



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

CAMPUS IZTACALA

"ATRIBUCION CAUSAL DE CLIENTES EN
TERAPIA PSICOLOGICA: UBICACION DEL
LOCUS DE CONTROL PROPIO VERSUS DE
OTROS"

T E S I S

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE

LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P R E S E N T A N :

GUTIERREZ ANAYA RAQUEL
ZACARIAS LOPEZ GRACIELA JUANA

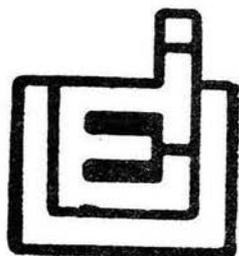
DIRECTOR DE TESIS: MTRA. ANTONIA RENTERIA RODRIGUEZ

ASESORES: MTRA. ROSALVA CABRERA CASTAÑON

DR. JAVIER NIETO GUTIERREZ

Los Reyes Iztacala, Edo. de Méx.

1996





Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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



U.N.A.M. CAMPUS
BACATA

AGRADECIMIENTOS

*AGRADECEMOS A LOS PROFESORES Y ALUMNOS DEL AREA
DE PSICOLOGIA CLINICA DE 7o. Y 8o SEMESTRE,
DE LA CLINICA UNIVERSITARIA DE SALUD INTEGRAL,
EL APOYO BRINDADO PARA EL DESARROLLO DE ESTA
INVESTIGACIÓN*

A NUESTROS ASESORES:

LA MTRA ANTONIA RENTERIA RODRIGUEZ,
POR EL TIEMPO, APOYO Y CONFIANZA QUE PERMITIO LA
ELABORACION DEL PRESENTE TRABAJO

A LA MTRA. ROSALVA CABRERA, POR SU TIEMPO Y APOYO
INCONDICIONAL PARA LA REVISION, ELABORACIÓN Y CONCLUSION
DEL PRESENTE TRABAJO.

AL DOCTOR JAVIER NIETO POR LA CONFIANZA DEPOSITADA EN
NOSOTROS PARA LA REALIZACIÓN DE ESTA INVESTIGACIÓN.

**NUESTRO AGRADECIMIENTO MUY ESPECIAL A LA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
CAMPUS IZTACALA POR PERMITIRNOS ESTUDIAR DENTRO
DE SUS AULAS UNA CARRERA PROFESIONAL**

DEDICO ESTE TRABAJO:

Principalmente a mis padres: *Raquel y Oscar.*

A ti **mamá**, que has estado presente en todas las experiencias de mi vida, gracias a tu cariño, apoyo, confianza y compañía constante he logrado una de mis metas

A ti **papá**, porque gracias a tu trabajo y apoyo obtuve los medios para estudiar una carrera profesional

A mis hermanos:

Adriana

Edgar

Raúl

Oscar

y

César

Gracias al apoyo y ayuda que siempre me han brindado. Porque con los ejemplos de superación y responsabilidad en sus vidas me han hecho alcanzar mis metas y así valorarlas. Porque a pesar de que cada uno siga su propio camino, el cariño y la confianza que nos ha unido siempre este presente en cada uno de nosotros.

A mis sobrinas, **Suhellen, Karen y Claudia**
porque con su cariño, ternura y alegría, llenan de
felicidad nuestra familia

Juan José, gracias a tus consejos y cariño que han
estado presentes en mi, por el apoyo e interés que me
has demostrado y por lo importante que eres para mi.

A mis **amigos** de siempre que de alguna manera
influyeron para la culminación de mi trabajo

Graciela por la amistad que me brindaste, por las
experiencias que tuvimos y la confianza que en mi
depositaste para que juntas llegáramos al término
de nuestro trabajo

LOS QUIERO

RAQUEL GU. AN.

AGRADEZCO

INES:

A ti **mamá**, por estar siempre conmigo, creyendo y confiando en una meta que hoy es realidad.

A **Marco Antonio**, porque con tu sacrificio aligeraste la carga de nuestros padres ayudando a todos a mejorar.

A **Arminda** por su compañía incondicional y apoyo a lo que yo sentía como mis grandes y pequeños problemas.

A **Raquel** por tolerar y cambiar los malos momentos por la tranquilidad necesaria para continuar el trabajo.

MOISES:

A ti **papá**, por construir el camino indispensable que necesita una familia para evolucionar.

A **Maricruz** por ser la parte crítica y sensible de la familia.

A mis queridos **amigos** de ayer y hoy, por haberme apoyado y confiado en mi y de quienes he aprendido el valor de la amistad.

LOS QUIERE GRACIELA

**ESTE TRABAJO FUE FINANCIADO POR LA D.G.A.P.A. DE LA
U.N.A.M. A TRAVES DEL PROYECTO DE INVESTIGACION
IN501893**

INDICE



RESUMEN	1
CAPITULO 1. Atención psicológica en el ámbito clínico	3
1.1 Historia de la psicología clínica	4
1.2 Modelos de intervención en psicología clínica	10
1.3 Enfoque cognitivo conductual	16
CAPITULO 2. Teorías de la atribución en Psicología	21
2.1 Heider	22
2.2 Jones y Davis	23
2.3 Teoría de la covarianza de Kelley	29
2.4 Weiner y su teoría atribucional de la motivación del logro y la emoción	30
2.5 Estudios realizados con los modelos teóricos de la atribución	35
CAPITULO 3. Atribución causal en el ámbito clínico.	44
3.1 Atribución causal como variable psicológica en el ámbito clínico	44
3.2 Propuesta terapéutica del análisis atribucional	51
CAPITULO 4. Investigaciones	55
Estudio 1	55
Estudio 2	67

DISCUSION GENERAL	76
BIBLIOGRAFIA	84
ANEXOS	91

RESUMEN

Las personas que asisten a terapia psicológica atribuyen el origen de sus problemas a cuestiones que tienen que ver con su comportamiento (locus interno), con el comportamiento de otros y/o cuestiones ambientales (locus externo) o a ambos tipos de locus (locus combinado) y se ha detectado que las atribuciones son un factor relevante en el curso de la terapia (Försterling, 1988).

Otro aspecto importante de las atribuciones es el error fundamental de la atribución propuesto por Lee Ross (1977, citado en: Jellison & Green, 1981) quien basado en las investigaciones de Heider (1958, citado en: Jaspas & Hewstone, 1984) y Jones & Nisbett (1972) observó la tendencia a subestimar la influencia de la situación y sobrestimar la influencia disposicional cuando se observa la conducta ajena

Es así que se planteó como objetivo: identificar si los clientes que asisten a terapia psicológica son consistentes en cuanto al tipo de atribución que dan a sus conflictos y a los conflictos de otras personas, además determinar si existe alguna relación entre el tipo de atribución a problemas propios y el compromiso terapéutico. Para lo cual se realizaron dos estudios con 47 personas, de ambos sexos, que solicitaron el servicio de atención psicológica en la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI), Campus Iztacala, donde fueron atendidos

Se les evaluó mediante el formato de Recepción de Pacientes, Cuestionario para Detectar Atribuciones Causales de Conflictos Propios, y de

Problemas de Otros, además de formatos para evaluar el compromiso terapéutico.

En ésta investigación se encontró que la mayoría de los sujetos presentan una consistencia en cuanto a su tipo de atribución y a la atribución que dan a los problemas de otros. Con respecto al compromiso terapéutico, se puede decir que este fue mayor cuando los sujetos atribuyeron sus problemas a alguna causa externa o combinada,

CAPITULO 1. ATENCION PSICOLOGICA EN EL AMBITO CLINICO.

El presente capítulo describe de forma breve como ha sido la evolución que ha tenido la psicología clínica, así como también se mencionan las características de las tres principales posturas teóricas de la psicología clínica.

Al ser la psicología una ciencia que trata de dar cuenta del comportamiento humano, el papel que juega el psicólogo es de gran importancia en las diversas áreas donde tiene incidencia, como son: educativa, social, industrial, experimental y clínica entre otras. Es dentro del área de psicología clínica donde se inserta la presente investigación.

El término de "Psicología Clínica" fue utilizado por primera vez por Witmer (1912, citado en: Kendall, Northon & Ford, 1988), quien dió la siguiente definición:

"En cuanto a los métodos de la psicología clínica intervienen necesariamente siempre que se determine cómo funciona la mente de un individuo, mediante la observación y la experimentación así como cuándo se aplica un tratamiento pedagógico para lograr un cambio, es decir, el desarrollo de dicha mente".

Este autor, además menciona que uno de los papeles del psicólogo clínico es ayudar a la gente a desarrollar sus capacidades.

Posteriormente Woodworth (1937, citado en Kendall, et. al., op. cit.) considera que la palabra "clínica" tenía demasiadas connotaciones médicas, así que propuso la denominación "Psicología para servicio personal" diciendo

que el psicólogo es un consejero profesional que utiliza métodos científicos desarrollados para probar y orientar a las personas en diversas áreas importantes para la adaptación personal.

Para Bernstein & Nietzel (1986), la psicología clínica se encarga de estudiar y comprender la conducta humana aplicando los conocimientos obtenidos a través de la investigación, iniciando con una evaluación de las capacidades y características de los seres humanos. Aunque esta función la comparte con otras áreas de la psicología; la distinguen su "actitud o percepción clínica", es decir, el valerse de las actividades citadas para entender y ayudar a las personas.

Por su parte López & Rodríguez (1994), mencionan que la psicología clínica comprende la aplicación de los hallazgos teóricos en el diagnóstico y tratamiento de problemas psicológicos, emocionales y de la conducta.

Así pues, el término de "psicología clínica" es utilizado en la actualidad a la par del término "asesoría clínica psicológica" (Rentería, 1993), y representa para las personas que solicitan este servicio, la posibilidad de cambiar su conducta en dirección a una mejor adaptación (Rogers, 1981).

1.1 HISTORIA DE LA PSICOLOGIA CLINICA.

La psicología clínica ha tenido un gran desarrollo en los últimos años, generado por hechos de gran trascendencia. Para Keller (1989), los antecedentes históricos de la psicología se encuentran en la filosofía y en sus problemas de la relación entre alma y cuerpo, pero para el establecimiento de la psicología como ciencia y en específico del área clínica, debieron ocurrir tres

grupos de hechos históricos, los cuales se mencionan a continuación (Bernstein, op. cit.):

- 1.- El desarrollo de los métodos científicos en psicología.
- 2.- El interés desarrollado por estudiar las diferencias individuales de los seres humanos.
- 3.- La visión sobre los problemas de conducta y la actitud que se ha tenido de ellos a través de los años.

Con respecto al primer punto, Kendall et. al. (op. cit.) mencionan los trabajos de psicofísica de Fechner & Weber, la fisiología experimental de Helmholtz y los trabajos de Wilhelm Wundt; donde ellos emplearon la observación y la experimentación como métodos de investigación para estudiar las sensaciones, la percepción, la memoria, asociaciones, emociones, entre otros aspectos de la conducta, que actualmente los psicólogos continúan retomando en sus trabajos.

Los psicólogos clínicos han usado los métodos de laboratorio para evaluar lo que están haciendo, dándole una metodología científica a ésta área.

Dentro del segundo punto destaca que la psicología clínica apareció como especialidad cuando se reconocieron las diferencias existentes entre los seres humanos y estas se empezaron a medir.

El filósofo Platón fue el primero en plantear estas diferencias en su obra la República, pero no fue sino hasta inicios del siglo XIX, cuando esto adquiere mayor importancia con las investigaciones y descubrimiento de Kinnebrook y Bessel, cada uno de manera independiente investigaron las diferencias o errores de los individuos al observar un mismo fenómeno (ecuación personal), y con los estudios de la Frenología, donde se suponía que cada área del

cerebro está relacionada con una función del cuerpo, y que el desarrollo de alguna facultad mental se determinaba por la protuberancia o depresión del cráneo. Esta teoría de Gall es parcialmente correcta, pero su importancia radica en la orientación que siguió para evaluar las características individuales,

Galton (citado en: Bernstein, op. cit.), basándose en la teoría de Darwin, acerca de las características individuales en cada especie, propuso la teoría de la herencia de las diferencias personales, explorando las características mentales por medios científicos de medición, considerándosele a la fecha como el padre de las pruebas psicológicas, pues intentaba medir capacidades, estructuras y funciones estables de la mente; llegó a establecer un laboratorio en Londres. Fue James McKeen Cattell, quien aplicó los métodos psicológicos al estudio de las diferencias individuales, diseñando una batería estándar de pruebas mentales, que se basan en el funcionamiento sensomotor, como índice de la capacidad mental. Alfred Binet diseñó una batería que además de medir los procesos simples, también medía la comprensión, atención, sugestibilidad, apreciación estética y la valoración moral. Su principal interés era evaluar niños retrasados mentales para darles atención y educación adecuada.

Finalmente en el tercer punto se mencionan que las creencias acerca de los desórdenes mentales han ido cambiando a lo largo del tiempo. Las explicaciones primitivas atribuían las perturbaciones mentales a factores sobrenaturales. En el siglo IV a.C. se dio la primera explicación médica, cuando Hipócrates formuló el concepto de enfermedad mental y la posibilidad de curarla.

Durante la Edad Media las explicaciones demoniacas fueron retomadas a la par de la presencia de la iglesia.

Para el siglo XVIII d.C. se inició un movimiento de hospitalización que llevaba la convicción de que los "locos" eran enfermos mentales, sin embargo, no contaban con el tratamiento adecuado, por ello los internos recibían un trato de prisioneros.

A finales del siglo XIX se descubrió que la sífilis era la causa de la paresia generalizada, el síndrome de deterioro cerebral que hasta entonces se había tratado como locura; esto produjo la idea de que todos los desórdenes mentales tenían origen orgánico, así fue como surgieron investigaciones médicas llevando a lo que se denominó como la "Revolución Psiquiátrica",.

