaluar las atribuciones de los terapeutas en relación a su compromiso hacia el cliente y la terapia, pronóstico del proceso y estrategia terapéutica empleada.
- Utilizar también instrumentos de evaluación ya estandarizados junto a los ya mencionados en los Anexos.

REFERENCIAS

- Abramowitz, S.I. (1969). Locus of control and self-reported depression among college students. *Psychological Reports*, **25**, 149-150.
- Abramson, L.Y. & Sackheim, H.A. (1977). A paradox in depression: Uncontrollability and self-blame. *Psychological Bulletin*, **84**, 835-851.
- Abramson, L.Y.; Seligman, M.E.P. & Teasdale, J. (1978). Learned helplessness in humans: Critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology* **87**, 49-74.
- Agras, W.S. (1967). Behavior therapy in the management of chronic schizophrenia. *American Journal of Psychiatry*, **124**, 240-243.
- Alloy, L. B. & Tabachnik, N. (1984). Assessment of covariation by humans and animals: The joint influence of prior expectations and current situational information. *Psychological Review*, **91**, (1),112-149.
- Anderson, C.A. (1991). How people think about causes: Examination of the phenomenal organization of attribution for success and failure. *Social Cognition*, **9**, 295-329.
- Anderson, C.A.; Miller, R.S.; Riger, A.L.; Dill, J.C. & Sedikies, C. (1994). Behavioral and characteriological attributional styles as predictors of depression and loneliness: Review, refinement and test. *Journal of Personality and Social Psychology*, **66**, (3), 549-558.
- Arkin, R.M. & Murayama, G.M. (1979). Attribution, affect and college performance. *Journal of Educational Psychology*, **71**, 85-93.
- Arkin, R.M.; Appelman, A. & Burger, J.M. (1980). Social anxiety, self-presentation and the self-serving bias in causal attribution. *Journal of Personality and Social Psychology*, **38**, 23-35.
- Atkinson, J. W. (1958). *Motives in phantasy, action and society*. Princeton, NJ.: Van Nostrand
- Atkinson, J.W. & Birch, D. (1970). *A dynamic theory of action*. New York: Wiley.
- Axelrod, S. (1987). Funtional and structural analysis of behavior: Approaches leading to reduced use of punishment procedures?. *Research In Developmental Disabilities*, **8**, pp. 165-178.
- Bandura, A. (1982). Self-efficacy mechanisms in human agency. *American Psychologist*, **37**, 122-147.

- Bar-Tal, D. & Frieze, I.H. (1977). Achievement motivation for males and females as a determinant of attributions for success and failure. **Journal of Sexual Roles**, **3**, 301-313.
- Barnett, P.A. & Gotlib, I.H. (1988). Psychosocial functioning and depression: Distinguishing among antecedents, concomitants and consequences. **Psychological Bulletin**, **104**, pp. 97-126
- Barrowclough, C.; Johnston, M. & Tarrier, N. (1994). Attribution expressed emotion, and patient relapse: An attributional model of relative's response to schizophrenic illness. **Behavior Therapy**, **25**, 67-88.
- Barrowclough, C.; Tarrier, N.; Vaughn, C.E.; Bamrah, J.S. & Freeman, H. (1987). Assessing the functional value of relatives' knowledge about schizophrenia: A preliminary report. **British Journal of Psychiatry**, **151**, 1-8.
- Beck, A.T.; Rush, A.J.; Shaw, B.F.; & Emery, G. (1979). **Cognitive therapy of depression**. New York: Guilford.
- Bellack, A.S. Rosensky, R. & Swartz, J. A. (1974). Comparison of two forms of self-monitoring in a behavioral weight reduction program. **Behavior Therapy**, **5**, 523-530.
- Bergin, A.E. & Lambert, M.J. (1978). The evaluation of therapeutic outcomes. En S.L. Garfield & A.E. Bergin (Eds.) **Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis** (2nd ed.). New York: Wiley.
- Berzins, J.I. & Ross, W.F. (1973) Locus of control among opiate addicts. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, **40**, 84-91.
- Bishop, R.C. & Solomon, E. (1989). Sex differences in career development locus of control and career commitment effects. **Psychological Reports**, **65**, 107-114.
- Blau, J.N. & Diamond, S. (1985). Dietary factors in migraine precipitation. **Headache**, **25**, pp. 184-187.
- Bloodstein, D. (1950). Hypothetical conditions under which stuttering is reduced or absent. **Journal of Speech and Hearing Diseases**, **15**, 142-153.
- Bokstrom, K., Balldin, J. & Langstrom, G. (1991). Individual mood profiles in alcohol withdrawal. **Alcoholism Clinical and Experimental Research**, **15**, pp. 508-513.
- Bootzin, R.R. (1975). **Behavior Modification and Therapy: An introduction**. Cambridge, Ma.: Winthrop.
- Bradbury, T.N. & Fincham, F.D. (1990). Attributions in marriage: Review and critique. **Psychological Bulletin**, **107**, 3-33.

- Brockner, I. & Swap, W.C. (1983). Resolving the relationship between placebos, misattribution and insomnia: An individual-difference perspective. **Journal of Personality and Social Psychology**, **45**, 32-42.
- Brown, G.H. & Harris, T. (1978). **Social origins of depression**. New York: Free Press.
- Bugental, J.F.T. (1988). What is "failure" in psychotherapy ? **Psychotherapy**, **25**, 532-535.
- Bullock, M. Gelman, R. & Baillargeon, R. (1982). The development of causal reasoning. En W.J. Friedman (Ed.) **The developmental psychology of time**. San diego, CA: Academic Press.
- Burger, M. & Arkin, M. (1980). Prediction, control and learned helplessness. **Journal of Personality and Social Psychology**, **38**, 482-491.
- Burnes, K.; Brown, W.A. & Keating, G.W. (1971). Dimensions of control: correlations between MMPI and I-E Scores. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, **36**, 301.
- Clifford, M., M. (1986). The comparative effects of strategy and effort attributions. **British Journal of Educational Psychology**, **56**, 75-83.
- Coan, R.W. (1974). **The optimal personality: An empirical and theoretical analysis**. New York: Columbia University Press.
- Cohen, S. (1980). Aftereffects of stress on human performance and social behavior: A review of reserch and theory. **Psychological Bulletin**, **88**, 82-108.
- Coman, P., & Houghon, S.J. (1991). A functional analysis of self-injurious behavior. **Educational Psychology in Practice**, **7**, 111-116.
- Covington, M.V. & Berry, R. (1976). **Self-worth and school learning**. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Cromwell, R.L.; Butterfield, E.C.; Brayfield, F.M. & Curry, J.J. (1977). **Acute myocardial infarction**. St. Louis: Mosby.
- Cutrona, C.E.; Russell, D. & Jones, R.D. (1985). Cross-situational consistency in causal attributions: Does attributional style exist ? **Journal of Personality and Clinical Psychology**, **47**, (5), 1043-1058.
- Chadwick, P.D.J.; Lowe, C.F.; Home, P.J. & Higson, P.J. (1994). Modifying delusions: The role of empirical testing. **Behavior Therapy**, **25**, 35-49.
- Chapin, M. & Dyck, D.G. (1976). Persistence and childrens' reading behavior as a function of N-length and attribution retraining. **Journal of Abnormal Psychology**, **85**, 511-515.

- Davies, E.C. (1979). **On the semantics of syntax: Mood and condition in english**. London: Croom Helm.
- Davison, G.C. & Valins, S. (1969). Maintenance of self-attributed and drug-attributed behavior change. **Journal of Personality and Social Psychology**, 1, 25-33.
- Deaux, K., & Farris, F. (1977). **Attributing causes for one's own performance: The effects of sex, norms and outcome.** (s/r).
- Dewsbury, D.A. y Rethlingshafer, D.A. (1974). **Comparative Psychology. A modern survey**. México: Mc Graw Hill.
- Doherty, W.J. & Baldwin, C. (1985). Shifts and stability in locus of control during the 1970's: Divergence of the sexes. **Journal of Personality and Social Psychology**, 28, 1048-1053.
- Dreier, O. (1991). **Clients interests and possibilities in psychotherapy.** En Ch. Tolman & W. Maiers (Eds.). **Critical psychology. Contributions to an historical science of the subject.** Cambridge: Cambridge University Press.
- Dweck, C.S. & Rapucci, N.D. (1973). Learned helplessness and reinforcement responsibility in children. **Journal of Personality and Social Psychology**, 25, 109-116.
- Dweck, C.S. (1975). The role of expectations and attributions in the alleviation of learned helplessness. **Journal of Personality and Social Psychology**, 31, 674-685.
- Eiser, J. R. (1975) Attitudes and the use of evaluative language: A two way process. **Journal for the Theory of Social Behaviour**, 5, 235-248.
- Eiser, J. R. (1985). Social Cognition and social action. En G.P. Ginsburg, M. Brenner & M. von Cranach (Eds.) **Discovery strategies in the psychology of action.** European Monographs in Social Psychology 35. San Diego: Academic Press.
- Eiser, J. R. & Gossop, G. (1979). "Hooked" or "sick": addicts' perceptions of their addiction. **Addictive Behaviours**, 4, 185-191.
- Emmelkamp, P.M. (1986). Behavior therapy with adults. En S.L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.). **Handbook of psychotherapy and behavior change** (3^a Ed.). New York: Wiley
- Feather, N.T. (1969). Attribution of responsibility and valence of success and failure in relation to initial confidence and task performance. **Journal of Personality and social Psychology**, 13, 129-144.