No fue sino a mediados del siglo XIX, cuando médicos franceses comenzaron a examinar el fenómeno que Franz A. Mesmer llamó "magnetismo animal" después denominado "hipnotismo". Las investigaciones posteriores demostraron la relación de la hipnosis con los desórdenes del comportamiento, lo que dió la posibilidad de que las enfermedades mentales tuvieran un origen psicológico, lo que respondía mejor a tratamientos psicológicos que médicos.

En 1896, el médico vienés Sigmund Freud propuso una teoría donde consideraba que los desórdenes mentales como la histeria eran resultado de la "lucha dinámica de la mente humana para satisfacer los deseos instintivos y por otro lado adaptarse a las reglas y exigencias sociales." Estos planteamientos tuvieron gran importancia para la psicología en años posteriores.

Siendo estos los tres antecedentes más importantes de la psicología clínica, es necesario mencionar al primer psicólogo clínico reconocido como tal, ✓

Esmeralda

Lightner Witmer, quien en 1896 inició la atención individualizada a niños, llegando a fundar una clínica para dar la atención necesaria empleando un método donde evaluaba, intervenía y en casos necesarios canalizaba con el especialista correspondiente.

Se considera que para el desarrollo de la psicología clínica, Witmer no tuvo la importancia que merecía, debido a que no retomó los descubrimientos de la época, entre los cuales se encuentran; la introducción de la escala Binet-Simon (analizaba los procesos más complejos de la mente), que en los Estados Unidos era utilizada para evaluar la inteligencia de los niños, en tanto que Witmer se centró en incapacidades del aprendizaje en niños.

Ahora bien, uno de los mayores impulsos para el desarrollo de la psicología clínica provienen de las necesidades que generaron las dos guerras mundiales, pues antes de ellas no había los espacios suficientes para la formación de psicólogos clínicos. Con la primera Guerra Mundial la psicología clínica se centró en el diagnóstico de adultos no hospitalizados, en su nivel intelectual y estabilidad emocional seleccionando así a los reclutas para el ejército. Después de la Guerra se siguieron desarrollando pruebas de evaluación trabajando con niños, creando clínicas y asociaciones para exponer sus trabajos.

El mayor impulso para la psicología clínica vino con la Segunda Guerra Mundial, donde el ejército requería de una gran cantidad de personas, formándose así, un comité de psicología para evaluar a las personas a través de pruebas de inteligencia, de aptitudes y de personalidad, además los psicólogos demostraron que sabían hacer otras cosas además de evaluar, también hacían historias clínicas, preparar evaluaciones, diagnósticos de

personalidad, realizar investigaciones y dar tratamiento a pacientes de forma individual y/o grupal. Lo anterior permitió que los psicólogos obtuvieran cargos oficiales dentro del ejército.

Después de la Segunda Guerra Mundial, hubo 40,000 personas hospitalizadas con desórdenes neuropsiquiátricos y no se contaba con suficientes psicólogos y psiquiatras necesarios para atender a estas personas. Así fue que a principios de 1946 el director de la Asociación de Veteranos de Guerra se reunió con los presidentes de las universidades más importantes de los Estados Unidos de Norte América, para pedir la formación de cursos para la enseñanza de la psicología clínica, en tanto que el gobierno destinó presupuestos para esta solicitud.

Por ello las universidades abrieron cursos de acuerdo a los lineamientos solicitados por la Asociación de Veteranos de Guerra y, por su parte la American Psychological Association, presentó un informe en donde recomendaba cual debía ser el contenido de los programas así como las características que debería tener la formación de psicólogos clínicos en universidades e internados.

Con todo lo anterior, el número de psicólogos creció, provocando así que su trabajo se diversificara, además de que el gobierno y el público en general reconocieron las funciones del psicólogo clínico.

La psicología clínica ha sufrido cambios continuos desde el final de la Segunda Guerra Mundial. Richelle (1991) en el prólogo al libro "Manual de psicología clínica aplicada" comenta que la psicología clínica ha tenido una notable evolución a lo largo de los últimos veinticinco años, señala que estos cambios van del interés por un sujeto psicológicamente enfermo o anormal al

interés por un sujeto normal que se enfrenta a sus problemas psicológicos más o menos inesperados como consecuencia de una enfermedad física, de condiciones ambientales que provocan estrés, problemas familiares o de la vida profesional, debido a la exposición a situaciones extremadamente difíciles. Sin embargo esta evolución no ha sido obstáculo para el campo tradicional de la psicología clínica en la prevención y tratamiento de las enfermedades mentales, campo en el que psicólogos clínicos y psiquiatras están cooperando o a veces compitiendo.

Las innovaciones en los métodos de tratamiento van a la par con las demandas, que en su mayoría provienen de las complejidades de la vida moderna, junto con un aumento por el interés del bienestar del individuo.

1.2 MODELOS DE INTERVENCION EN PSICOLOGIA CLINICA

Tal

(2)

Como se ha visto, el objetivo de la psicología clínica es ayudar a las personas en sus problemas emocionales, modificando "conductas desviadas", y/o facilitando el desarrollo de conductas más saludables (Kanfer & Phillips, 1980).

Para lograr esto, dentro del área de psicología clínica existen diferentes marcos teóricos, en los cuales los profesionales de la psicología se apoyan para llevar a cabo los tratamientos, entre ellos se encuentran: el psicoanálisis, el humanismo y el enfoque cognitivo conductual.

PSICOANALISIS

Considerada como la primera fuerza (Lafarga, 1989) el psicoanálisis ha brindado importantes aportaciones al trabajo de la psicología clínica, su fundador Sigmund Freud (1856-1939) fue el primero en comprender y describir el proceso psicoterapéutico en términos de una experiencia interpersonal entre paciente y terapeuta (Cornejo, 1992). A partir de sus estudios sobre la histeria, propuso su teoría psicoanalítica donde toda conducta tiene una causa psicológica que supone puede estar en el inconsciente; para él, la estructura de la personalidad consiste en tres componentes "dinámicos e interactuantes entre sí", el Yo, el Ello y el Super Yo; el Yo se guía por el principio de la realidad, regula los impulsos instintivos del Ello, el cual es la fuente de motivos e impulsos (sexo y agresión), de él proceden y se distinguen el Yo y el Super Yo en una evolución posterior; por último aparece el Super Yo conocido como la consciencia, representa la interiorización de los sistemas morales y éticos de la cultura (Garfield, 1984).—

Además Freud propuso que la libido es una parte de la fuerza de la vida, este término adquiere gran importancia, ya que comprende la energía sexual, presente ya desde la infancia que va evolucionando a lo largo de la vida pasando por diversas etapas (etapa oral, anal, fálica, de latencia y genital). Las experiencias que se presentan durante el desarrollo de las etapas, tienen efectos significativos sobre la personalidad.

Dentro del psicoanálisis se conoce otro aspecto que se refiere a la adaptación del individuo, estos son los mecanismos de defensa cuyo objetivo es reducir la amenaza o ansiedad que siente la persona ante una situación conflictiva, cuando dicho mecanismo lo logra, éste tiende a convertirse en una parte de la personalidad. Por otro lado, cuando los mecanismos de defensa no

son eficaces, se presentan los síntomas neuróticos o comportamientos perturbados, los cuales son el resultado de los conflictos interiores o reprimidos del sujeto. Así pues, el psicoanalista se preocupa por ayudar al individuo a que encuentre de forma retrospectiva la relación existente entre el síntoma y el conflicto de represión que lo origina, lo que provocará es superar en forma gradual las represiones y resistencias que se oponen a las exploraciones para que el conflicto se coloque en el nivel de la consciencia; cuando esto se logra los síntomas disminuyen y desaparecen, teóricamente la terapia psicoanalítica tiene éxito. (Garfield, 1987).

HUMANISMO

Por su parte Carl Rogers, propone el enfoque humanista, derivado principalmente de sus trabajos clínicos con clientes, pues se interesó por emprender el estudio del proceso psicoterapéutico en una forma más sistemática .

Carl Rogers (Garfield, op. cit.) llegó a desarrollar sus propios puntos de vista teóricos acerca de un proceso terapéutico y sobre las condiciones que facilitan el cambio en la terapia. También elaboró una teoría de la personalidad o del Yo, llamando a este tipo de terapia en un principio "No directiva", posteriormente denominada como terapia centrada en el cliente.

Para el humanismo, las personas buscan un desarrollo personal, si está obstaculizado por problemas, considera que no son enfermos a quienes hay que controlar o manipular por su propio bien, puesto que son personas con quienes se puede dialogar además de que tienen derecho a justificarse y mantener sus posturas e inclusive sus síntomas debido a que les permiten

sobrevivir y funcionar de cierta forma, en tanto no encuentren mejores opciones que tomen en cuenta las necesidades para su desarrollo personal (Rogers, 1960, citado en: Lafarga, 1989).

Así el enfoque humanista considera que puede retomar algunos elementos de otras teorías, pero siempre considerando la persona como centro y ayudarlo a su desarrollo personal; cabe mencionar que en la terapia, no utiliza ningún tipo de evaluación ya que no hay diagnóstico para clasificar o etiquetar a las personas, además la terapia se lleva a cabo desde la primera sesión, durante la cual el terapeuta sigue a la persona, quien explora su persona y su autoestima, y él mismo decide cual es el momento oportuno para dejar la terapia.

A diferencia de otros autores Rogers declara que sus teorías tienen un carácter tentativo o provisional, por lo que no deben tomarse como "dogmas absolutos de verdad", sino como estímulos para seguir investigando (Garfield, op. cit.)

CONDUCTISMO

Finalmente otra postura teórica es la del enfoque conductual, la cual tiene sus orígenes en las investigaciones y propuestas de Pavlov (1927-1928) sobre el condicionamiento clásico o respondiente; en los trabajos de Thorndike (1898, 1911, 1913) sobre el aprendizaje de recompensa (condicionamiento instrumental) y en las propuestas de Watson y sus colaboradores, quienes señalaron la aplicación de los principios pavlovianos a los trastornos psicológicos en seres humanos (Rimm & Masters, 1987).

Por su parte Bouchard, Granger & Ladouceur (1977), mencionan que en sus inicios, la terapia de la conducta formó tres corrientes distintas: la corriente de Wolpe, la escuela inglesa y la escuela de Skinner. La primera con las investigaciones de Wolpe sobre la ansiedad neurótica, que era considerada como una respuesta condicionada a eliminar, donde el objetivo de la terapia es romper el vínculo condicional entre algunas situaciones y la respuesta de ansiedad, usando las técnicas terapéuticas basadas en la inhibición recíproca. La escuela inglesa también basada en el condicionamiento clásico de Pavlov, elaboró un modelo teórico a partir de casos clínicos y que fue empleado en estos mismos; su representante teórico más importante fue Eysenck. Por último en la escuela de Skinner, él y sus colaboradores hablan de modificación de conducta, para ellos toda conducta humana ya sea adaptativa o inadaptativa es aprendida, de acuerdo a mecanismos de "condicionamiento operante" y cuando se intenta modificarlas en cualquier medio se usan los mismos principios. Para estos investigadores toda conducta está controlada por sus consecuencias en el ambiente, pues la ausencia o presencia de cambios hacen que la ésta aumente en frecuencia, disminuya o permanezca estable. Así para comprender el comportamiento es necesario hacer un análisis funcional de los vínculos que hay entre éste y el ambiente; cuando se quiera modificar una conducta el proceso consistirá en: realizar un análisis funcional, reestructuración del ambiente modificando las consecuencias de la conducta que se quiere crear o eliminar y una evaluación continua de la modificación presentada en la conducta.

Este enfoque a diferencia del humanismo y del psicoanálisis, es resultado de investigaciones derivadas del laboratorio, utilizando

procedimientos y controles experimentales, por consiguiente, esta teoría se deriva de la psicología experimental más que de la clínica y la psicopatología, dándole mayor importancia a los procedimientos de aprendizaje del condicionamiento clásico y operante (Garfield, op. cit.)

La aplicación de estas investigaciones a la psicología clínica se dificultó al inicio debido a que el trabajo en el campo de la salud mental estaba en manos de los psiquiatras. Fueron dos libros los que establecieron las bases de la nueva disciplina, de Skinner (1963, citado en Rimm, et. al. op. cit.) "Science and Human Behavior" y de Wolpe (1958, citado en Rimm, et. al. op. cit.) "Psychotherapy by Reciprocal inhibition", donde planteaban que gran parte de la conducta humana puede comprenderse en términos de los principios del condicionamiento operante.

Así es como el término de "terapia de la conducta" se introdujo a fines de la década de los 50's, aunque fue utilizado primero por Skinner, Lidsley & Richards (1953, en: Kanfer & Phillips, 1988) fue empleado ya en forma por Eysenck (1959, en: Kanfer & Phillips, op. cit.).

Para Rimm & Master, (op. cit.) el término de "terapia de la conducta" incluye una gran cantidad de técnicas específicas que emplean principios psicológicos, como es el aprendizaje para tratar la conducta humana.

Otra definición es la que dan Bouchard, et. al. (op. cit) quienes propusieron que la terapia de la conducta es la aplicación del conjunto de los conocimientos psicológicos adquiridos según los principios de la metodología científica a la comprensión de los problemas psicológicos.

Sin embargo, estos autores señalan que los modelos de Wolpe, la escuela inglesa y la de Skinner son un tanto simplistas, ya que en la realidad

existen muchas variables no controladas, y es cada vez más difícil integrar en el marco de los principios del aprendizaje operante, las nuevas técnicas, presentes en los últimos años, por ello autores como Bandura (1982), Mahoney & Freeman (1988) y Fernández & Carrobles (1989), entre otros, proponen en sus modelos teóricos una serie de constructos cognitivos que permitan, en el ser humano, explicar algunas conductas que concepciones mecanicistas no explican.

Es así como la psicología clínica ha ido evolucionando, pues vemos como surgen nuevas propuestas teóricas, donde involucran aspectos que anteriormente no tenían tal relevancia, como es el constructo de lo "cognitivo", a partir del cual se desarrollan nuevas posturas teóricas y técnicas de tratamiento, como se verá posteriormente.

1.3 ENFOQUE COGNITIVO CONDUCTUAL

A diferencia del conductismo este enfoque da mayor importancia a los procesos cognitivos para explicar la conducta del ser humano, un ejemplo de ello es el modelo del análisis secuencial integrativo de Fernández y Carrobles (op. cit), que posteriormente se describirá.

Desde la perspectiva cognitivo conductual, la función del psicólogo se encamina a asesorar a la persona (cliente) que solicita el servicio para que él mismo resuelva los problemas que manifiesta, este es un proceso donde tiene que identificar las variables que están determinando la conducta inadecuada, el psicólogo le ayuda a que se dé cuenta para llegar a una comprensión de los eventos y, de acuerdo a sus necesidades plantearse objetivos a partir de los

cuales se planeen e implementen técnicas de intervención que permitan el logro de objetivos del tratamiento terapéutico.

La intervención o terapia puede darse en dos niveles: grupal y/o individual, donde las personas deciden participar en un proceso terapéutico. De esta manera el psicólogo es un profesionalista de la conducta que guía a las personas para que encuentren soluciones a sus conflictos, además de ser importante la participación tanto del terapeuta como del cliente.

Ahora bien, el proceso terapéutico atraviesa por las siguientes etapas:

- Evaluación
- Identificación del problema
- Planteamiento de objetivos
- Estrategias de solución
- Tratamiento
- Seguimiento.

Como vemos la evaluación es una de las partes medulares del proceso terapéutico, pues provee al terapeuta de la información necesaria para comprender los conflictos del cliente y así establecer objetivos y formas de intervención.

Uno de los instrumentos utilizados en la evaluación es la entrevista, la cual es la más extendida y empleada en el campo de la psicología clínica (Garfield, op. cit.) puesto que además de ser utilizada en la evaluación lo es también a lo largo del tratamiento

Fernández & Carrobles (op. cit.) mencionan que en las tareas de evaluación se distinguen tres tipos de entrevista.

1.- Entrevista de recepción, en ella se conoce al cliente quien da la información acerca de todo lo relacionado con el problema que él plantea como motivo de la consulta, llegando a la exploración de comportamientos problemáticos, al igual que los recursos conductuales con que cuenta la persona.

2.- Entrevista anamnéstica, durante esta se exploran las áreas más amplias de vida tanto actual como pasada, ubicando la génesis y evolución del comportamiento problemático, al igual que el repertorio conductual con el que cuenta el cliente.

3.- Entrevista de planificación, esta es empleada cuando ya se ha obtenido la información necesaria para planear objetivos y estrategias a seguir.

Además de la entrevista se emplean otras técnicas e instrumentos de evaluación como pueden ser cuestionarios, registros anecdóticos, de frecuencia, de situaciones hipotéticas y auto-reportes, los cuales pueden clasificarse como auto-informes, estos nos permiten identificar la conceptualización que el sujeto hace de su medio de acuerdo con sus constructos personales, expectativas, de la percepción de si mismo, y de su desempeño, es necesario utilizar instrumentos que permitan conocer la experiencia subjetiva de la persona (Fernández & Carrobles op. cit.).

Autores como Fernández & Carrobles (op. cit.) consideran que aunque el informe del cliente puede no ser objetivo en la medida en la que no se pueda corroborar con otros instrumentos, es importante conocerlo debido a que refleja la visión que el sujeto tiene de su conducta y entorno, y de haber una incongruencia, esta podría ser el origen de determinados problemas que el sujeto probablemente quiera modificar; ejemplo de esto pueden ser las

creencias irracionales, las cuales tienen una interacción directa con las emociones, valores, y conductas disfuncionales.

Tanto en el trabajo de Ellis & Bernard (1990) como el de Beck (citado en: Harrison, Beck & Buceta, 1984) se postula que los desórdenes neuróticos como la ansiedad y la depresión son causados por estimulación externa, pero dependen de como la persona evalúe y procese estos estímulos.

Fernández & Carrobes (op. cit.) propusieron el análisis secuencial integrativo, es un modelo empleado para organizar la información dada por el cliente y comprender la relación entre las variables, para así proponer el tratamiento terapéutico. Los rubros generales que contiene este análisis son: antecedentes, organismo, respuesta y consecuencias. En los antecedentes resaltan las variables externas y las variables internas, las primeras son eventos que ocurren alrededor del paciente; en las segundas se encuentran los aspectos cognitivos que el cliente da a sus conflictos. Dichos aspectos cognitivos se clasifican en: atribuciones, auto instrucciones, estrategias cognitivas y expectativas.

Las atribuciones se refieren a las explicaciones que una persona da a los sucesos que se le presentan o a la calificación que les da; Försterling (1988) menciona que determinadas atribuciones se encuentran presentes en trastornos conductuales como los estados neuróticos de ira, ansiedad, culpabilidad. Las creencias también se ubican dentro de las atribuciones, siendo las creencias irracionales las que se presentan en conductas neuróticas (Ellis & Bernard, op. cit.).

Las auto instrucciones, son las ideas que la persona se dice así misma cuando enfrenta alguna situación; pueden ser negativas o positivas para la ejecución de una persona.

Estrategias cognitivas: las personas generan formas de resolver tareas, lo cual requiere de cierta abstracción del fenómeno para llegar a comprenderlo, formular una serie de pasos ordenados y resolverlos. En este proceso se ha encontrado que las personas con conductas disfuncionales tienen inadecuadas estrategias de solución.

Expectativas, es lo que la persona espera de las contingencias presentes, resultando motivante para su conducta. Hay situaciones donde la persona actúa en consecuencia a lo que le ha sucedido anteriormente.

A lo largo de este capítulo se ha dado una breve reseña acerca de lo que es la psicología clínica, su historia, así como las tres teorías más importantes, con el objeto de ubicar el campo de estudio en el cual se trabajó. Se resaltó el enfoque cognitivo conductual, pues dentro del modelo del análisis secuencial integrativo, las atribuciones causales que el cliente da a sus conflictos serán importantes para el trabajo de evaluación y posteriormente el tratamiento. Es así como en el siguiente capítulo se describirá el desarrollo de las teorías de la atribución dentro de la psicología.

CAPITULO 2. TEORIAS DE LA ATRIBUCION EN PSICOLOGIA

En este capítulo se resumen las definiciones y teorías más representativas de la atribución dentro de la psicología. Se resalta el proceso por el cual un individuo percibe las causas de su propio comportamiento y del comportamiento del otro, así como las explicaciones que dan a los eventos.

El ser humano ha tenido la capacidad de encontrar relaciones causales, que le permiten como organismo biológico sobrevivir, y dentro del aspecto psicológico interactuar con otras personas, estableciendo relaciones sociales, lo que le ayuda a estructurar una visión del mundo que lo rodea.

La filosofía fue la rama del conocimiento que inicialmente abordó el estudio de las atribuciones causales, pero fue con el desarrollo de la psicología como ciencia que se inició un estudio científico de los juicios atributivos ya que es importante conocer que es lo que piensan las personas acerca de lo que suponen influyó para que sucediera determinada situación o acontecimiento. Para esto, diferentes autores han elaborado teorías y realizado investigaciones, sabemos que esto no es una tarea fácil puesto que la acción humana y el comportamiento social son difíciles de explicar sin un conocimiento de los procesos cognitivos que sirven como mediadores entre la realidad física u objetiva y la reacción de un individuo ante un evento (Jaspar & Hewston, 1984).

Hesslow (1988) menciona que la mayoría de los eventos de los cuales las personas somos autores, tienen un número casi infinito de causas y los

juicios adoptados con el fin de explicarlas abarcan una gran gama de "versiones", entre las que se encuentran las atribuciones causales.

Försterling (1988), propone que atribución causal es un concepto que los individuos aplican para explicar un evento, acción o experiencia en diferentes áreas de la vida.

Otro punto de vista acerca de las atribuciones es el propuesto por Paez, Villarreal, Etxeberria & Valencia (1987), quienes mencionan que son esquemas genéricos libre de contenido específico, que nos dicen que variables tomar en cuenta para encontrar las causas de un fenómeno.

Varios autores han hecho importantes aportaciones para esta área de investigación; ubicados de manera cronológica se encuentran: Heider (1958, citado en: Doise, Deschamps & Mugny, 1980); Jones & Davis (1965, citado en: Perlman & Cozby 1987); Kelley (1983) y Weiner (1980, 1985 y 1988), quienes han elaborado sus propias teorías y en ellas proponen estudiar algunas dimensiones en particular, para comprender las atribuciones causales.

2.1 HEIDER

Harold Heider fue el iniciador de las teorías de la atribución causal, publicando en 1958 (Doise, op. cit.) sus "notas de trabajo con el fin de una preteoría de las relaciones interpersonales", donde suponía que las personas hacen constantemente atribuciones causales para poder predecir y controlar su mundo; esta es una actividad característica de los individuos que les permite establecer relaciones entre estímulos que cambian continuamente y las propiedades estables del ambiente, lo cual hace referencia a la dicotomía

causal fundamental, es decir la diferenciación entre fuerzas internas y externas. Dentro de las internas se encuentran los factores situados en el interior de la persona, como son el esfuerzo, la capacidad y la intención; en tanto que los factores externos se encuentran fuera del control de la persona, entre ellos puede mencionarse la dificultad de la tarea y la suerte.

Para Heider los factores internos y externos no son independientes, ya que pueden estar relacionados, por ejemplo la capacidad y la dificultad de la actividad que se vaya a realizar. Considera que la atribución es la búsqueda de las causas del comportamiento por parte de un individuo, es decir, la búsqueda de las estructuras permanentes no directamente observables (Doise, op. cit.) La influencia de los estudios de Heider ha sido enorme para las investigaciones en el campo de las atribuciones, lo cual podrá observarse en los apartados posteriores.

2.2. JONES Y DAVIS: SU TEORIA DE LA INFERENCIA

Jones & Davis (1965, citado en: Perlman & Cozby, op. cit.) propusieron su teoría de la inferencia correspondiente, la cual se refiere a la percepción de las causas del comportamiento del otro. Ellos mencionan que los individuos realizan inferencias sobre las acciones de otras personas de acuerdo a los rasgos de éstas. Para lograr la inferencia han de cumplirse dos factores:

a) atribución de intenciones: el observador debe creer que el actor conoce las consecuencias de su conducta, y que tiene la suficiente habilidad para llevarla a cabo.

b) atribución de disposiciones: Se deben tomar en cuenta dos aspectos que hacen que se realice o no la inferencia de correspondencia, estos son: el número de efectos no comunes de la acción y la deseabilidad social. El principio de los efectos no comunes propone que la disposición o intención que gobierna una acción es indicada por aquella de sus consecuencias que no comparte con las acciones alternativas, es decir, cuando una persona tiene que explicar por qué eligió una opción entre dos o más, la explicación que da se refiere a las diferencias existentes entre las opciones (efectos no comunes), por ejemplo si queremos saber por qué Miriam estudiante de secundaria, eligió entrar a la preparatoria nacional y no al CECYT o al Colegio de Bachilleres, las semejanzas entre estas escuelas no nos dicen nada (las tres son de tipo oficial, con bachillerato propedéutico y para entrar a ellas es necesario aprobar el examen de admisión), sin embargo si observamos las diferencias que hay entre estas escuelas se puede encontrar la causa por la que ella hizo esa elección al ser la que le ofrecía el pase directo a cursar la carrera profesional. El segundo factor es el de la "deseabilidad social", éste se refiere a lo que el observador cree que harían otros "actores" en la misma situación. Lo cual tiene relación con lo que los autores denominan "comportamiento indeseable" pues muestra a través de varios estudios que las conductas que se apartan de las exigencias de un papel (rol) en una situación, son más informativas para el observador, que aquellas que corresponden a las exigencias de un rol. Los efectos no comunes socialmente deseables o esperados por todos, son relativamente no informativos, no producen deducciones correspondientes, pero cuando los efectos no comunes son inusuales o indeseables, socialmente aprendemos algo nuevo y único acerca de las personas.

Así pues, son dos los conceptos que hacen que se lleve a una inferencia de correspondencia, 1) la relevancia hedónica, es decir las consecuencias positivas o negativas que las conducta del autor puede tener sobre el observador; y 2) el personalismo, esto quiere decir que es el grado en que el observador percibe la conducta del actor como determinada por su presencia y realizada intencionalmente para beneficiarlo o perjudicarlo (Trujano, 1992).

La propuesta de estos autores para evaluar la percepción de la conducta de otros, o lo que denominaría Doise, et. al (op. cit.) como heteroatribución, se mantiene vigente en la investigación actual, lo que ha llevado a diferenciar tendencias en las atribuciones de los seres humanos, una de ellas es la del error fundamental de la atribución:

De acuerdo a Jones & Davis (1965, citado en: Perlman y Cozby op. cit.) y Kelley (1983) las teorías de la atribución suponen que los sujetos realizan un proceso lógico, racional y científico para combinar la información, pero ellos mismos reconocen que la gente no sigue esas reglas racionales, es decir los sujetos no van descontando las causas externas poco a poco, por evidentes que sean, por ello Kelley denominó los defectos del que atribuye como tendencias, errores o ilusiones.