- Davies, E.C. (1979). **On the semantics of syntax: Mood and condition in english.** London: Croom Helm.
- Davison, G.C. & Valins, S. (1969). Maintenance of self-attributed and drug-attributed behavior change. **Journal of Personality and Social Psychology**, 1, 25-33.
- Deaux, K., & Farris, F. (1977). Attributing causes for one's own performance: The effects of sex, norms and outcome. (s/r).
- Dewsbury, D.A. y Rethlingshafer, D.A. (1974). **Comparative Psychology. A modern survey.** México: Mc Graw Hill.
- Doherty, W.J. & Baldwin, C. (1985). Shifts and stability in locus of control during the 1970's: Divergence of the sexes. **Journal of Personality and Social Psychology**, 28, 1048-1053.
- Dreier, O. (1991). Clients interests and possibilities in psychotherapy. En Ch. Tolman & W. Maiers (Eds.). **Critical psychology. Contributions to an historical science of the subject.** Cambridge: Cambridge University Press.
- Dweck, C.S. & Rapucci, N.D. (1973). Learned helplessness and reinforcement responsibility in children. **Journal of Personality and Social Psychology**, 25, 109-116.
- Dweck, C.S. (1975). The role of expectations and attributions in the alleviation of learned helplessness. **Journal of Personality and Social Psychology**, 31, 674-685.
- Eiser, J. R. (1975) Attitudes and the use of evaluative language: A two way process. **Journal for the Theory of Social Behaviour**, 5, 235-248.
- Eiser, J. R. (1985). Social Cognition and social action. En G.P. Ginsburg, M. Brenner & M. von Cranach (Eds.) **Discovery strategies in the psychology of action.** European Monographs in Social Psychology 35. San Diego: Academic Press.
- Eiser, J. R. & Gossop, G. (1979). "Hooked" or "sick": addicts' perceptions of their addiction. **Addictive Behaviours**, 4, 185-191.
- Emmelkamp, P.M. (1986). Behavior therapy with adults. En S.L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.). **Handbook of psychotherapy and behavior change** (3^a Ed.). New York: Wiley
- Feather, N.T. (1969). Attribution of responsibility and valence of success and failure in relation to initial confidence and task performance. **Journal of Personality and social Psychology**, 13, 129-144.

- Finchman, F.D. & Jaspars, J.M. (1980). Attribution of responsibility: From man the scientist to man as lawyer. En L. Berkowitz (Ed.). **Advances in Experimental Social Psychology**, (Vol. 13). New York: Academic Press.
- Foa, E.B. & Emmelkamp, P.M.G. (1983). **Failures in behavior therapy**. New York: Wiley.
- Foon, A.E. (1987). Locus of control as a predictor of outcome of psychotherapy. **British Journal of Psychology**, 60, pp. 99-107.
- Fösterling, F. (1988). **Attribution theory in clinical psychology**. Chichester: Wiley.
- Frieze, I. H. & Bar-Tal, D. (1980). Developmental trends in cue utilization for attributional judgments. **Journal of Applied Developmental Psychology**, 1, 83-94.
- García, J. McGowan, B.; Ervin, F; & Koelling, R. (1968). Cues: Their relative effectiveness as reinforcers. **Science**, 160, 794-795.
- García, J; McGowan, B.& Green,K.F. (1972). Sensory quality and integration: Constrains on conditioning. En A.H. Black & W.F. Prokasy (Eds.), **Classical conditioning II: Current research and theory**. New York: Appleton-Century-Crofts.
- Gatting-Stiller, Gerling, M., Stiller, K., Voss, B. & Wender, I. (1979). Altering causal attributions and persistence of children with fear of failure by means of modelling. (s/r).
- Gierszenski, S. A. (1983). The relationship of weight loss, locus of control and social support. **Nursing Research**, 32, 43-47.
- Gilovich, T. (1983). Biased evaluation and persistence in gambling. **Journal of Personality and Social Psychology**, 44, 1110-1126.
- Golin, S.; Sweeney, P.D. & Schaeffer, D.E. (1981). The causality of causal attributions in depression: A cross-lagged panel correlational analysis. **Journal of Abnormal Psychology**, 90, 14-22.
- Goss, A. & Morosko, T.E. (1970). Relation between a dimension of internal-external control and the MMPI with an alcoholic population. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 34, 189-192.
- Gottman, J.M. (1979). **Marital interaction: Experimental investigations**. New York: Academic press.
- Gottman, J.M. (1981). **Time-series analysis: A comprehensive introduction for social scientists**; Cambridge, England: Cambridge University press.

- Gottman, J. M. (1990). Time-series applied to physiological data. En J.T. Cacioppo & L.G. Tassinari (Eds.), **Principles of psychophysiology: Physical, social and inferential elements** (pp. 754-774). Cambridge, England: Cambridge University Press.
- Gregson, R. A. (1987). A time series analysis of self-reported headache sequences. **Behavioral change**, 4, 6-13.
- Harrow, M. & Ferrante, A. (1969). Locus of control in psychiatric patients. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 33, 582-589.
- Hart, H.L.A. & Honoré, A.M. (1959). **Causation in the law**. Oxford: Clarendon Press
- Haslan, M.T. (1965). The treatment of an obsessional patient by reciprocal inhibition. **Behavior Research and Therapy**, 2, 213-216.
- Hawkins, R. M.F. (1992). Self-Efficacy: A predictor but not a cause of behavior. **Journal of Behavior Therapy & Experimental Psychiatry**. 23, (4), 251-256.
- Haynes, S.N., Spain, E.H. & Oliveira, J. (1993). Identifying causal relationships in clinical assessment. **Psychological Assessment**, 5, (3), 281-291.
- Hazelett, R. & Haynes, S.N. (1992). Fibromialgia: A time-series analysis of the stressor-physical symptom association. **Journal of Behavioral Medicine**, 15, 541-558.
- Heider, F. & Simmel, M. (1944). An experimental study of apparent behavior. **American Journal of Psychology**; 57, 243-259.
- Heider, F. (1958). **The psychology of interpersonal relations**. New York: Wiley.
- Hesslow, G. (1983). Explaining differences and weighting causes. **Theoria**, 49, 87-111.
- Hesslow, G. (1988). The problem of causal selection. En D.J. Hilton (Ed.) **Contemporary science and natural explanation**. New York: New York Academic Press.
- Hewstone, M. & Jaspars, J.M.F. (1987). Covariation and causal attribution: a logical model of the intuitive analysis of variance. **Journal of Personality and Social Psychology**, 53, 663-672.
- Hewstone, M.; Jaspars, J.M.F.; & Lalljee, M. (1982). Social representation, social attribution and social identity: The intergroup images of "Public" and "Comprehensive" schoolboys. **European Journal of Social Psychology**, 12, 241-269.