Por su parte Heider (1958, citado en: Doise. et. al. op. cit.) encontró que los observadores tienen una fuerte tendencia a atribuir la causalidad a la gente y no a la situación o ambiente, pues cree que cuando una persona está viendo un evento, la persona que actúa es quien provoca la acción por que es "libre de elegir".

Jones & Nisbett (1972, citado en: Jellison y Green op. cit.) introducen la idea de que el actor percibe su propio comportamiento como una respuesta a

la situación, mientras que el observador atribuye el mismo comportamiento a disposiciones características del actor, los autores explican esto suponiendo que el actor posee más detalles que el observador sobre el origen de su comportamiento, circunstancias, historia, motivaciones sobre experiencias anteriores.

Lee Ross (1972, citado en: Myers, 1991) denominó a este sesgo como "fundamental attribution error" (error fundamental de la atribución), en otras palabras, es la tendencia a subestimar la influencia de la situación y sobrestimar la influencia disposicional cuando se observa la conducta ajena. Rimm (1977) considera que las atribuciones que se dan a los problemas de otras personas, tienen un profundo efecto sobre la manera de sentir y de comportarse de quienes hacen el juicio.

A su vez Paez, Villarreal, Etxeberria & Valencia (1987) plantean tres explicaciones a la ocurrencia de tal tendencia:

- Los observadores tienden a centrarse en los actores porque son las medidas sobresalientes y además disponen de menos información sobre los determinantes situacionales, no obstante los observadores pueden hacer atribuciones de tipo situacional cuando se les coloca en la perspectiva física o cognitiva del actor o cuando los determinantes situacionales se hacen más evidentes.
- Las divergencias entre actor-observador se deben al acceso diferencial a la información. Desde este punto de vista la información más pobre y descontextualizada obligaría a los actores al sesgo de la internalidad de la atribución.
- Hay un acuerdo basado en la ideología individualizada dominante.

De la Torre & Sánchez (1989) encontraron que los desempleados y padres con hijos con "fracaso escolar", "actores" de su estudio mantenían una atribución situacional, con la matización de que a medida que aumentaba el tiempo en el caso de los desempleados, su atribución se iba centrando en una causa única y para los padres con hijos con problemas escolares centraban más las causas en sus hijos; y por el contrario para el caso de los "observadores", personas con empleo o padres con hijos con éxito escolar las atribuciones que daban a los otros eran inmodificables, culpando a la persona de la situación que sufren, tendencia denominada por los autores como atribucional ego defensiva de auto protección, al asignar una atribución causal interna y estable a los problemas de otros.

Otras investigaciones llevadas a cabo han encontrado que existen otro tipo de sesgos como el de positividad en la atribución de la causalidad y el de falso consenso. El primero se caracteriza porque se adjudica al locus interno los hechos positivos y al externo los negativos, este sesgo se puede definir como la tendencia a atribuir los éxitos a factores disposicionales y los fracasos a factores situacionales, este error atributivo se comete con mayor frecuencia cuando se trata de la conducta propia. El segundo sesgo consiste en suponer que los errores y los fracasos son comunes y generalizados entre gran parte de la población, es decir se piensa que las fallas son comunes. De manera paralela se asume que los éxitos son excepcionales, este sesgo se define como la tendencia a considerar los factores disposicionales como causantes de los éxitos, los cuales son catalogados como fuera de lo común, en tanto que los fracasos, aunque de origen disposicional son frecuentes en la población.

Volviendo al análisis del "error fundamental de la atribución", en la literatura experimental hay trabajos que cuestionan la existencia de este error, tal es el trabajo de Harvey, Town & Yarkin (1981) quienes proponen que en las investigaciones de los años setenta se ha dado importancia a los factores situacionales para explicar la conducta, de donde provendría la crítica de que para el observador sean más predominantes los factores disposicionales del actor, otra crítica se dirige a la forma como se han llevado a cabo los experimentos pues parecería que los resultados corresponden a los métodos empleados. A pesar de esto la evidencia que dan otros trabajos aportan mayores elementos, como son los trabajos de Higgins & Bryant (1982) quienes examinan cuándo las personas emplean sesgos causales o entidades de la atribución, como el consenso de la información, a la hora de evaluar la conducta de otros, esto en grupo de sujetos con tres diferentes edades, 4, 9 y 24 años. Les presentaron videos donde al final deberían contestar por qué los personajes actuaron de determinada forma, esto en situaciones de pareja e individual. Encontraron que en la situación grupal los sujetos utilizan en menor medida el consenso de la información, lo que lleva a suponer que este puede variar dependiendo de la similitud de juicios, el objetivo y el consenso del grupo. La concordancia en los juicios de los grupos de 4 y 9 años fue importante, pero no lo fue para los adultos. Los resultados también sugieren que la auto referencia puede influir en la atribución causal. Aunque el estudio no valora el error fundamental de la atribución, analiza algunas variables que influyen en su ocurrencia. Finalmente los autores proponen que el depender la atribución de la opinión del grupo se presenta una despersonalización de sus miembros.

Paez, et. al. (op. cit.) investigó los trabajos realizados sobre el error fundamental, encontró que se confirma este fenómeno en los estudios de laboratorio, sin embargo, las investigaciones de campo y las encuestas de opinión dan resultados más matizados pues en mayor porcentaje los sujetos presentan una visión "interaccionista" aunque predomina la atribución especializada.

Los planteamiento de estos autores nos permiten comprender algunas situaciones y generar nuevos experimentos que posteriormente se explicaran.

2.3 LA TEORIA DE COVARIANZA DE KELLEY.

Otra de las teorías es la de Covarianza y de la Configuración de Kelley (1983) esta se basa en las proposiciones de Heider quien afirmaba que para comprender el medio es necesario hacer un análisis causal parecido al que se utiliza en el análisis experimental. La lógica de este planteamiento es semejante a la técnica estadística de análisis de varianza, ANOVA, pues supone que cuando las personas tratan de explicarse algún evento analizan de manera correlacional las diferentes variables, a través de tres dimensiones independientes, el Consenso, que es la presentación de un mismo efecto en diferentes personas, cuando este ocurre en una sola persona se habla de un bajo consenso, existiendo un alto grado de covariación entre la consecuencia y la persona, de esta manera se puede adscribir el evento al individuo; se habla de consenso alto cuando el estímulo responsable de una reacción se presenta en diferentes personas. La Consistencia, habla de la ocurrencia de efectos en diferentes lugares del tiempo, es decir, si ocurre lo mismo en situaciones

semejantes, y la Diferenciación si ocurre con ese mismo estímulo o con otros. Kelley reconoce que su modelo se ha idealizado pues la noción de covarianza se aplica más bien en casos "puros" e implica el uso de reglas esencialmente lógicas. En función de las posibles combinaciones de estos tres tipos de información, la persona llevará a cabo sus atribuciones basadas en la persona, el estímulo, o las circunstancias. Sin embargo no siempre se tiene la información o la motivación necesaria para usarla y hacer una atribución, en tales caso se hace la atribución puesto que el individuo tiene creencias y preconcepciones que le ha dado la experiencia, a estos preconceptos se les llama esquemas causales (Trujano, 1992). En esta parte cabría agregar que además de los esquemas causales otros investigadores han planteado la existencia de creencias causales y de percepciones estereotipadas como explicaciones al tipo de atribución diferencial en las personas. Marin (1989) propone que las percepciones estereotipadas son patrones de respuesta dados por un tipo de cultura en particular que las personas pueden llegar a emplear. Por su parte Fernández & Almaraz (1994) proponen que los sujetos analizan y evalúan la información desde un marco causal de acuerdo a las creencias causales que tienen, es decir si esperan o no que se relacionen de manera causal algunas variables, considerando su experiencia.

2.4. WEINER Y SU TEORIA ATRIBUCIONAL DE LA MOTIVACION DEL LOGRO Y LA EMOCION

La Teoría atribucional de la motivación del logro y la emoción de Weiner: Los estudios generados por este autor tienen que ver con las explicaciones

que las personas se dan de los resultados que obtienen en la realización de una tarea.

Inicialmente Weiner retomó de Heider los conceptos de capacidad, esfuerzo, dificultad de la tarea y fortuna, como factores que las personas utilizan para explicar sus resultados en la realización de una tarea, además propuso tres dimensiones causales, considerando la percepción que el sujeto tiene de los éxitos y fracasos: el LOCUS, es decir donde ubique o centre la causa de la conducta X, ya sea en factores de la persona (internos) o factores del medio ambiente (externos), la ESTABILIDAD de los sucesos, es decir, si se perciben como constantes o como fluctuantes; y el CONTROL que la persona perciba tener de lo que ocurre. Con respecto al LOCUS, Weiner (1985) menciona que desde 1950 los psicólogos han aceptado la distinción entre lo interno y lo externo, pero la denominación compartida en psicología arribó con el trabajo de Rotter (1966, citado en: Lefcourt, 1982) iniciando el análisis de la estructura causal con la dimensión de locus interno-externo. La escala está compuesta por 23 reactivos para medir el foco de control y 6 reactivos de relleno para tornar ambiguo el objetivo de la prueba; así desde 1966 a la fecha, son numerosas las investigaciones y las variables con las cuales se ha correlacionado este constructo, como lo muestra el estudio llevado a cabo por La Rosa (1986), quien además cuestiona el nivel unidimensional propuesto por Rotter en su instrumento, es decir, el supuesto de que entre más interna sea una persona menos externa es y, viceversa, por el contrario La Rosa (op. cit.) propone que el constructo Locus de Control es multidimensional, por lo que elabora y valida una escala de Locus de Control que cubre estas características empleando además la escala de Lickers agregándole la

evaluación del auto concepto. En estudios posteriores Weiner (1983, 1985) incluyó la globalidad como otra posible estructura causal además de conceptualizar los factores involucrados en la percepción de las causas, como son el caso de las expectativas y las emociones; se considera que la percepción de la estabilidad de las causas de una persona influye para que cambie su expectativa de los resultados de un evento. Así propone una teoría atribucional de la motivación y la emoción (ver esquema 1), donde plantea que las emociones forman parte de los procesos de atribución como consecuencias psicológicas, mientras que las atribuciones pueden ser para el sujeto pensamientos motivantes de su conducta. Si un resultado es inesperado, negativo o importante el sujeto se preguntará las causas del evento de acuerdo a la información específica con la que cuente, el rol de las causa, el sesgo hedonista, etc. haciendo una adscripción causal hacia la habilidad, esfuerzo, suerte; esta elección la hace de acuerdo a las tres dimensiones causales anteriormente citadas, cada una provoca consecuencias psicológicas de tipo afectivo, experiencias emocionales comunes, como son: la ira, la gratitud, la culpa, la esperanza, la piedad o la vergüenza. Por ejemplo, la ubicación de las causas como interna influye en la auto estima y en la vanidad; al atribuir un éxito a causas internas aumenta la auto estima y a la inversa: Las causas probables del fracaso promueven la sensibilidad a la culpa, las causas incontrolables causan vergüenza. En la ira las causas del fracaso son percibidas como controladas por otros. Además la atribución interna se ve moderada por las conductas positivas o negativas, las positivas tienden a atribuirse al actor y las negativas al entorno (Weiner, op. cit.) y cuando las

conductas del actor difieren de las expectativas que se había formado el observador, este tiende a explicarlas por causas situacionales.

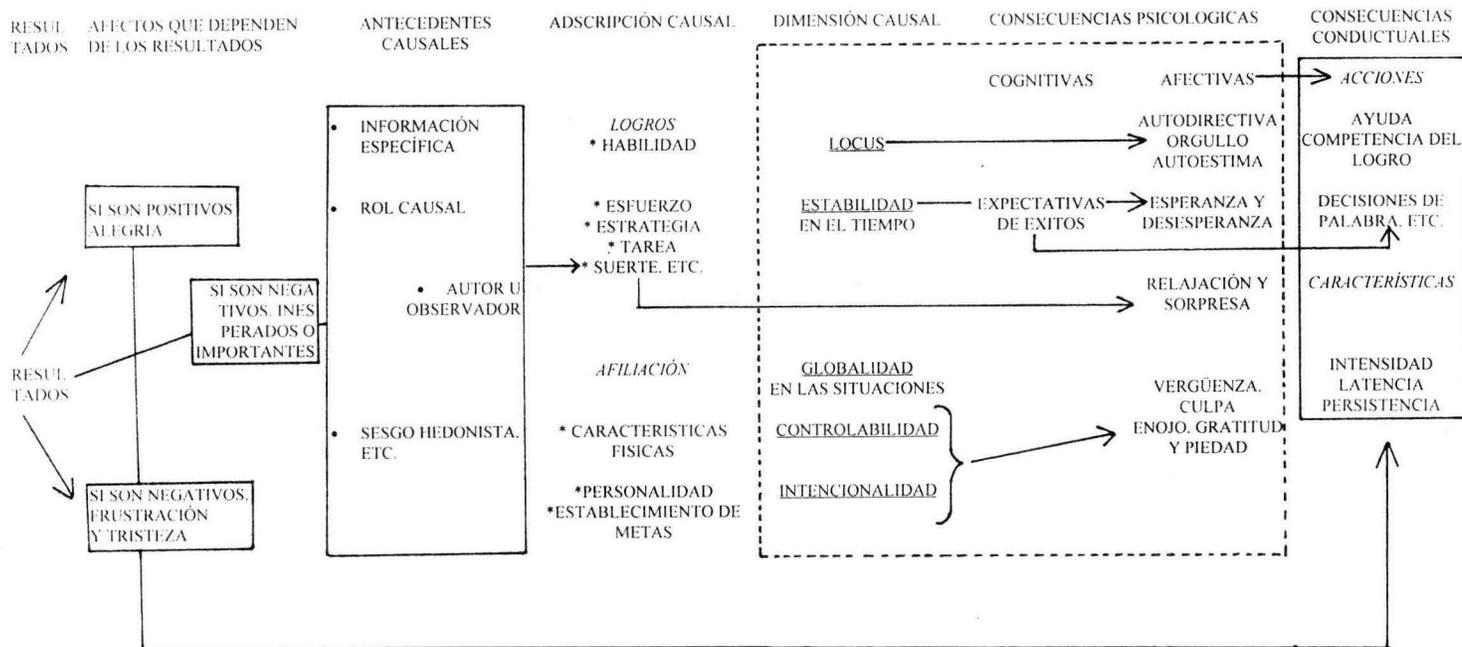
Hay consecuencias conductuales que pueden evaluarse bajo dos rubros; acciones específicas y características (topografía, intensidad, latencia de la conducta, etc.) Tanto las consecuencias psicológicas como conductuales se convierten en antecedentes causales en próximos juicios.

Finalmente, Weiner (1985) propone que la percepción de la estabilidad de las causas influye para cambiar las expectativas de los sucesos, si la persona sabe que siempre que ocurre **A** se presenta **B** tendrá esta expectativa. Las expectativas y los afectos son presumiblemente las guías de la motivación de la conducta.

A manera de corolario se puede decir que Heider plantea las bases de los modelos teóricos aquí expuestos, partiendo de la dicotomía básica entre las "fuerzas internas" o disposicionales y las "fuerzas externas" o situacionales como factores que las personas emplean para explicar su conducta y la de otros. Jones y Davis ven de forma implícita las diferencias de percepción entre lo interno y lo externo, pero se enfocan a la percepción de las causas del "observador" hacia la conducta del "actor", ellos plantean ciertos principios que la gente utiliza para explicar la conducta del otro y la presencia de sesgos como el error fundamental denominado así por Lee Ross (1972, citado en: Myers 1991). Por su parte Kelley más bien se enfoca hacia los mecanismos que propone emplea una persona para identificar las causas de un evento, es decir: el consenso, la consistencia y la diferenciación, él mismo reconoce que este es un modelo ideal, pues implica el uso de reglas esencialmente lógicas que no siempre ocurren, en cambio otros

ESQUEMA 1

TEORIA ATRIBUCIONAL DE LA MOTIVACION Y LA EMOCIÓN DE WEINER.



autores como Marín (op. cit.), Fernández & Almaraz (op. cit.) proponen las percepciones estereotipadas y las creencias causales como otras opciones. Una de las teorías más recientes es la propuesta por Weiner en donde toma en cuenta los conceptos de capacidad, esfuerzo, dificultad de la tarea y suerte, como causas internas y externas además de considerar tres dimensiones causales que las teorías anteriores no investigan, estas son: locus, estabilidad, control y más recientemente globalidad; además de involucrar las emociones y las expectativas en una teoría para explicar la motivación de la conducta.

2.5. ESTUDIOS REALIZADOS CON LOS MODELOS TEÓRICOS DE LA ATRIBUCIÓN

A nivel de investigación experimental, el modelo más empleado es el de Weiner por su enfoque hacia la ejecución de tareas; son varios los trabajos en el área del deporte como el de Lau y Russell (1980), quienes analizaron el tipo de atribución que jugadores, entrenadores y reporteros dan sobre los resultados que obtienen los mismos jugadores a lo largo de una temporada de competencias, basándose en las declaraciones que dieron a la prensa, cabe resaltar en este experimento la idea de salir de los estudios en poblaciones típicas, como son la de estudiantes universitarios, en situaciones creadas e hipotéticas. Sus resultados nos muestran que las atribuciones causales son más frecuentes cuando los resultados no corresponden a las expectativas y que en un mayor porcentaje la motivación está basada en las diferentes explicaciones que los sujetos dan hacia los éxitos y fracasos.

McAuley & Duncan (1990) emplearon el modelo más reciente de Weiner a la par de dos conceptos, el de la valoración intuitiva y la valoración reflexiva; para ellos la valoración intuitiva es la calificación inmediata y subjetiva que dan los sujetos a su propia ejecución; la valoración reflexiva concentra el procesamiento cognitivo, incluye la atribución causal en sus procesos, además representa la contraparte de la valoración intuitiva. El objetivo del estudio fue determinar la relación entre la percepción de la realización (valoración intuitiva), la dimensión causal (valoración reflexiva) y la reacción afectiva de gimnastas en la realización de su rutina. Trabajaron con dos grupos de gimnastas clasificadas de acuerdo a su nivel después de completar su rutina, cada una respondía a tres cuestionarios. Los resultados muestran que la valoración intuitiva puede ser mejor predictor de los efectos que la atribución causal en ciertas circunstancias, también que las atribuciones causales son suficientes pero no necesariamente precursoras de los efectos.

En otro ámbito, como es el escolar también hay trabajos :

Castejon, Navas & Sampascual, (1993) y Navas, Sampascual & Castejon (1992) evaluaron la relación entre diversas variables en correlación con el rendimiento escolar; las variables motivacionales, de atribución causal, de tendencias atributivas y expectativas, tanto de los alumnos como de maestros. Encontraron que no existen relaciones significativas entre atribuciones a la capacidad, esfuerzo, suerte de los alumnos con las expectativas de profesores y alumnos con el rendimiento final. Proponen que las expectativas de profesores y alumnos son los mejores predictores del rendimiento final, por encima de las atribuciones del alumno y del rendimiento anterior.

Dentro de la línea de investigación de la incidencia que pueden tener los aspectos motivacionales sobre el rendimiento académico, Pereda (1990) llevó a cabo un estudio donde observó la influencia de las variables motivo del logro, esperanza de éxito, perseverancia, auto estima, locus de control y orientación temporal futura (variables independientes) sobre el rendimiento académico (variable dependiente) para ello se trabajó con niños de ambos sexos, dividiéndose en tres grupos (altos, medios y bajos). Para estudiar las variables de éxito, esperanza, perseverancia y auto estima se utilizó el cuestionario LEPAM. Para evaluar la orientación temporal futura se empleó la escala Gjesme; por lo que se refiere al locus de control se aplicó el cuestionario I-E de Rotter, por último el rendimiento académico se evaluó con las calificaciones obtenidas por los sujetos durante el curso anterior. En los resultados se obtuvieron puntuaciones para cada una de las variables independientes además de realizar un análisis de varianza, se mostró que las variables independientes parecen tener influencia significativa sobre el rendimiento académico.

Una de las situaciones "cotidianas" donde se ha empleado el modelo de Weiner es el de el desempleo. Schaufeli (1988) investigó la percepción de las causas en personas empleadas (situación de éxito) y desempleadas (fracaso) en un estudio longitudinal con 378 altos profesionales graduados, estos contestaron la Escala de Dimensión Causal seis meses antes de hacer su examen profesional, sobre una situación imaginaria de desempleo y más tarde después de hacer su examen final, contestaron otra versión de la misma escala, pero en una situación de desempleo real. Aunque los resultados indican una inadecuada estructura interna de la escala, la estructura de la

subescala es invariable en condiciones de éxito-fracaso y situaciones reales e imaginarias. Contrario a lo que esperaban los sujetos no cambiaron la percepción de sus causas cuando ya están desempleados y conforme a la literatura se encontró con un sesgo de individualidad que les permitía mantenerse motivados.

Sin embargo la mayor cantidad de trabajos se elaboran en situaciones controladas, creadas para poder comprobar, rechazar o proponer algún nuevo concepto, donde la población típica es la de estudiantes universitarios.

Tal es el caso de la investigación realizada por Pérez & Bermúdez (1986) quienes analizaron la relación entre la dimensión de locus de control como variable personal y por otra parte como variable situacional, teniendo las dimensiones de causalidad, controlabilidad y estabilidad como variables dependientes. Trabajaron con 211 mujeres estudiantes de psicología a quienes aplicaron la subescala de causalidad multidimensional-multiatribucional en un contexto de logro, además aplicaron un inventario de ansiedad, la prueba factor verbal y la escala de dimensión causal de Russell (1982). Se dividieron a los sujetos en tres grupos (Internos, externos y externos defensivos), posteriormente se evaluó su estado de ansiedad y las expectativas de solución de problemas además realizaron una tarea que observaba la capacidad el esfuerzo y la suerte, después expresaban las causas de su rendimiento en la tarea, después se aplicó nuevamente la prueba del estado de ansiedad y por último la prueba de factor verbal. Los resultados muestran que los sujetos internos y externos difieren claramente en las atribuciones causales que hacen de sus rendimiento, pues los internos hacen adscripciones internas, estables y controlables, en tanto que los externos son



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

menos internos estables y controlables. Los sujetos externos y externos defensivos ubican las causas de sus resultados en factores internos pero estos grupos difieren en la estabilidad y controlabilidad de los factores causales.

Por su parte Howe (1987) realizó una investigación con hombres y mujeres estudiantes, a quienes se les presentaban tres video tapes con escenas de la relación esposo-esposa, de discusiones entre ambos y una sesión con un consejero. Posteriormente se les aplicaron tres cuestionarios para que ellos dijeran cual era su percepción acerca del por qué de los conflictos, la atribución que daban al problema y las expectativas de solución en la terapia. Los resultados mostraron que tanto hombres como mujeres atribuyeron las causas de los conflictos en un mismo porcentaje a las parejas observadas. Los participantes consideraron las causas como articuladas al describir la interacción social de las parejas. Cuando los investigadores explicitaron las instrucciones, los participantes respondieron disminuyendo el nivel de articulación de las causas y la percepción de responsabilidad de los consultores, lo cual influyó en sus expectativas de cambio sobre la conducta de las parejas del video tape. IZT.

También se ha empleado el modelo de Weiner para crear escalas o cuestionarios y así detectar el estilo atributivo, el cual se refiere a la atribución que dan con más frecuencia, caracterizándose así los sujetos como externos o internos, es decir, si su estilo de atribución es permanente puede considerarse como un rasgo de personalidad (Mercado, García, Fernández & Gómez, 1993).

Forsyth & McMillan (1981) elaboraron un escala con las tres dimensiones del modelo de Weiner el locus, la estabilidad y la controlabilidad, utilizando como variables las atribuciones, el afecto y las expectativas; su



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

elaboración se basó en los resultados de una muestra de estudiantes universitarios en los Estados Unidos a quienes les aplicaron la escala cuyos ítems contenían situaciones cotidianas para los estudiantes; encontraron que los estudiantes perciben las causas de su ejecución como controlables, además sus éxitos los atribuyen a factores internos y los fracasos a externos. Otra escala es la elaborada por Russell (1982) The Causal Dimension Scale (escala de dimensión causal), quien la utilizó para investigar el tipo de atribución que tienen estudiantes de ambos sexos y así generalizar los ítems de su escala; los resultados indican diferencias en la percepción de las causas de éxitos y fracasos. Por su parte Mercado, García, Fernández & Gómez (op. cit.) tradujeron y aplicaron el Attributional Style Questionnaire en una muestra de estudiantes mexicanos para probar su validez y utilidad en México. El instrumento pretende medir: locus de control, temporalidad y generalidad, dimensiones de la indefensión aprendida en seres humanos. Sus resultados mostraron que existen más semejanzas entre las dos culturas en generalidad, menos en locus y casi ninguna en temporalidad. Concluyen con el cuestionamiento a este instrumento y dudan de su validez en nuestro país. Giraldi & Diaz-Loving (1990) después de hacer un análisis de los instrumentos empleados para evaluar la atribución de control desarrollaron y validaron un inventario multidimensional de atribución de control de las actividades diarias de adolescentes mexicanos realizando primero un estudio piloto que cuestionaba siete instancias: familiares, amigos o novio, escuela y maestros, suerte o dios, nadie, no se, otros. Con base a las respuestas se formaron sólo tres categorías generales para el estudio final, Familia, amigos o novio y suerte o Dios. Así se aplicaron a estudiantes de preparatoria, un instrumento de

controlabilidad y otro de atribución. En los resultados se encontraron seis dimensiones o áreas de control las cuales son de actividades relacionadas a padres, escuela, sexo, emociones, interacciones sociales y apariencia personal, observando que atribuyen más a la familia con respecto a su apariencia personal las emociones y las relaciones sociales y a los amigos o novio le atribuyen las relaciones familiares y sociales. En cuanto a la suerte o Dios atribuyes a la dimensión de padres.

Con respecto a investigaciones con la escala externo-interno de Rotter, Ashkanasy (1985) realizó un estudio con estudiantes universitarios de psicología a quienes les aplicó la escala original I-E de Rotter, así como una versión modificada de esta con la escala Likert y la escala de deseabilidad social de Marlowe-Crowne, para observar cual de las dos versiones de la escala I-E de Rotter tiene correlación con la escala de deseabilidad social. Los resultados indican que la escala I-E de Rotter es más útil en versión likert para establecer una correlación entre las variables ya citadas.

Otra investigación que donde se empleó el modelo de Weiner fue la realizada por Delgado (1991) quien llevó a cabo un estudio diferencial sobre las interpretaciones causales y sus consecuencias cognitivo afectivas en un contexto de robo, para lo que se aplicaron a estudiantes, cuestionarios con preguntas relativas a las atribuciones causales sobre el robo y sus experiencias delictivas específicas, los resultados muestran que hay un orden de las causas diferenciadas en función de las dimensiones de Locus estabilidad y Control. Se observó que las causas de robo en general se juzgan internas y controlables en tanto que cuando es por necesidad familiar las causas son externas y controlables por otros, en cuanto a la estabilidad,

cuando es por causas de algún vicio o deseo, son estables y si son por necesidad familiar son inestables. Así se observa que la estabilidad de las causas determina la predicción de reincidencia y el sentimiento de culpa es determinado por la controlabilidad de las causa.