- Hilton, D. J (1992). The study of causal explanation in natural language: Analysing reports of the Challenger disaster in the New Yor Times. En M.L. McLaughlin, M.J. Cody & S.J Read (Eds.). **Explaining one's self to others. Reason giving in a social context.** s/r.
- Hilton, D.J. & Slugoski, B.R. (1986) Knowledge-based causal attribution: The abnormal conditions focus model. **Psychological Review**, 93, 75-88.
- Hume, D. (1739/1978). **A treatise of human nature.** Oxford, Engalnd: Oxford University Press.
- Ickes, W.J. & Kidd, R.F. (1976). An attributional analysis of helping behavior. En J.H. Harvey, W.J. Ickes; & R.F. Kidd (Eds.) **New directions in attribution research.** Vol. 1. Hillsdale, NJ: Erlbaum Press.
- Janoff-Bulman, R. (1979). Characteriological versus behavioral self-blame: Inquiries into depression and rape. **Journal of Personality and Social Psychology**, 37, 1798-1809.
- Johnson, J.T. (1986). The knowledge of what might have been: Affective and attributional consequences of near outcomes. **Personality and Social Psychology Bulletin**, 12, 51-62.
- Jones, E.E. & Davis, K.E. (1965). From acts to dispositions. The attribution processes in person perception. En L. Berkowitz (Ed.) **Advances in experimental social psychology** (Vol. 2). New York: Academic Press.
- Kahneman, D. & Miller, D.T. (1986). Norm Theory: Comparing reality to its alternatives. **Psychological Review**, 93, 136-153.
- Kahneman, D. & Varey, C.A. (1990). Propensities and counterfactuals: The loser that almost won. **Journal of Personality and Social Psychology**, 59, 1101-1110.
- Kanfer, F.H. & Phillips, J.S. (1969). A survey of current behavior therapies and a proposal for classification. En C.M. Franks (Ed.). **Behavior Therapy: Appraisal and status.** New York: McGraw Hill.
- Kanfer, F.H. & Saslow, G (1969). Behavioral diagnosis. En C.M. Franks (Ed.) **Behavior Therapy** op. cit.
- Katz, D. & Allport, F. (1931). **Students' attitudes.** Syracuse, N.Y: Craftsman Press.
- Kelley, H. H. (1973) The processes of causal attribution. **American Psychologist**, 28, pp. 107-128.

- Kelley, H. H. (1967). Attribution theory in social psychology. En D. Levine (Ed.) **Nebraska symposium on motivation** (Vol. 15). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Kelley, H.H. (1972). Attribution in social interaction. En E.E. Jones; D.E. Kanouse; H.H. Kelley; R. E. Nisbett; S. Valins & B. Weiner (Eds.). **Attribution: Perceiving the causes of behavior**. Morristown, N.J: General Learning Press.
- Kincey, J. (1981). Internal-external control and weight-loss in the obese: Predictive and discriminant validity and some possible clinical implications. **Journal of Clinical Psychology**, 37, 100-103.
- Kirtner, W. L.; & Cartwright, D. S. (1958). Success and failure in client-centered therapy as a function of initial in-therapy behavior. **Journal of Consulting Psychology**, 22, 329-335.
- Krueger, J. & Clemons, R.W. (1994). The truly false consensus effect: an ineradicable and ego-centric bias in social perception. **Journal of Personality and Social Psychology**, 67, (4), 596-610.
- Landman, J. (1987). Regret : A theoretical and conceptual analysis. **Journal for the Theory of the Social Behaviour**. 17, 135-160.
- Lau, R.R. & Russell, D. (1980). Attributions in the sports pages: A field test of some current hypothesis in attribution research. **Journal of Personality and Social Psychology**, 39, (1), 27-38.
- Lee, C. (1992). On cognitive theories and causation in human behavior. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, 23, (4), 257-266.
- Lefcourt, H.M. (1982). **Locus of control. Current trends in theory and research**. Hillsdale, NJ: Lawrence Erlbaum.
- Levor, R.M., Cohen, M.J., Naliboff, B.N., McArthur, D. & Heuser, G. (1986). Psychological predictor and correlates of migraine headache. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 54, 347-353.
- Lewin, K. (1935). **A dynamic theory of personality**. New York: McGraw Hill
- Liebhart, E.H. (1978). Perceived autonomous changes as determinants of emotional behavior. En D. Görlitz, W-U. Meyer & B. Weiner (Eds.). **Symposium about attribution**. Stuttgart: Klett.
- Löchel, E. (1983). Sex differences in achievement motivation. En J. Jaspars; F.D. Fincham & M. Hewstone (Eds.) **Attribution theory and research: Conceptual, developmental and social dimensions**. London: Academic Press.

- Luiselli, J. K. (1991). Assessment-derived treatment of children's disruptive behavior disorders. Current perspectives in the diagnosis, assessment and treatment of child and adolescent disorders (special issue). **Behavior Modification**, 15, 294-309.
- Mace, F.C., Lalli, J.S. & Lalli, E.P. (1991). Functional analysis and treatment of aberrant behavior. **Research in Developmental Disabilities**, 12, 155-180.
- Mackie, (1974). **The cement of the universe. A study of causation.**Oxford, England: Clarendon Press.
- Madsen, C.H. (1965). Positive reinforcement in the toilet training of a normal child. En L.P. Ulman & L. Krasner (Dirs.) **Case studies in behavior modification.** New York: Holt.
- Manuck, S.B.; Hinrichsen, J.J. & Ross, E.O. (1975). Life stress, locus of control and state and trait anxiety. **Psychological Reports**, 36, 413-414.
- Markman, K.D; Gavanski, I; Sherman, S.J; & McMullen, M.N. (1993). The mental stimulation of better and worse possible worlds. **Journal of Experimental Social Psychology**, 29, 87-109.
- Mash, E.J. & Hunsley, J. (1993). Assessment considerations in the identification of failing psychotherapy: Bringing the negatives out of the darkroom. **Psychological Assessment**, 5, (3), 292-301.
- Mays, D.T. & Franks, C.M. (1985). **Negative outcome in psychotherapy and what to do about it.** New York: Springer.
- McGovern, M.P. & Caputo, G.C. (1983). Outcome prediction of inpatient alcohol detoxification. **Addictive Behaviors**, 8, 161-171.
- Medcof, J.W. (1990). PEAT: An integrative model of attribution processes. **Advances in Experimental Social Psychology**, 23, 11-209
- Medway, F.J. & Venino, G.R. (1982). The effects of effort-feedback and performance patterns on children's attributions and task persistence. **Contemporary Educational Psychology**, 7, 26-34.
- Meinster, H.L. (1974). The interaction of locus of control and type of therapy on the response to treatment for social anxiety. **Dissertation Abstracts International**, 35, 3025B-3026B.
- Mendlewicz, Kerhofs, Hoffman & Linkowski (1984). (s/r)
- Messer, S.B. & Meinster, M.D. (1980). Interaction effects of internal versus external locus of control and directive vs. non-directive therapy: Fact or fiction? **Journal of Clinical Psychology**, 36, 283-285.

- Metalsky, G. & Abramson, L. (1981). **Attributional style: Toward a framework for conceptualization and assessment.** En P. Kendall & S. Hollon (Eds.) **Assessment strategies for cognitive-behavioral interventions.** New York: Academic Press.
- Meyer, W.-U (1973). **Achievement motive and causal explanation for success and failure.** s/r.
- Meyer, W.-U. (1982). **Indirect communication about perceived ability.** *Journal of Educational Psychology*, 74, 888-897.
- Michela, J.L. & Wood, J.V. (1986). **Causal attributions in health and illness.** *Advances in Cognitive-Behavioral Research and Therapy*, 5, 179-235.
- Michela, J.L. (1986). **Interpersonal and individual impacts of a husband's heart attack.** En A. Baum & J.E. Singer (Eds.) **Handbook of psychology and health, Vol 5: Stress and coping.** Hillsdale, N.J: Erlbaum.
- Miller, D.T. & McFarland, C. (1986). **Counterfactual thinking and victim compensation: A test of norm theory.** *Personality and Social Psychology Bulletin*, 12, 513-519.
- Miller, D.T. & Porter, C.A. (1988). **Errors and biases in the attributional processes.** En L.Y. Abramson (Ed.) **Social cognition and clinical psychology: A synthesis.** New York: Guilford Press.
- Murdock, N.L. & Fremont, S.K. (1989). **Attributional influences in counselor decision making.** *Journal of Counseling Psychology*, 36, (4), pp. 417-422.
- Naditch, M.P.; Gargan, M.; & Michel, L. (1975). **Denial, anxiety, locus of control and the discrepancy between aspirations and achievements as components of depression.** *Journal of Abnormal Psychology*, 84, 1-9.
- Neale, D.H. (1963). **Behavior therapy and encopresis in children.** *Behavior Research and Therapy*, 1, 139-149.
- Nicholls, J.G. (1984). **Achievement motivation: Conceptions of ability, subjective experience, task choice and performance.** *Psychological Review*, 91, 328-346.
- Nisbett, R.E. & Ross, L. (1980). **Human inference: Strategies and shortcomings of social judgment.** Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.
- Northrup, J.; Wacker, D.; Sasso, G.; Steege, M.; Cigrand, K.; Cook, J. & DeRaad, A. (1991). **A functional analysis of both aggressive and alternative behavior in an outclinic setting.** *Journal of Applied Behavior Analysis*, 24, 509-522.