Estos planteamientos han sido considerados como marco teórico de investigaciones tanto dentro del laboratorio, como en escenarios del mundo real. Los estudios realizados van desde preguntarse a que atribuyen, los estudiantes, las parejas divorciadas, deportistas, personas en general, sus éxitos y fracasos, de igual manera como es el desarrollo del juicio causal en infantes, hasta trabajos de laboratorio donde se diseña una situación específica para evaluar variables como la contigüidad temporal o espacial de los eventos (Nieto, Larios & Yoseff, 1993).

La mayoría de los resultados de laboratorio confirman este fenómeno; sin embargo los estudios de campo y las encuestas de opinión dan resultados más matizados, pues en mayor porcentaje los sujetos presentan una visión "interaccionista", aunque predomina la atribución individualizada.

A lo largo de este capítulo se han revisado las diferentes teorías de la atribución causal donde se ha visto que cada una de ellas ha propuesto y desarrollado dimensiones en particular (locus, controlabilidad, estabilidad, etc.) para realizar nuevas investigaciones en condiciones creadas y controladas llevadas a cabo dentro del laboratorio, estudiando diferentes aspectos de sus propuestas teóricas, pero además comprobándolas en situaciones cotidianas como en ambientes escolar, de trabajo, de deporte, familiar; sin embargo para los objetivos de la presente investigación es importante revisar el desarrollo

que han tenido las teorías de la atribución dentro del área de la psicología clínica, puesto que si es posible encontrar relaciones entre causas y efectos se puede entender la conducta humana, predecirla, medirla, modificarla y de ser posible controlarla.

CAPITULO 3. ATRIBUCION CAUSAL EN EL AMBITO CLINICO

En el presente capítulo se retoman las investigaciones que analizan la teoría de la atribución causal en el terreno de la psicología clínica, tanto teórica como a nivel terapéutico, además de los modelos teóricos en psicología clínica que se asemejan a la propuesta de la terapia atribucional.

3.1 ATRIBUCION CAUSAL COMO VARIABLE PSICOLOGICA EN EL AMBITO CLINICO.

Las atribuciones causales son un aspecto que el terapeuta (psicólogo) emplea para comprender la visión que tiene el cliente acerca de sus propios problemas, en este sentido se ha encontrado que determinadas atribuciones se encuentran presentes en trastornos conductuales como los estados neuróticos de ira, ansiedad, o culpabilidad (Försterling, 1988).

De los trabajos realizados con clientes en terapia psicológica, podemos mencionar el de Townsley, Beach, Fincham & O'Leary (1991), ellos investigaron los tipos de cognición que influyen en las discordias maritales, particularmente en mujeres que asistían a la Marital Therapy Clinic at the State University of New York at Stony Brook.

Otros autores han investigado la variable atribucional desde distintos puntos de vista: entre ellos se encuentran Murdock & Fremont (1989) quienes investigaron la influencia de la atribución del terapeuta para designar el tipo de terapia adecuada al problema del paciente. Ellos trabajaron con 15 consejeros,

9 mujeres y 6 hombres, a quienes les pidieron evaluar los problemas de los clientes que atendían de acuerdo a las cuatro dimensiones de la atribución (estabilidad, controlabilidad, locus, y globalidad) por medio de un cuestionario, así como el tratamiento que habían asignado. Los resultados muestran que los terapeutas designan un tratamiento más largo cuando hay una relación entre la atribución de estabilidad, la gravedad y urgencia del problema. Sin embargo los autores reconocen que falta investigar si el tratamiento asignado fue el adecuado.

Por otro lado Fisher (1989) investigó en pacientes y terapeutas del Instituto de Psiquiatría Northwestern Medical Center, si existían diferencias de género en las explicaciones causales que daban a los problemas que se presentaron durante la terapia. Trabajaron con 111 pacientes, y con 39 terapeutas, buscando que existiera el mismo número de hombres y mujeres, los terapeutas tenían diferente preparación y experiencia terapéutica. Aplicaron un cuestionario al inicio de la terapia y en la sexta sesión, donde preguntaban a pacientes y terapeutas a qué atribuían los problemas que se presentaban en la terapia. Los resultados mostraron que al inicio de la terapia no hay diferencias significativas en las atribuciones que dan de acuerdo al género, sin embargo para la sexta sesión las terapeutas mujeres se atribuían la responsabilidad de los problemas suscitados durante la terapia cuando sus pacientes eran hombres, en tanto que los terapeutas hombres atribuyeron a los pacientes sin importar el sexo la responsabilidad de los problemas. En el caso de las pacientes se juzgan así mismas responsables de lo que ocurre en la terapia. Confirmándose así que existen diferencias de género en las atribuciones que dan, pero que esto varía de acuerdo a las experiencias.

Försterling (1986) propuso la integración de los modelos teóricos concernientes a la atribución causal con los conceptos más relevantes de la psicología clínica, argumentando que esto permitirá el diseño y la sistematización de técnicas terapéuticas. Se considera y espera que normalmente, los individuos procesan la información racionalmente, utilizando el método científico o aproximaciones de él para explicar las causas de los eventos que le ocurren a lo largo de su vida; así las atribuciones que presentan tienen dos funciones principales: por una parte se asume que la comprensión causal sirve para que racionalmente la persona alcance su objetivo y sobreviva, por otro lado, en tanto que el individuo pueda seleccionar las causas de los eventos usando la información para plantear hipótesis causales, le permitirán comprender las situaciones presentes y predecir el curso de los eventos para adaptar una conducta y establecer estrategias y reacciones de acuerdo al ambiente. Sin embargo hay personas que no reaccionan de tal manera, así es que diversos autores han investigado, de acuerdo al modelo atribucional, qué es lo que ocurre. El primer modelo es el de Peterson & Seligman (1984) quienes llevaron a cabo una revisión de los estudios relacionados con la depresión, estos autores observaron que determinadas explicaciones causales son factores de riesgo para que ésta se presente, ya que generalmente cuando las personas caen en un estado de depresión se debe a que han experimentado eventos incontrolables, generando en ellos deficientes procesos cognitivos, motivacionales y emocionales, además se ha encontrado que estas personas tienen un estilo explicatorio vs. explicativo característico, es decir, por lo general, ven las causas como globales, estables e internas, lo que significa incontrolables. Abramson, Seligman & Teasdale

(1978) explicaron el por qué las personas se ven como responsables, a pesar de percibir los eventos como incontrolables, menciona 3 dimensiones: 1) las causas pueden darse en la persona (interna) o en las circunstancias (externas) 2) las causas afectan la persistencia de la conducta problema a lo largo del tiempo (estabilidad) y 3) las causas pueden afectar una gran variedad de elementos (globalidad), o de un evento. Si embargo los autores aclaran que dichas explicaciones sólo son precursoras pero no son suficientes para producir el déficit depresivo.

Golín, Sweeney & Schaeffer (1981) trabajaron con estudiantes universitarios para ver la correlación existente entre el estilo atributivo ante eventos negativos y la activación de estados de depresión. Evaluaron los estados de depresión a través del "Beck Depression Inventory" y el estilo atribucional con la Attributional Style Scale. Ellos encontraron que las atribuciones de estabilidad (persistencia de la conducta a lo largo del tiempo) y de globalidad (las causas afectan a una variedad de resultados) se correlacionan principalmente con la depresión, no así una atribución interna de los eventos negativos. También encontraron que la atribución inestable de buenos resultados puede ser una causa de la depresión.

Otra investigación realizada con estudiantes fue la de Alloy & Ahrens (1987), quienes llevaron a cabo un estudio para conocer el estilo atributivo y las expectativas del futuro de individuos deprimidos y no deprimidos, encontraron que las predicciones sobre el futuro de individuos deprimidos eran más pesimistas que las de individuos no deprimidos, además que estos últimos tenían un estilo atribucional interno.

Por su parte O'leary & Riso (1990) estudiaron las atribuciones en los conflictos maritales vinculados a la depresión con clientes mujeres en terapia. Estos autores investigaron a qué le atribuían su depresión y que tipo de terapia sería más adecuada para ellas. Se encontró una tendencia a creer que los problemas maritales preceden a la depresión y que en este caso es más adecuada una terapia marital, puesto que la terapia cognitiva ayuda a disminuir su depresión, pero no a mejorar la relación de pareja, que en esta muestra fue la principal causa de la depresión.

El siguiente modelo es el del Análisis Atribucional de la motivación del logro de Weiner (1985, 1988), del cual se desarrollaron programas de investigación relacionados con las consecuencias conductuales, al igual que el modelo del desamparo aprendido de Abramson et. al. (op. cit). Ambos modelos han originado suposiciones sobre la influencia positiva de la conducta del logro y que la depresión puede ser alterada terapéuticamente por la modificación de cogniciones causales. El modelo de Weiner sugiere que en tanto la atribución del fracaso sea interna y estable (por ejemplo, la poca habilidad), repercutirá negativamente en la conducta del logro, especialmente en la persistencia de la ejecución, pues es en el contexto del logro donde las personas buscan las causas de éxitos y fracasos, dándose atribuciones de los resultados, lo que a su vez determina la conducta, por ejemplo, si se adscriben los fracasos a causas estables (falta de habilidad y/o dificultad de la tarea) se decrementan las expectativas de éxito, si la atribución causal de los fracasos es interna e inestable (falta de esfuerzo), hay mayores posibilidades para que el sujeto persista en la ejecución de tareas. Es así que la motivación del logro parece estar asociada con diferentes modelos atribucionales en las expectativas,

conductas y emociones; los autores en este último punto han mostrado evidencias para afirmar que diversas explicaciones causales guían diversas emociones, descubriendo que el fracaso atribuido a la falta de habilidad puede originar un sentimiento de resignación y depresión, mientras que la adscripción del fracaso a otra persona puede ser causante de ira.

Por su parte Abramson et. al (op. cit.), han introducido el análisis atribucional en el modelo del desamparo aprendido y la depresión. Recuérdese que se denominó como desamparo aprendido cuando una variedad de organismos, después de experimentar eventos incontrolables, muestran deficientes procesos cognitivos, motivacionales, emocionales y conductuales, considerando así este fenómeno análogo con la depresión de personas que presentan esta patología. Ambos autores observaron que cuando el fracaso es atribuible a causas internas hay una disminución de la auto estima en la persona y cuando la percepción causal es externa puede resultar que el déficit del desamparo aprendido no se acompaña del decremento de la auto valoración. También encontraron que hay una similitud entre la explicación causal y las expectativas de las consecuencias; además propusieron que conociendo el estilo explicativo individual se puede predecir el déficit del desamparo aprendido.

Los estudios llevados a cabo desde este modelo pueden clasificarse en cinco: a) los estudios correlacionales, b) los estudios longitudinales, c) experimentos en ambientes naturales, d) los experimentos de laboratorio y e) estudio de casos. Estos estudios tienen una hipótesis en común, que los síntomas depresivos se correlacionan con explicaciones causales internas, estables, globales e incontrolables acerca de los eventos negativos. Utilizan

una población variada: estudiantes, mujeres de clase baja, niños, pacientes psiquiátricos, entre otros. Dentro de los instrumentos para evaluar el estilo atributivo se encuentra el ASQ (Attributional Style Question) y la depresión con cuestionarios específicos y en algunas muestras diagnósticos psiquiátricos. Encontraron que exceptuando el estudio correlacional con niños la hipótesis se confirma. En el resto los resultados son matizados, pero se mantiene la tendencia. Aunque los autores se cuestionan los resultados en la situación experimental, debido a que suponen que la manipulación de la realidad puede afectar la explicación causal.

El modelo de Rotter (1966, citado en: Lefcourt, op. cit.) también se ha aplicado a la psicología clínica: Este autor postula que los individuos tienen diferencias con respecto a las creencias que se conforman, esto de acuerdo a los efectos que controlan los eventos de su vida, tales creencias las designó como Locus de Control: Las creencias han servido para que las personas formen expectativas de su vida, atribuyendo el origen de los eventos a cuestiones que tienen que ver con su comportamiento (locus de control interno) o con el comportamiento de otros (locus de control externo). Foon (1987) menciona que las personas que asisten a terapia psicológica pueden atribuir el origen de sus problemas a cuestiones que tienen que ver con su comportamiento (Locus interno), con el comportamiento de otros y/o cuestiones ambientales (externo) o ambos (locus combinado), esta autora al realizar una revisión de las investigaciones llevadas a cabo detectó que la atribución es un factor importante en el curso del proceso psicoterapéutico y que en el campo de la investigación de la psicología clínica, se han encontrado evidencias de que el locus de control interno facilita la orientación de la terapia.

Rentería (1993), investigó el tipo de atribución causal que dan las personas durante su proceso psicológico, proponiendo además investigar la correlación del tipo de atribuciones causales con el compromiso terapéutico, observando a este con la asistencia y puntualidad a las sesiones, así como el seguimiento de tareas e instrucciones, durante y fuera de su terapia. Esta autora encontró que la mayoría de los sujetos consideran que gran parte de sus problemas radican en factores ajenos o externos a ellos, haciendo culpable "a la mala voluntad de los demás", mala suerte o al mal comportamiento de los demás; con menor frecuencia encontró que los sujetos adjudican a factores internos o propios.

3.2 PROPUESTA TERAPEUTICA DEL ANALISIS ATRIBUCIONAL

En la práctica la Teoría de la Atribución ha desembocado en la Terapia Atribucional, como la nombra Weiner (1988), cuyos objetivos son: sustituir la adscripción causal disfuncional, esperando que esta alteración produzca cambios en la conducta, siendo más funcional para la persona.