- O'Leary, M.R.; Donovan, D.M.; Cysewski, B. & Chaney, E.F. (1977). Perceived locus of control, experienced control, and depression: A trait description of the learned helplessness model of depression. **Journal of Clinical Psychology**, **33**, 164-168.
- Overmier, J.B. & Seligman, M.E.P. (1967). Effects of inescapable shock upon subsequent escape and avoidance responding. **Journal of Comparative and Physiological Psychology**, **31**, 570-585.
- Paez, D.; Ayestarán, S.; Exebarria, A.; Valencia, J. & Villareal, M. (1987). **Pensamiento, individuo y sociedad. Cognición y representación social.** Madrid: Fundamentos.
- Palmer, R. D. (1971). Parental perception and perceived locus of control in psychopathology. **Journal of Personality**, **3**, 420-431.
- Peplau, L.A.; Russel, D. & Heim, M. (1979). The experience of loneliness. En I. H. Frieze; D. Bar-Tal & J.S. Carroll (Eds.) **New approaches to social problems.** San Francisco: Jossey-Bass.
- Peterson, C. & Seligman, M.E.P. (1984). Causal explanations as a risk factor for depression: theory and evidence. **Psychological Review**, **91**, (3), 347-374.
- Peterson, C.; Semmel, A.; von Mayer, C.; Abramson, L.Y.; Metalsky, G.I. & Seligman, M.E.P. (1982). The attributional style questionnaire. **Cognitive Therapy and Research**, **6**, 287-299.
- Phares, E.J. (1976). **Locus of control in personality.** Morristown, NJ: General Learning Press.
- Powell, A. & Vega, M. (1972). Correlates of adult locus of control. **Psychological Reports**, **30**, 455-460.
- Raps, C. S.; Peterson, C.; Reinhard, K.E.; Abramson, L.Y. & Seligman, M.E.P. (1982). Attributional style among depressed patients. **Journal of Abnormal Psychology**, **91**, 102-108.
- Raps, C.S.; Peterson, C.; Jonas, M. & Seligman, M.E.P. (1982). Patient behavior in hospitals: Helplessness, reactance or both ? **Journal of Personality and Social Psychology**, **42**, 1036-1041.
- Reisenzein, R. (1983). The Schachter theory of emotion: Two decades later. **Psychological Bulletin**, **94**, 239-264.
- Reisenzein, R. (1986). A structural equation analysis of Weiner's attribution-affect model of helping behavior. **Journal of Personality and Social Psychology**, **50**, 1123-1133.

- Rentería, R. A. (1993). Atribuciones causales dentro del proceso terapéutico. **Revista Sonorense de Psicología**, 7, (2), 122-127.
- Repp, A.C.; Felce, D. & Barton, L.E. (1988). Basing the treatment of stereotypic and self-injurious behavior on hypothesis of their causes. **Journal of Applied Behavior Analysis**, 21, 281-289.
- Ribes, I. E. (1989). La Psicología: algunas reflexiones sobre su que, su por qué, su cómo y su para qué. En J. Urbina (Comp.): **El psicólogo. Formación, ejercicio profesional y prospectiva**. México:Universidad Nacional Autónoma de México.
- Rice, L.N. & Greenberg, L.S. (1984). **Patterns of change: Intensive analysis of psychotherapy process**. New York: Guilford Press.
- Roese, N.J. & Olson, J.M. (1993). Self-Esteem and counterfactual thinking. **Journal of Personality and Social Psychology**, 65, 199-206.
- Roese, N.J. (1994). The functional basis of counterfactual thinking. **Journal of Personality and Social Psychology**. 66, (5), 805-818.
- Ross, L. (1977). The intuitive psychologist and his shortcomings. En L. Berkowitz (Ed.) **Advances in Experimental Social Psychology** (Vol. 10). New York: Academic Press.
- Ross, L.; Green, D. & House, P. (1977). The "false consensus effect": An egocentric bias in social perception and attribution processes. **Journal of Experimental Social Psychology** 13, 279-301
- Ross, L.; Rodin, J. & Zimbardo, P.G. (1969). Toward an attribution therapy: The reduction of fear through induced cognitive-emotional misattribution. **Journal of Personality and Social Psychology**, 12, 279-288.
- Rotter, J.B.; Chance, J.E. & Phares, E.J. (1972). **Applications of a social learning theory of personality**. New York: Holt, Rinehart & Winston.
- Rotter, J.B. (1975). Some problems and misconceptions related to the construct internal vs. external locus of reinforcement. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, 48, 56-67.
- Rotter, J.B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external of reinforcements. **Psychological Monographs**, 80, (todo el No.609).
- Sanbonmatsu, D.M., Akimoto, S.A. & Biggs E. (1993). Overestimating causality: Attributional effects of confirmatory processing. **Journal of Personality and Social Psychology**, 65, (5), pp. 892-903.
- Sasso, G.M.; Reimers, T.M.; Cooper, L.J.; Wacker, D.; Berg, W.; Steege, M.; Kelley, L. & Allaire, A. (1992). Use of descriptive and experimental

- analysis to identify the functional properties of aberrant behaviors in school settings. *Journal of Applied Behavior Analysis*, **25**, 809-821.
- Schachter, S. & Singer, J.E. (1962). Cognitive, social and physiological determinants of emotional state. *Psychological Review*, **69**, 379-399.
- Schank, R.C. & Abelson, R.P. (1977). *Scripts, plans, goals and understanding: An inquiry into human knowledge structures*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Schunk, D.H. (1983). Ability versus effort attributional feedback. Differential effects on self-efficacy and achievement. *Journal of Educational Psychology*, **75**, 848-856.
- Seligman, M. E.P. (1975). *Helplessness: On depression, development and death*. San Francisco: Freeman.
- Seligman, M.E. P.; Peterson, C.; Kaslow, N.J.; Tanenbaum, R.L.; Alloy, L.B. & Abramson, L.Y. (1984). Attributional style and depressive symptoms among children. *Journal of Abnormal Psychology*, **93**, 235-238.
- Seligman, M.E.P. & Maier, S.F. (1967). Failure to escape traumatic shock. *Journal of Experimental Psychology*, **74**, 1-9.
- Sherman, S.J.; Presson, C.C. & Chassin, L. (1984). Mechanisms underlying the false consensus effect: The special role of threats to the self. *Personality and Social Psychology Bulletin*, **10**, 127-138.
- Shultz, T.R. & Schleifer, M. (1983). Towards a refinement of attribution concepts. En J. Jaspars, F.D. Finchman & M. Hewstone (Eds.) *Attribution theory and research: Conceptual, developmental and social dimensions*. San Diego, Ca: Academic Press.
- Sidrow, N.E. & Lester, D. (1988). Locus of control and suicidal ideation. *Perceptual and Motor Skills*, **67**, 576
- Simon, J.G. & Feather, N.T. (1973) Causal attributions for success and failure at university examinations. *Journal of Educational Psychology*, **64**, 46-56.
- Snyder, M. I.; Stephan, W.G. & Rosenfield, D. (1976) Egotism and attribution. *Journal of Personality and Social Psychology*, **33**, 435-441.
- Stephan, Arkin & Davis (s/r).
- Storms, M.D. & McCaul, K.D. (1976). Attributional processes and emotional exacerbation of dysfunctional behavior. En J.H. Harvey, W.J. Ickes, & R.F. Kidd (Eds.) *New directions in attributional research* Vol 1. Hillsdale, NJ: Erlbaum.

- Storms, M.D. & Nisbett, R.E. (1970). *Insomnia and the attribution process. Journal of Personality and Social Psychology*, **16**, 319-328.
- Stuart, M. J. (1872/1973). *System of logic*. En J.M. Robson (Ed.) *Collected works of John Stuart Mill* (Vol. 7 & 8). Toronto, Canadá: University of Toronto Press.
- Sutker, Galina, West & Allain (1990). *s/r*.
- Thibaut, J. W. & Riecken, H.W. (1955). Some determinants and consequences of the perception of social causality. *Journal of Personality*, **24**, 113-133.
- Thomas, A.P. Roger, D. & Bull, P. (1983). A sequential analysis of informal dyadic conversation using Markov chains. *British Journal of Social Psychology*, **22**, 177-188.
- Tolman, Ch. (1991). *Critical Psychology: An overview*. En Ch. Tolman & W. Maiers (Eds.) *Critical psychology. Contributions to an historical science of the subject*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Trabasso, T. & Sperry, L.L. (1985). Causal relatedness and importance of story events. *Journal of Memory and Language*, **24**, 595-611.
- Trabasso, T. & van den Broek, P. (1985). Causal thinking and the representation of narrative events. *Journal of Memory and Language*, **24**, 612-630.
- Tversky, A. & Kahneman, D. (1980). Causal schemas in judgments under uncertainty. En M. Fishbein (Ed.) *Progress in social psychology* (Vol. 1) Hillsdale, N.J: Erlbaum.
- Uleman, J.S. & Barg, J.A. (1989). *Unintended Thought*. New York: Guilford Press.
- Valins, S. & Nisbett, R.E. (1971). *Some implications of the attribution processes for the development and treatment of emotional disorders*. New York: General Learning Press.
- Warhime, R. G. & Woodson, M. (1971). Locus of control and immediate affective states. *Journal of Clinical Psychology*, **27**, 443-444.
- Weary, G. (1980). Examination of affect and egotism as mediators of bias in causal attributions. *Journal of Personality and Social Psychology*, **38**, 348-357.
- Weiner, B. & Kukla, A. (1970). An attributional analysis of achievement motivation. *Journal of Personality and Social Psychology*, **15**, 1-20.
- Weiner, B. (1979). A theory of motivation for some classroom experiences. *Journal of Educational Psychology*, **71**, 3-25.

- Weiner, B. (1980). A cognitive (attribution)-emotion-action model of motivated behavior: An analysis of judgments of help-giving. **Journal of Personality and Social Psychology**, **39**, 186-200.
- Weiner, B. (1985). "Spontaneous" causal thinking. **Psychological Bulletin**, **97**, 74-84.
- Weiner, B. (1986). **An attributional theory of motivation and emotion**. New York: Springer.
- Weiner, B. (1988). Attribution theory and attributional therapy: Some theoretical observations and suggestions. **British Journal of Clinical Psychology**, **27**, 93-104.
- Weiner, B.; Frieze, I; Kukla, A; Reed, L; Rest, S; & Rosenbaum, R.M. (1971). **Perceiving the causes of success and failure**. Morristown, N.J.: General Learning Press.
- Weiner, B.; Graham, S.; Stern, P.; & Lawson, M.E. (1982). Using effective cues to infer causal thoughts. **Developmental Psychology**, **18**, 278-286.
- Weiner, B.; Russell, D.; & Lerman, D. (1978). Affective consequences of causal ascriptions. En J.H. Harvey, W.J. Ickes, & R.F. Kidd (Eds.) **New directions in attribution research** (Vol. 2). Hillsdale, NJ.: Erlbaum.
- Wells, G.L. & Gavanski, I. (1989). Mental simulation of causality. **Journal of Personality and Social Psychology**, **56**, 161-169.
- Witt, L.A (1990). Delay of gratification and locus of control as predictors of organizational satisfaction and commitment: Sex differences. **The Journal of General Psychology**, **117** (4), pp. 437-446.
- Wolpe, J. (1977). Inadequate behavioral analysis: The Achilles heel of outcome research in behavior therapy. **Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry**, **8**, 1-3.
- Wortman, C.B. & Brehm, J.W. (1975). Responses to uncontrollable outcomes: An integration of reactance theory and the learned helplessness model. En L. Berkowitz (Ed.) **Advances in experimental social psychology**. Vol. 8, New York: Academic Press.
- Young, T. J. (1992). Locus of control and perceptions of human aggression. **Perceptual and Motor Skills**, **74**, 1016-1018.
- Zajonc, R.(1980). Feeling and thinking: Preferences no need inferences. **American Psychologist**, **35**, 151-175.

Zoeller, C.; Mahoney, G. & Weiner, B. (1983). Effects of attribution training on the assembly task performance of mentally retarded adults. **Journal of Mental Deficiency**, **88**, 109-112.

ANEXO 1
HOJA DE RECEPCION DE PACIENTES

Nombre _____ Fecha _____

Dirección _____

Edad: _____ Fecha de Nacimiento _____

Número telefónico _____

casa _____ Trabajo _____

Sexo: Masculino _____ Femenino _____

Grado de escolaridad: _____

Trabaja en: _____

Dirección: _____

Horario laboral: _____

Estudia: _____

Horario: _____

Religión: _____

¿ Quién le trajo a Usted ? _____

¿Qué quejas presentes tiene Usted que le han hecho venir a solicitar ayuda psicológica? _____

¿ Qué frecuencia tienen ? _____

¿Cuál piensa usted sea la causa presente de estos problemas ? _____

¿ Ha estado bajo tratamiento psicológico con anterioridad ? Si No

¿ Ha sido hospitalizado por problemas psicológicos ?

Fecha:

Horario disponible para asistir a terapia:

ANEXO 2
HOJA DE REGISTRO DE LOS INDICADORES DE COMPROMISO
TERAPEUTICO

Nombre del usuario: _____

Nombre de los terapeutas: _____

Grupo: _____

Fecha _____ Sesión _____ Horario Asignado _____

Hora de llegada: _____ Asistió: _____

2.- Anote las indicaciones sugeridas o tareas que debió realizar:

3.- ¿ Las llevó a cabo? Si _____ ¿ Con qué nivel de eficacia ?

Bien Regular Mal _____

En caso negativo ¿ por qué?

ANEXO 3
CUESTIONARIO PARA DETECTAR ATRIBUCIONES CAUSALES DE
CONFLICTOS

Edad: _____ Sexo _____ Grado máximo de estudios:

Estadocivil: _____ Ocupación _____

Domicilio: _____

¿ Con quién vive ?

Lugar de origen:

Principal problema por el que solicita el servicio:

Otro (s) problema (s) que quiera consultar:

Con respecto al problema principal, cuál (es) considera usted sea (n) la (s) causa (s) de esa situación:

opción # 1.- Usted _____

opción # 2.- Los otros _____ qué o quién

opción # 3.- Ambas opciones _____

Si la respuesta fué afirmativa para la opción # 1:

Qué factores influyeron para que usted sea la causa o responsable del problema principal:

1.- Mala suerte _____ Siempre ha sido así _____ A veces _____ Sólo en este caso _____

2.- Siempre he sido débil o inútil _____ Siempre he sido así _____ A veces _____ Sólo en este caso _____

3.- La situación era más fuerte que yo _____ Siempre ha sido así _____ A veces _____ Sólo en este caso _____

4.- No resistí o aguanté lo suficiente _____ Siempre ha sido así _____ A veces _____ Sólo en este caso _____

5.- Mi vida es así _____ Siempre ha sido así _____ A veces _____ Sólo en este caso _____

6.-No puse nada de mi parte _____ Siempre ha sido así _____ A veces _____ Sólo en este caso _____

Si la respuesta fué afirmativa para la opción # 2:

¿Qué factores, cree Usted, influyeron para que los demás sean responsables del problema principal?

1.- El problema era muy grande o grave _____ Siempre ha sido así _____ A veces _____ Sólo en este caso _____

2.- Nunca había pasado por una situación similar _____ Siempre fué así _____ A veces _____ Sólo en este caso _____

3.- Mala voluntad de los demás _____ Siempre fué así _____ A veces _____ Sólo en este caso _____

4.- No pudieron con la situación _____ Siempre fué así _____ A veces _____ Sólo en este caso _____

5.- Mala suerte _____ Siempre fué así _____ A veces _____ Sólo en este caso _____

6.- No se esforzaron lo suficiente _____ Siempre fué así _____ A veces _____ Solo en este caso _____

7.- Falta de amor o de cariño _____ Siempre fué así _____ A veces _____ Sólo en este caso _____

8.- No le echaron ganas _____ Siempre fué así _____ A veces _____ Solo en este caso _____

Si la repuesta fué afirmativa para la opción # 3:

¿ Qué factor o factores considera influyeron para que se desarrollara este problema?