En cuanto al origen de una conducta como funcional o disfuncional, Fösterling (1986) plantea que el individuo que está motivado llega a hacer juicios causales reales, que reflejan el uso de la información antecedente y su covariación; dependiendo de la situación de contexto difieren las atribuciones y las reacciones adaptativas, así la conducta puede estar guiada por atribuciones irreales que demanden la situación. Varias de las disfunciones conductuales y emocionales son disparadas y mantenidas por una percepción

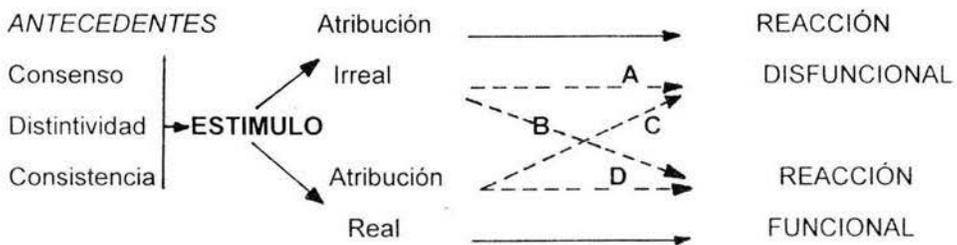
causal irreal. Una atribución se considera real si es consistente con la atribución covariada, e irreal si no refleja las condiciones antecedentes.

Weiner (op. cit.) menciona que las terapias atribucionales son más usadas en el contexto del logro, y en ellas se asume que una atribución disfuncional tiene un gran impacto en situaciones de éxito y fracaso debido a que la "falta de habilidad" o el fracaso del logro coinciden con una casualidad interna estable e incontrolable, a la cual le sigue una baja expectativa de éxitos futuros.

Se considera que la percepción de baja habilidad es mal adaptativa porque genera sentimientos de desconcierto, humillación y vergüenza. En sus investigaciones los terapeutas solicitan sustituir la falta de habilidad por falta de esfuerzo, ya que esta es considerada como interna, inestable y controlable, así aunque puede variar a lo largo del tiempo y se reduce la auto estima, se mantienen las expectativas de éxito en el futuro. Adicionalmente la falta de esfuerzo esta asociada con el sentimiento de culpa que con frecuencia es un motivador positivo. En su propuesta Weiner indica que el aislar las causas produce sentimientos de esperanza de éxitos y elimina sentimientos de humillación y vergüenza. La adscripción a la suerte teóricamente mantiene una expectativa de éxito y la auto estima, en tanto que la dificultad de la tarea únicamente mantiene una positiva auto estima y una baja estimación de las expectativas. Desafortunadamente, manifiesta Weiner (op. cit.), la comparación de los efectos de varias atribuciones no está ampliamente investigada, lo cual sería importante realizar para explicar la aproximación atribucional.

Tanto Weiner (op. cit.), como Försterling (op. cit.) se preguntan ¿cuándo se debe aplicar hace un cambio en la adscripción causal?

Försterling (op. cit.) propone que se puede enseñar a los clientes a hacer atribuciones reales si sus conductas les generan conductas disfuncionales, en algunos casos la atribución irreal de fracasos (a factores externos por ejemplo) puede ayudar a mantener la auto estima ante eventos negativos, en cuyo caso no se recomienda la intervención terapéutica. Para comprender con mayor facilidad esto se presenta el siguiente esquema:



Las líneas A y C indican las condiciones bajo las cuales la terapia atributiva puede ser conducida y las líneas B y D muestran donde no está indicada la terapia.

Weiner (op. cit.) por su parte propone modificar la percepción de los resultados con la cual llegan los clientes a terapia, a través de la modificación de los antecedentes causales, la elección de la causa y/o de la conducta.

Esta propuesta terapéutica es muy semejante a la elaborada por Ellis (1984), quien sugiere que la terapia puede cambiar la evaluación cognitiva del individuo deprimido porque este tipo de personas se percibe en ese momento con baja habilidad. En la misma situación podemos catalogar el modelo de Beck quien hace un análisis de los determinantes cognitivos que reactivan la depresión: inflexibles esquemas cognitivos, percepción de si mismo como inferior y un defectuoso procesamiento de la información.

Ahora bien, vemos que en las investigaciones realizadas en el área clínica aún hay aspectos importantes que investigar; uno de ellos es el tipo de atribución y expectativas con las que llegan los clientes al iniciar el proceso terapéutico, pues representa una visión del problema que les aqueja, además de ser un elemento importante para que el terapeuta identifique el problema y diseñe las estrategias de intervención

Otra variable a analizar, es la percepción que tienen los clientes que asisten a terapia, acerca de los problemas de otras personas, pues creemos que de alguna manera la atribución que dan a sus propios conflictos, influye en las atribuciones que dan a los problemas de otros y en las estrategias de solución que dan a estos.

Así pues, considerando la importancia que tiene el realizar investigaciones en situaciones reales, lo más sistemáticamente posible, basándonos en los estudios realizados acerca del tipo e atribución causal, el "error fundamental de la atribución" y compromiso terapéutico, se plantean los siguientes objetivos para la presente investigación:

- 1.- Comparar el tipo de atribución causal que tienen de sus problemas y de los problemas de otras personas, los clientes que solicitan el servicio de psicología clínica (estudio 1)
- 2.- Analizar la relación que existe entre la ubicación de las causas de los problemas propios y el compromiso en la terapia, de los clientes en terapia psicológica (estudio 2).

CAPITULO 4. INVESTIGACIONES

ESTUDIO 1

Considerando que las investigaciones llevadas a cabo sobre la atribución causal dentro del área de psicología clínica son importantes, puesto que permiten conocer las principales variables involucradas en la problemática de los clientes, el propósito de la presente investigación es identificar el tipo de atribución casual (interna, externa o combinado) que presentan las personas que solicitan terapia psicológica respecto al motivo por el que asisten y así hacer una comparación con el tipo de atribución causal que dan a los problemas de otras personas.

METODO

SUJETOS: Se trabajó con 47 personas que solicitaron el servicio de atención psicológica en la Clínica Universitaria de Salud Integral (CUSI), Campus Iztacala, quienes estuvieron bajo terapia psicológica durante cuatro meses

La muestra con la que se trabajó cuenta con las siguientes características: Una edad fluctuante entre los 15 y los 63 años de edad con una media de 31.70. De los sujetos el 72,35% son de sexo femenino y el 27.65% son de sexo masculino, con respecto al estado civil, 42.6% son solteros, 40.4% casados, 12.8% divorciados o separados y el 4.2% viudos. La mayoría de los sujetos tuvieron un grado de estudios de nivel preparatoria o carrera comercial (46.8%), le sigue el de nivel secundaria con un 21.3%, el 17.0% estudiaban la licenciatura, el 10.6% tenían el nivel primaria, el 2.1%

eran analfabetos y el 2.1% tenían la licenciatura. De acuerdo a la ocupación de los sujetos el mayor porcentaje lo ocupan los que se dedican al hogar 38.3%, después están los empleados con 31.9%, los estudiantes ocupan un 21.3% los que se encuentran desempleados un 6.4% y finalmente los comerciantes un 2.1%. Cabe señalar que los problemas por los cuales la gente asistió a terapia fueron los siguientes: el 34 % debido a problemas familiares, el 21.3 % por depresión, con un 14.9% por problemas de pareja, el 12.8% problemas de asertividad, el 10.7% por estrés y el 6.4% por problemas escolares .

ESCENARIO: La investigación se llevó a cabo en la Clínica Universitaria de Salud Integral, en el área de psicología Clínica.

SITUACION EXPERIMENTAL: Se realizaron entrevistas en cubículos de la Clínica Universitaria, cuyas medidas son 2.5 por 2.5 metros, los cuales están acondicionados para llevar a cabo la terapia; cuentan con un escritorio, un archivero, dos sillas y un sillón reclinable que se utiliza para la técnica de relajación. Dentro de él se entrevistaron a las personas que solicitaron servicio de atención psicológica y posteriormente se les citó para una segunda entrevista.

MATERIAL: Grabadoras y cassettes de audio virgen y otros grabados con diferentes casos clínicos ficticios, elaborados por los investigadores, donde cada caso pertenece a un tipo de atribución causal: externo, interno y combinado (ver anexo 1).

INSTRUMENTOS DE EVALUACION: Se utilizó el formato de recepción de pacientes, que generalmente se aplica en este servicio, con él se recabaron datos demográficos (ver anexo 2); el Cuestionario para Detectar Atribuciones Causales de Conflictos propios, que permitió identificar el tipo de atribución que dan los clientes (ver anexo 3); el Cuestionario para Detectar Atribuciones Causales de los problemas de otros, el cual contiene preguntas acerca de los casos clínicos ficticios presentados (ver anexo 4), formato para analizar la atribución que dan los sujetos a los casos ficticios (anexo 5), la Escala de Locus de Control Interno-Externo de Rotter, que esta integrado por situaciones hipotéticas donde el sujeto tiene que elegir una de dos opciones (ver anexo 6).

PROCEDIMIENTO: Se llevó a cabo en dos sesiones:

En la primera sesión se entrevistó a los clientes que llegaron a solicitar atención psicológica; durante esta entrevista el investigador aplicó el formato de recepción de pacientes y el "Cuestionario para Detectar Atribuciones Causales de Conflictos Propios" donde se obtuvo además la información sobre el origen, posibles soluciones del problema y el papel que dan al psicólogo, a partir de ello, se clasificó a los clientes en tres grupos: interno, externo y combinado.

En la segunda sesión se pidió al cliente que escuchará con atención un audio cassette, que contenía tres casos de personas en conflictos, dando diferentes tipos de atribución a su problema (locus interno, externo y combinado), cada caso tenía una duración de 7 minutos; al término de cada uno el cliente definió el problema principal, el origen o causa del problema y cómo cree que se solucionaría éste, con los datos que dio se estableció el tipo

de atribución que dan al problema ajeno, y se comparó con la atribución de antemano se había asignado por parte de los investigadores.

REGISTRO Y ANALISIS DE DATOS: A partir de los resultados obtenidos mediante el cuestionario de conflictos propios (anexo 3), se clasificó a los sujetos en tres grupos: externo, interno y combinado, una vez hecho esto se hizo el análisis de los resultados de manera cuantitativa, considerando la frecuencia de ocurrencia de cada variable en porcentajes, para posteriormente observar si hay algún tipo de relación y correspondencia entre estas. Además se obtuvo la frecuencia de los problemas por los que se presentaban a terapia. El análisis que se realizó para obtener los datos de los problemas de otros fue considerar el tipo de atribución que originalmente los investigadores dieron a cada caso ficticio, se comparó con la atribución que los clientes daban a cada caso, es decir, se contrastó el caso uno de atribución externa con la atribución que el cliente daba al escucharlo, lo mismo se hizo con los dos casos. También se realizó un análisis de frecuencia formando cuatro clasificaciones, se consideró como externo a los sujetos cuando de 2 a 3 de los casos presentados daban atribución externa, de igual forma se hizo esta consideración para la clasificación de internos y combinados, pero cuando los sujetos daban una atribución diferente a cada caso se le dio el nombre de mixto.

Con respecto al Rotter se contabilizaron las opciones que el sujeto eligió como internas o externas, asignando el locus que con mayor frecuencia daban como respuesta.

RESULTADOS Y DISCUSION

De acuerdo al análisis de resultados se observó que la mayoría de los sujetos de la muestra utilizada en este experimento presentaron un tipo de atribución externa a sus problemas, con menos frecuencia se observó a los de atribución combinada y todavía menos se presentaron los de atribución interna. Con respecto a las variables involucradas en las soluciones que dan a sus problemas se nota una coincidencia con la atribución que dieron a los mismos, puesto que los sujetos con atribución externa involucran en un mayor porcentaje factores de este tipo en las soluciones, además de factores combinados; algo similar ocurre con el grupo de sujetos de atribución combinada, quienes dan igual porcentaje a la atribución combinada y externa. Por su parte los de atribución interna en su mayoría son internos al dar solución a sus problemas.

Ahora bien, se notó que los sujetos del grupo externo presentan este mismo locus para hacer atribuciones ante problemas ajenos, igualmente los de atribución interna y combinada coinciden más en dar atribuciones de este tipo y en menor medida hubo coincidencias con su tipo de atribución. En cuanto al Rotter, en los tres grupos la mayoría de los sujetos presentan respuestas de tipo interno.

A continuación se hace un desglose de los resultados obtenidos:

La figura 1 muestra los datos acerca del locus de control que tienen los clientes que asistieron a terapia psicológica. Como se puede observar en la gráfica los datos muestran que el mayor porcentaje de los sujetos tienen una atribución externa a sus propios problemas, representando el 40%, el 32%

tienen una atribución combinada y con un menor porcentaje se encuentran los de atribución interna 28%.

LOCUS DE CONTROL A PROBLEMAS PROPIOS

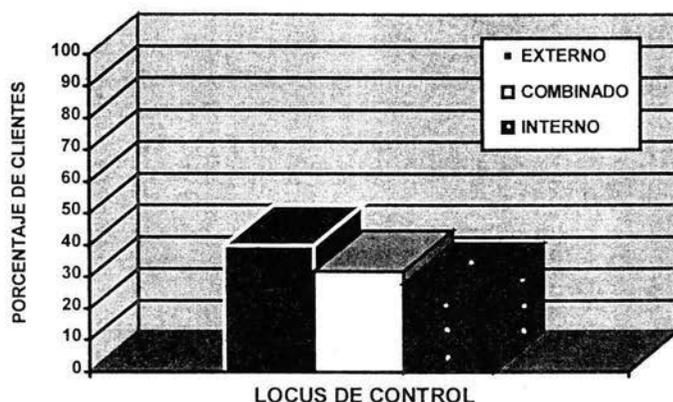


FIGURA 1. MUESTRA EL PORCENTAJE DE CLIENTES DE ACUERDO AL LOCUS DE CONTROL QUE DAN A SUS PROPIOS PROBLEMAS

En cuanto a la solución que dan a sus problemas se observa que el grupo con atribución externa, da el 42.1% de atribución externa y en atribución combinada el mismo porcentaje, en tanto que el 15.8% dan un atribución interna. El segundo grupo de atribución interna, presentó un 54% de atribución interna, el 23% atribución externa y un mismo porcentaje dan atribución combinada. En el tercer grupo, de atribución combinada, el 40% involucra factores combinados e internos respectivamente, y el 20% restante mencionan factores externos (figura 2). Aquí se puede observa que hay una coincidencia con el tipo de atribución que dan a sus problemas y el tipo de atribución que involucran para la solución de los mismos.