-
-
-
-
-
-
-
- 1.- El problema era muy grande o grave ___ Siempre ha sido así ___ A veces ___ Sólo en este caso
- 2.- Así es la vida ___ Siempre ha sido así ___ A veces ___ Sólo en este caso ___
- 3.- No puse nada de mi parte ___ Siempre ha sido así ___ A veces ___ Sólo en este caso ___
- 4.- Nunca había pasado por una situación similar ___ Siempre fué así ___ A veces ___ Sólo en este caso ___
- 5.- Mala voluntad de los demás ___ Siempre fué así ___ A veces ___ Sólo en este caso ___
- 6.- No pudieron con la situación ___ Siempre fué así ___ A veces ___ Sólo en este caso ___
- 7.- No resistí o aguanté lo suficiente ___ Siempre ha sido así ___ A veces ___ Sólo en este caso ___
- 8.- Mala suerte ___ Siempre fué así ___ A veces ___ Sólo en este caso ___
- 9.- No se esforzaron lo suficiente ___ Siempre fué así ___ A veces ___ Solo en este caso ___
- 10.- Falta de amor o de cariño ___ Siempre fué así ___ A veces ___ Sólo en este caso ___
- 11.- No le echaron ganas ___ Siempre fué así ___ A veces ___ Solo en este caso ___
- 12.- Todo o que pasa o pasó es muy difícil ___ Siempre ha sido así ___ A veces ___ Sólo en este caso ___

13.- Siempre he sido débil o inútil ____ Siempre he sido así ____ A veces __ Sólo en este caso ____

14.- La situación era más fuerte que yo ____ Siempre ha sido así ____ A veces __ Sólo en este caso ____

¿ Cómo considera Ud. que se le puede solucionar su problema? ¿ De qué depende ?

¿ Qué papel considera Ud. le corresponde desempeñar a su terapeuta o psicólogo/a ?

- 1) amigo
- 2) escuchar
- 3) solucionador de problemas
- 4) guía
- 5) el que le debe decir qué hacer para resolver los problemas

ANEXO 4

(Transcripción de los tres casos contenidos en la grabación que se emplea para detectar locus de control en otros)

CASO # 1

La persona que solicita el servicio de psicología clínica es una mujer de 40 años, está casada con un hombre de 42, el cual es comerciante; tienen tres hijos: dos mujeres de 13 y 16 años respectivamente y un varón de 11. Ella se dedica a las labores del hogar.

La señora solicita la atención psicológica porque se siente desesperada por la mala relación que lleva con su esposo, quien la golpea, le grita, no le da el suficiente dinero para el gasto familiar, provocando con esto que ella pase muchos aprietos para dar de comer a sus hijos y mandarlos a la escuela; ella se siente impotente pues su marido tampoco la deja trabajar. La señora cree que esta situación ha repercutido en sus hijos, pues observa que cuando su esposo llega, ellos se van a su recámara evitando así su presencia. En especial, ha tenido problemas con su hija de 13 años pues es sumamente callada, en la escuela la han reportado como poco participativa y con bajo rendimiento, a tal grado que este año reprobó siete materias, lo cual nunca había ocurrido. Todo esto le preocupa.

La señora comenta que cuando se casó, su esposo era "enojón", después empezó a tomar con unos amigos, se volvió un desobligado pues no le daba el suficiente gasto para el mantenimiento de la casa y la comida. Al principio no la golpeaba pero la trataba muy mal, no la dejaba salir a visitar a sus familiares; ella recuerda que se volvió más agresivo cuando dejó de tomar a raíz de un accidente automovilístico que tuvo en la carretera por manejar en estado de ebriedad.

Su esposo se enoja cuando ella le dice que quiere trabajar, le pide más dinero o le pregunta qué hace con el dinero que gana. La señora considera que a su esposo le molesta todo, desde la comida que prepara hasta el que ella no esté cuando él regresa de trabajar. Ella también menciona que ha soportado esta situación por sus hijos, pues piensa que si dejara a su marido no podría enfrentar las caricias de sus familiares, y menos si alguna de sus hijas saliera embarazada. A ella le da miedo estar sola. La señora ha tratado de hablar con él cuando llega de trabajar para que el cambie su forma de ser, pero él no le contesta o se enoja.

CASO # 2

La persona que solicita el servicio de atención psicológica es un hombre de 25 años, soltero, vive con sus padres y tres hermanas. Trabaja en un taller como encargado.

El solicita el apoyo psicológico porque desde hace unos meses se siente solo, triste con cierto temblor en las manos que no puede controlar, en su relación con los demás comenta que es muy irritable y tiene constantes conflictos con su padre y hermanas. Piensa que su vida no tiene sentido y que durante los últimos años ha sido un tonto que quería vivir intensamente y ahora se da cuenta de que lo obtenido son fracasos.

El recuerda que empezó a tomar alcohol y a fumar desde los 13 o 14 años cuando empezó a trabajar en un taller con un tío. Con dificultad terminó de estudiar la secundaria, porque a pesar de que entendía y aprobaba los exámenes, le costaba trabajo mantenerse en el salón de clases, constantemente lo reportaban a la dirección o lo suspendían por su indisciplina; cambió dos veces de escuela por esta situación. Piensa que desaprovechó el apoyo que sus papás le habían dado para estudiar. Entró al CETIS a insistencia de sus padres, pero sólo estuvo ahí un semestre porque por esas fechas quería casarse y dejó la escuela para trabajar de tiempo completo, después tuvo un desengaño amoroso y se dedicó a trabajar. En su nuevo trabajo tenía unos amigos con los que tomaba. Piensa que no tuvo la suficiente fuerza de voluntad para dejar de tomar, los fines de semana iba a fiestas donde generalmente tomaba y salía de pleito.

Considera que sus padres han hecho lo que han podido al llamarle la atención, pero el no ha hecho caso, ultimamente se ha sentido solo y enfermo, sus papás en ocasiones le recriminan que no haya terminado una carrera. Una de sus hermanas si terminó una carrera universitaria y además está a punto de casarse como las otras.

El ha tenido varias novias, pero ahora no se siente a gusto, se siente solo. Ultimamente ha buscado novias más jóvenes que el, pero se da cuenta de que esto no lo lleva a nada y no sabe que hacer. Piensa en regresar nuevamente a la escuela, pero cree que ya es grande para ello.

CASO # 3

La persona que solicita el servicio de psicología clínica es una joven de 17 años, la cual vive con sus padres y hermanos mayores, éstos tienen 24 y 20 años de edad. Ella es estudiante de preparatoria y va a pasar a segundo año.

Asiste a terapia psicológica porque no está satisfecha con el rendimiento escolar que tuvo el año pasado, el cual fue muy bajo, pues reprobó tres materias y el promedio de las otras fue de 6; ella no quiere que esto se repita.

Ella recuerda que cuando ingresó a la preparatoria le costó mucho trabajo acoplarse al ritmo de trabajo, pues estaba acostumbrada a que en la secundaria sólo estudiaba un día antes del examen y ya en la prepa se le acumulaban los trabajos y períodos de exámenes; le parece que los temas de las asignaturas son muy difíciles y no se considera capaz de entenderlos, por todo esto empezó a perder interés en las clases y a quedarse con algunos amigos en la jardinería de la escuela o en las canchas deportivas, jugando.

Cuando llega a casa observa que sus padres no le ponen atención, ni le preguntan sobre lo que ha hecho en la escuela; observa que discuten por problemas económicos, pero a ella no le comentan nada. Si quiere intervenir, le mencionan que el tema no la involucra y que se vaya a su cuarto. Cuando llega tarde a casa no sabe lo que va a suceder, pues a veces le llaman la atención y a veces no, y en otras la regañan muy duramente haciéndola sentir la peor de las personas. Por todo esto ella piensa que la relación que mantiene con sus padres es muy mala. En relación con sus hermanos ella observa cierta indiferencia y dado que cada quien se dedica a lo suyo, sólo se ven en las noches antes de dormir.

Sus padres se dieron cuenta de que no entraba a clases cuando de la escuela llamaron a su casa para preguntar si estaba enferma pues tenía días que no asistía. Ella tuvo una discusión muy fuerte con ellos donde admitió que efectivamente no asistía y prometió cambiar. Logró aprobar algunas materias y quiere mejorar en este año. Considera que si bien sus padres no se han preocupado por lo que le pasa, también piensa que ahora es su responsabilidad salir adelante.

ANEXO 5a

CUESTIONARIO PARA DETECTAR LOCUS DE CAUSALIDAD EN OTROS

NOMBRE-

TERAPEUTA

TURNO

GRUPO

1.- Cuál cree usted que sea el (los) problema (s) de esta persona ?

2.- En caso de ser varios los problemas, ¿ cuál de ellos cree Ud. sea el central o más importante ?

3.-¿ Cuáles cree que sean las causas principales del problema central ?

4.- De las causas que acaba usted de mencionar, ¿ cuáles cree que sean las principales y qué orden les asignaría ?

5.- Dadas estas causas, ¿ cree usted que el problema central tiene solución ?

Si _____ No _____

6.- ¿ Qué debería hacer esta persona para resolver el problema ?

7.- ¿ Usted haría lo mismo si estuviera en esa situación ?

Si _____ No _____

¿ Por qué ?

ANEXO 5 b
INSTRUMENTO PARA CALIFICAR LOS JUICIOS DE LOS CLIENTES

NOMBRE _____
 TERAPEUTA _____

TURNO _____ GRUPO _____
 EVALUADOR _____

1.- ¿ Cuántos problemas identificó el paciente y cuántos el evaluador ?

2.- ¿ Identificó bien el problema principal ?

Si _____ No _____

3.- ¿ Cuáles fueron las causas principales que mencionó ?

Locus externo

Madre
 Padre
 Hermanos
 Esposos (a)
 Hijos
 Suegra
 Cuñados
 Jefe
 Compañeros de trabajo
 Empleados
 Vecinos
 Amigos
 Sistema de gobierno
 Sistema educativo
 Ritmo de vida de la ciudad
 Falta de afecto
 Otras como:

Locus interno

Habilidades
 Inteligencia
 Motivación
 Afecto
 Apatía
 Bondad
 Otros como:

4.- ¿ Cuáles fueron las tres causas principales ?

5.- ¿ Mencionó si el problema principal tenía solución ?

Si _____ No _____

6.- ¿ La solución que planteó al problema principal corresponde a las causas que señaló como principales ?

7.- ¿ Usted haría lo mismo si estuvier en esa situación ?

Si _____ No _____

¿ Por qué ?

ANEXO 6

ESCALA DE LOCUS DE CONTROL INTERNO-EXTERNO DE ROTTER

Inventario de Reacción Social

Este inventario sirve para detectar la manera en la cual algunos eventos importantes de la vida afectan a las personas. Cada pregunta consiste en un par de alternativas, la a o la b. Seleccione sólo una de estas alternativas, por favor escoja la que mejor refleje lo que Ud. piensa actualmente, no lo que debería ser ni lo que usted considera como correcto. Este cuestionario es sobre las creencias personales de la gente por lo tanto no existen respuestas correctas ni incorrectas.

Anote su respuesta al lado izquierdo de las preguntas. Escriba su nombre al final del cuestionario junto con todos los datos que le solicite el examinador. No empiece hasta que se le indique.

Conteste cuidadosamente cada pregunta y no emplee demasiado tiempo en responder. Asegúrese de contestar cada una y coloque una X en la opción que considere más verdadera.

En algunos casos usted estará de acuerdo con ambas alternativas o con ninguna, si este es el caso, seleccione solo una, la que considere más representativa de su opinión. De igual manera, responda independientemente, es decir, no tome en cuenta las respuestas de preguntas anteriores.

Recuerde

Seleccione sólo la alternativa que considere más verdadera.

YO CREO QUE:

1. ____ a. Los niños se meten en problemas porque sus padres los golpean demasiado.

____ b. Los problemas que la mayoría de los niños padecen son debido a que ____ sus ____ padres ____ son demasiado blandos con ellos.

2. ____ a. Mucha de la infelicidad de la gente es debido a la mala suerte.

____ b. El infortunio de la gente se origina por los errores que cometen.

3. ____ a. Una de las principales razones por las cuales tenemos guerras es por ____ que ____ la ____ gente ____ no ____ se interesa en política.

____ b. Siempre habrá guerras, y no importa cómo la gente trate de prevenirlas.

4. ____ a. A lo largo de la vida la gente obtiene el respeto que se merece.

____ b. Desafortunadamente, en muchas ocasiones la dignidad de un individuo pasa desapercibida no importando que tanto se esfuerce.

5. ____ a. La idea de que los profesores son injustos con los estudiantes es una tontería.

____ b. La mayoría de los estudiantes no se dan cuenta el grado al cual sus ____ calificaciones dependen de factores accidentales.

6. ____ a. Sin un control adecuado uno no puede ser un líder efectivo.
____ b. Mucha gente capaz falla al convertirse en líder.
7. ____ a. Aún cuando te esfuerces mucho por gustarle a los demás, simplemente no les caes bien.
____ b. No sabes que hacer para caerle bien a la gente.
8. ____ a. La herencia juega el papel principal para la determinación de la personalidad.
____ b. La experiencia personal en la vida es lo que determina como somos.
9. ____ a. Lo que tiene que pasar, pasa..
____ b. Yo prefiero confiar en mis propias decisiones que en el destino.
10. ____ a. Cuando un estudiante se prepara bien, rara vez se encuentra un examen difícil.
con ____ b. En muchas ocasiones las preguntas de examen no tienen relación
los contenidos
del curso de tal manera que no es útil estudiar.
11. ____ a. El éxito depende de que tanto trabaje la gente y no de la suerte.
____ b. Obtener un buen trabajo depende de estar en el lugar adecuado en el momento justo.

12. ____ a. El ciudadano medio puede influir en las decisiones del gobierno.

____ b. Este mundo es conducido por unas cuantas personas de tal forma que un ciudadano tiene poca influencia en las decisiones.

13. ____ a. Cuando hago planes, generalmente hago que se cumplan.

____ b. No es útil hacer muchos planes porque muchas cosas dependen de la buena o mala suerte.

14. ____ a. Hay gente que simplemente no es buena.

____ b. En cada persona hay algo bueno.

15. ____ a. En mi caso, la suerte poco tiene que ver para obtener lo que quiero.

____ b. En muchas ocasiones decidimos que hacer a través de un volado.

16. ____ a. En muchos casos, ser jefe depende de haber llegado primero al lugar adecuado.

____ b. La habilidad influye para que la gente haga bien las cosas, la suerte nada tiene que ver.

17. ____ a. Dentro de los sucesos del mundo, somos víctimas de fuerzas incomprensibles e incontrolables.

_____ b. Al tomar un papel activo en la política y en la sociedad, la gente puede controlar los eventos del mundo.

18. _____ a. La gente no se da cuenta el grado al cual su vida depende de circunstancias accidentales

_____ b. No existe lo que se llama "suerte".

19. _____ a. Uno debería siempre desear reconocer los errores propios.

_____ b. Es mejor tapar nuestros errores.

20. _____ a. Es difícil saber si uno le gusta o no a otra persona.

_____ b. Tener amigos depende de lo agradable que sea uno.

21. _____ a. A lo largo de la vida las cosas malas que suceden están balanceadas con las buenas.

_____ b. La mala suerte la mayoría de las veces es el resultado de la falta de habilidad, ignorancia, pereza o las tres anteriores.

22. _____ a. Con suficiente esfuerzo podemos combatir la corrupción política.

_____ b. Es difícil para la gente tener control de lo que hacen los políticos.

23. _____ a. A veces no puedo entender como los maestros otorgan las calificaciones que dan.

_____ b. Hay una conexión directa entre que tanto estudio y la calificación que obtengo.

24. _____ a. Un buen líder deja que sus agremiados decidan por sí mismos en que van a trabajar.

_____ b. Un buen líder dice a sus agremiados que trabajo les corresponde.

25. _____ a. Muchas veces siento que tengo poca influencia sobre las cosas que me suceden

_____ b. Es imposible para mí creer que la suerte juega un papel importante en mi vida.

26. _____ a. La gente está sola porque no intenta ser amigable.

_____ b. Independientemente de lo que hagas puedes caerle bien o no a la gente.

27. _____ a. Debería hacerse énfasis en las actividades deportivas desde la secundaria.

_____ b. Hacer deporte es bueno porque es una excelente manera de formar el carácter.

28. _____ a. Lo que me sucede es mi responsabilidad.

_____ b. Algunas veces siento que no tengo suficiente control sobre la dirección que mi vida está tomando.

29. _____ a. La mayor parte del tiempo no puedo comprender porque los políticos se comportan como lo hacen.

_____ b. La gente es responsable del mal gobierno tanto a nivel local como nacional.

ANEXO 7
CUESTIONARIO GENERAL

NOMBRE _____ SEXO _____
 EDAD _____ OCUPACION _____

Instrucciones: A continuación se le presentan una serie de preguntas, para responder señale con una X la opción que le parezca más adecuada.

1.- Si a usted le encargan la elaboración de un trabajo que esta fuera de su horario y/o de sus obligaciones:

- a) acepta porque considera que puede hacerlo bien
- b) acepta aunque usted sabe que requiere trabajar mas
- c) dependiendo de la situación acepta o no
- d) acepta con resignación ese encargo porque usted fue el seleccionado
- e) acepta porque sabe que el trabajo es fácil
- f) ninguna de las anteriores

2.- Cuando llega tarde a algún lugar, argumenta que es debido a:

- a) no se empeña en levantarse temprano
- b) a esa hora hay mucho tráfico
- c) se encontró a un amigo y se le hizo fácil quedarse a platicar con el
- d) por mas que trata tiene mala suerte para llegar temprano
- e) entre sus cualidades no está la puntualidad
- f) ninguna de las anteriores

3.- En una discusión fuerte entre dos personas que usted conoce, usted:

- a) primero observa y si cree conveniente, interviene
- b) usted una y otra vez trata de calmarlos
- c) no interviene porque considera difícil arreglar los asuntos de terceros
- d) interviene porque cree que puede ayudar en la solución del problema
- e) no interviene porque cree que esos asuntos se arreglan solos

f) ninguna de las anteriores

4).- Si alguien comenta que los hijos de usted están bien educados, usted responde:

- a) ellos son así
- b) yo los he educado bien
- c) no se a que se deba, pero si son bien educados
- d) me he esmerado en su educación
- e) ellos son buenos chicos y yo solo los guío
- f) ninguna de las anteriores

5.- Si alguien le pregunta sobre el funcionamiento de su casa y usted dice que es adecuado, lo atribuye a :

- a) que vive con genta ordenada
- b) el empeño que usted pone para que la casa funcione bien
- c) la habilidad de usted para conservar el orden
- d) todos los de la casa cooperamos para su buen funcionamiento
- e) quién sabe como, pero la casa esta bien
- f) ninguna de las anteriores

6.- Si sus vecinos solicitan su ayuda para que las condiciones de la colonia mejoren, usted:

- a) no acepta, porque ve imposible la organización con sus vecinos
- b) acepta porque piensa que su participación es importante
- c) acepta solo si considera que su colaboración como la de sus vecinos es fundamental
- d) no acepta porque sabe que tarde o temprano la condiciones mejorarán
- e) acepta porque considera que las condiciones mejorarán con el trabajo de todos
- f) ninguna de las anteriores

7.- Si usted intenta resolver un problema como cambiar un fusible y no tiene éxito, usted supone:

- a) que si se hubiera esforzado más lo hubiera logrado
- b) que ese problema es muy difícil y que por ello usted no lo pudo resolver
- c) que en ese momento no estaba usted de buenas

- d) que usted no sabe hacer esas cosas
- e) que usted no es hábil para esas cosas, además de que le tocó un switch defectuoso
- f) ninguna de las anteriores

8.- Cuando tiene que realizar un trabajo en equipo y están asignando tareas para ese trabajo:

- a) trata de conciliar con sus compañeros qué tareas va a realizar cada quien
- b) usted elige la tarea que cree realizar mejor
- c) selecciona la tarea más difícil de realizar
- d) deja que sus compañeros decidan qué tarea realiza usted
- e) elige la tarea que le quitará menos tiempo
- f) ninguna de las anteriores

9.- Cuando usted intenta cocinar un platillo por primera vez y éste no resulta sabroso, usted dice que se debe a:

- a) que este platillo es más difícil de cocinar que otros
- b) que sus habilidades para cocinar no son muchas
- c) que usted no puso mucho empeño para cocinar
- d) que no fue su día
- e) que los ingredientes eran de mala calidad y usted no se fijó
- f) ninguna de las anteriores

10.- Su hijo es berrinchudo, usted piensa que es debido a:

- a) no ha sabido cómo educarlo
- b) es difícil ser padre o madre
- c) me salió malo este hijo
- d) no lo he corregido después de sus berrinches
- e) he sido flexible y el niño es especial
- f) ninguna de las anteriores

11.- Cuando usted solicita una segunda oportunidad para entregar un trabajo y se la otorgan, considera que:

- a) su superior es buena gente
- b) se merece esa oportunidad por ser buen trabajador y/o estudiante
- c) es usted un buen elemento y sus superior es justo

- d) se la dieron porque la tarea requerida es difícil
- e) se la dieron porque demostró haber trabajado en ella a pesar de que no la terminó a tiempo
- f) ninguna de las anteriores

12.- Cuando usted ve a una persona accidentada:

- a) dependiendo de la situación usted valora si su ayuda puede ser importante o no
- b) de inmediato se acerca e intenta ayudarlo porque cree que puede y debe ayudarlo
- c) no se acerca porque no es fácil ayudar a los accidentados
- d) piensa que ojalá que lleguen pronto a auxiliarlo
- e) usted hace todo lo posible por ayudar
- f) ninguna de las anteriores

13.- Cuando hay un conflicto en su familia, Usted:

- a) deja que cada quien resuelva sus asuntos
- b) habla con todos, pues su opinión es importante en su familia
- c) aunque no tenga mucho éxito, trata de arreglar las cosas
- d) no interviene si el problema está fuera de su control
- e) trata de arreglar las cosas y pide lo mismo a los demás
- f) ninguna de las anteriores

14.- Si hace una prueba para subir de puesto y obtiene buenos resultados considera que:

- a) la prueba estuvo muy fácil
- b) que sabe lo suficiente y por eso obtuvo buenos resultados
- c) que tuvo suerte
- d) que se esforzó al hacer la prueba
- e) que se preparó lo suficiente y que tuvo suerte de que le aplicaran esa prueba
- f) ninguna de las anteriores

15.- Si sus vecinos o compañeros de trabajo organizan una fiesta:

- a) usted deja que ellos decidan lo que debe llevar usted

- b) usted se ofrece a llevar algo que fácilmente se compra
- c) usted se propone para llevar algo que sabe preparar
- d) usted trata de conciliar sus preferencias con los demás para acordar que lleva cada quien
- e) usted acepta llevar algo que los demás no quieren llevar
- f) ninguna de las anteriores

16.- Si su auto se le descompone continuamente, usted cree que es debido a:

- a) no se preocupa en revisarlo periódicamente
- b) los autos salen defectuosos y usted no quiere perder su tiempo en ellos
- c) no tiene los conocimientos necesarios para revisarlo
- d) tiene mala suerte con los autos
- e) se le hace difícil todo lo relacionado a los autos
- f) ninguna de las anteriores

17.- Si lo aceptaron en el puesto que usted solicitó, piensa que fue debido a:

- a) se preparó para cada una de las evaluaciones
- b) el puesto es el adecuado para usted y se le hizo justicia
- c) es usted la persona adecuada para ese puesto
- d) son épocas de buena suerte para usted
- e) las funciones del puesto son sencillas
- f) ninguna de las anteriores

18.- Si tiene conflictos con sus compañeros de trabajo se debe a:

- a) nunca trata de llevarse mejor con ellos
- b) no es bueno para relacionarse con la gente
- c) le tocó estar con gente que tiene "mala vibra"
- d) son personas difíciles de tratar
- e) siempre hay problemas al trabajar con la gente
- f) ninguna de las anteriores

19.- Usted se cayó y se fracturó un pie, pienso que esto fue a causa de:

- a) no se fijó por donde caminaba
- b) había algo en el piso que le hizo a usted caer
- c) iba distraído y no se fijó lo que había en el piso

- d) es normal resbalarse de vez en cuando
- e) que usted siempre se anda cayendo
- f) ninguna de las anteriores

23.- Al ir de compras al supermercado, usted:

- a) elige lo que le corresponde y deja que su pareja elija su parte
- b) deja que otra persona decida y elija lo que se compra
- c) elige lo que se compra porque sólo usted sabe lo que se necesita
- d) primero selecciona lo que se debe comprar y si le queda tiempo se distrae viendo otros productos
- e) echa en el carrito lo primero que se encuentra
- f) ninguna de las anteriores

24.- Si un amigo le cuenta un problema, usted:

- a) solo escucha y no opina porque es difícil dar consejos
- b) da su mejor consejo, pero le advierte que la decisión es de él
- c) presta mucha atención para tratar de entender el problema
- d) le dice que deje todo al tiempo
- e) de inmediato le da un consejo
- f) ninguna de las anteriores

25.- Cuando no obtiene buen resultado en una prueba, considera que:

- a) no se preparó bien
- b) el tema no era su fuerte o de los que usted maneja
- c) que tuvo mala suerte
- d) que las preguntas no se entendían
- e) confió en que se había preparado bien y que la prueba sería fácil
- f) ninguna de las anteriores