LOCUS DE CONTROL A LA SOLUCION DE PROBLEMAS PROPIOS

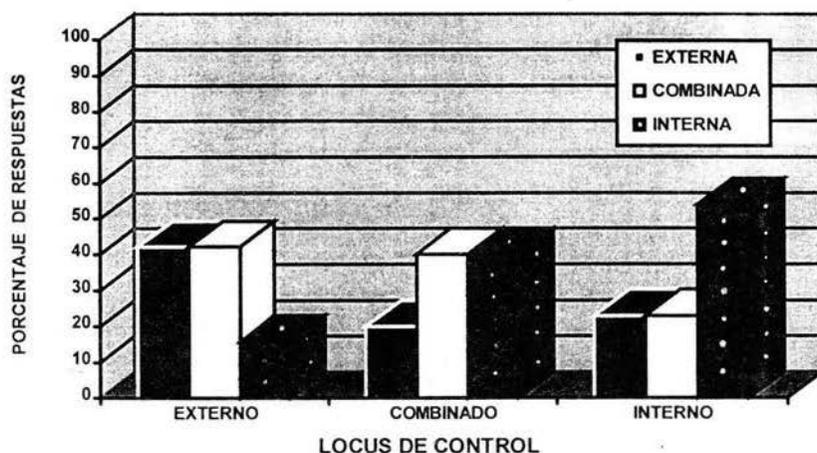


FIGURA 2. MUESTRA EN PORCENTAJES EL LOCUS DE CONTROL QUE DAN LOS CLIENTES A LA SOLUCION DE SUS PROBLEMAS

Hasta el momento se ha observado el tipo de atribución que dan los sujetos a sus problemas y a los factores involucrados en las posibles soluciones. A continuación se presentan los datos obtenidos sobre la atribución que dan a los problemas de otros, para posteriormente detectar la relación existente en ambos datos.

Los sujetos al escuchar los casos ficticios dieron un tipo de atribución a cada problema, se observó que el grupo de atribución externa, atribuye el 68.4% a factores externos, el 15.7% a interno, el 10.5% combinados y el 5.2 se consideró mixto. El grupo de atribución interna, dio esta misma atribución en un

46%, el 30% combinado, el 15% externo y un 4% mixto. El grupo de atribución combinada, dio el 33% a atribución externa, en tanto que los internos y combinados abarcan un porcentaje de 26% cada uno, y por último dieron atribución mixta el 13% de los sujetos (figura 3). Estimando estos datos, se puede decir que los grupos de atribución externa y de atribución interna siguen presentando el mismo tipo de atribución que dan a sus problemas al escuchar

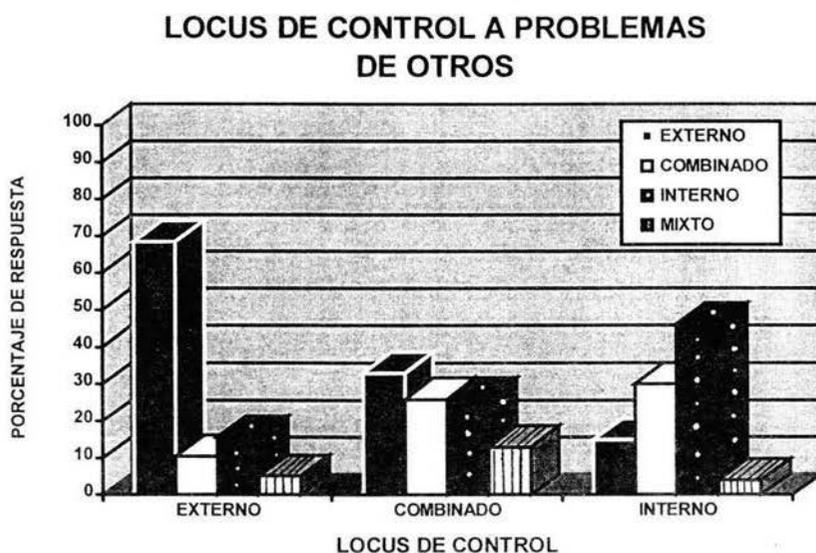


FIGURA 3. MUESTRA EN PORCENTAJES EL TIPO DE ATRIBUCIÓN QUE LOS CLIENTES DAN AL ESCUCHAR LOS PROBLEMAS DE OTROS

los problemas ajenos, sin embargo los del grupo de atribución combinada son más externos al juzgar los problemas ajenos.

Ante la solución que dan los clientes a los problemas de otros se presentaron los siguientes tipos de atribución: el del grupo atribución externa el 57.8% dieron atribución interna, el 26% de los sujetos adjudicaron a factores combinados, los externos 10.5% y los mixtos un 5.2%. El grupo de atribución interna dio el 61.5% de atribución interna, el 31% combinado, el 7.5% mixto y en el externo 0%. En el grupo de locus combinado la solución que dieron a los problemas de otros fueron a factores internos en un 74%, el 20% a factores externos y el 6% a factores combinados (ver figura 4).

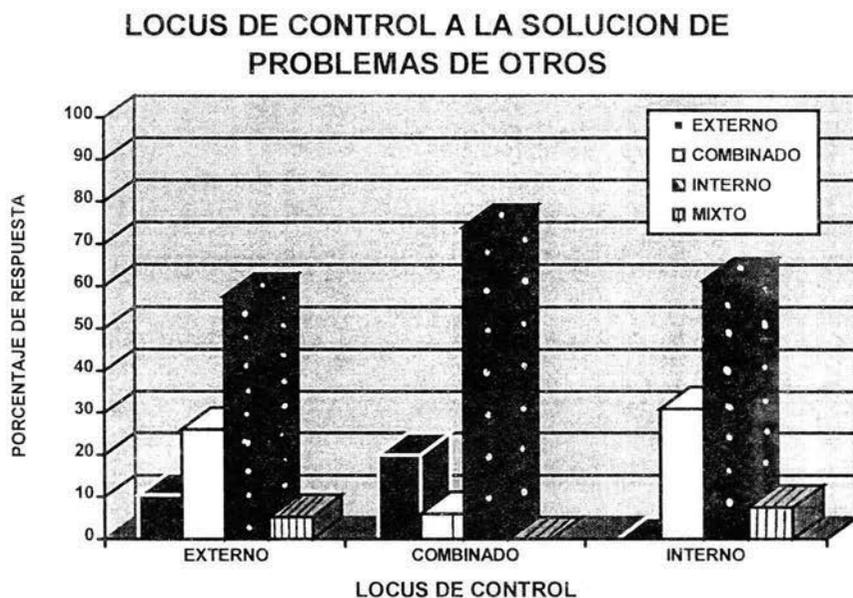


FIG. 4 MUESTRA EN PORCENTAJES, EL TIPO DE ATRIBUCION QUE EMPLEARON LOS CLIENTES PARA DAR SOLUCION A LOS PROBLEMAS DE OTROS.

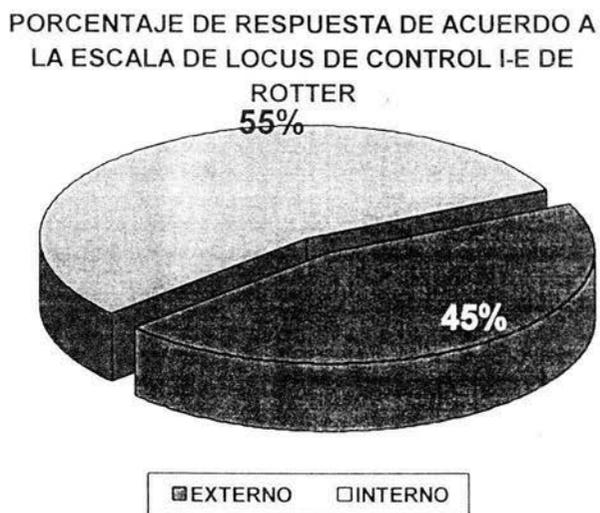
Se observa que en general los sujetos involucran más factores de tipo interno, es decir consideran con mayor frecuencia, que a "los otros" les atañe la solución de sus problemas. Lo anterior concuerda con lo mencionado por Lee Ross (citado en Myers, op. cit) acerca de la tendencia de los sujetos a ver al actor de un evento como responsable y capaz de modificar lo que le sucede.

Con respecto a la comparación de las coincidencias de la atribución que originalmente los investigadores dieron a cada caso ficticio, se observa que los sujetos del grupo externo, el 42.1% dan la atribución externa al primer caso, en el caso 2 donde inicialmente se designó atribución interna, el 31.5% dan esta misma atribución en el caso tres de atribución combinada los sujetos coinciden en un 10.5% con la atribución asignada al caso. En el grupo de atribución interna el 23.1% coinciden con la atribución dada al caso 1, el 15.4% con el caso 2 y en el caso 3 el porcentaje de coincidencias es de 23.1%. En el grupo de atribución combinada la coincidencias fue la siguiente: en el caso 1 el 46.6%, con el caso 2 el 26.6% y con el caso 3 el 20%. El porcentaje restante del total de cada grupo representa a los sujetos que no coincidieron con los casos.

A través de estos resultados se puede observar que en general los sujetos coinciden en la atribución externa al primer caso, en el resto no se puede hablar de coincidencias porque son muy variables los porcentajes.

De manera general y considerando la muestra total de sujetos con los que se trabajó, la coincidencia de atribución causal obtenida en cada caso ficticio, fue la siguiente: para el caso 1 de 38.2%, para el caso 2 el porcentaje fue de 23.75 y para el caso 3 de 17.0%.

Ahora bien, de los resultados obtenidos a través de la escala locus de control interno externo de Rotter se encontró que del total de la población, el 45% dan respuestas de tipo externo y el 55% interno (ver figura 5).



De forma particular se analizaron los datos para ver la tendencia de las respuesta en esta escala, de acuerdo al locus de control que los clientes dieron a sus problemas, encontrándose que el grupo de atribución externa da un mayor porcentaje de respuestas de tipo interno (90%), esta tendencia también se observa en el grupo interno (70%), a diferencia del grupo combinado,

quienes tienden a dar respuestas de tipo externo (55%), como se observa en la figura 6.

INVENTARIO INTERNO/EXTERNO DE ROTTER

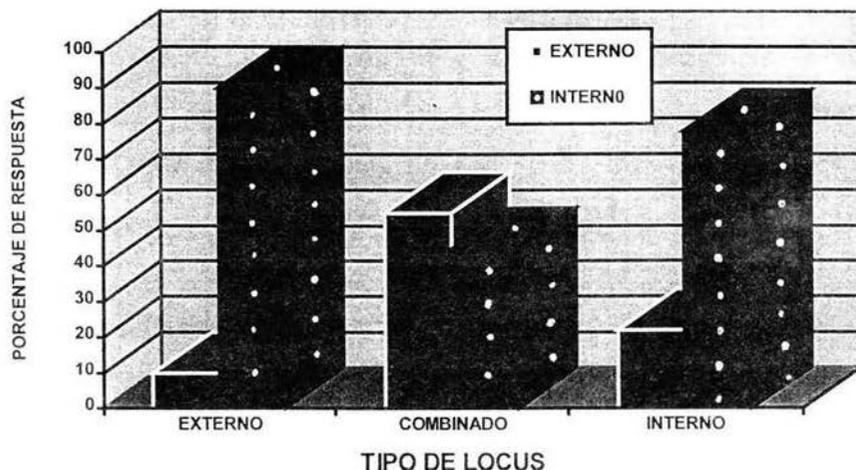


FIGURA 6. MUESTRA EN PORCENTAJES, EL TIPO DE RESPUESTA QUE CADA GRUPO DE CLIENTES DIO A LA ESCALA I-E DE ROTTER.

Finalmente se puede decir que el papel más asignado al psicólogo por parte de los clientes con los que se trabajó en el experimento es el de, guía con el 49%; el 34% lo calificó como un amigo; el 10.6% como el que debe decir que hacer para resolver los problemas; y el 64% lo consideró como una persona que escucha .

ESTUDIO 2

Durante el proceso terapéutico se involucran factores que pueden ayudar al terapeuta a predecir y formar expectativas de la evolución y éxito de la terapia con el cliente. Se estima que una de estas variables es el tipo de atribución causal que los clientes dan a sus propios problemas, otro es el compromiso terapéutico, el cual involucra la participación activa del cliente a lo largo de su tratamiento, por lo que el objetivo de este segundo estudio, fue describir la relación que existe entre la ubicación de las causas de los problemas propios y el compromiso en la terapia de los clientes que acuden a solicitar el servicio de atención psicología a la Clínica Universitaria.

METODO

SUJETOS: los mismos con los que se trabajó en el estudio 1

SITUACION EXPERIMENTAL: se entrevistó a terapeutas y sus respectivos asesores en los cubículos de la Clínica Universitaria, descritos anteriormente, pidiéndoles su apoyo para el llenado de los formatos del compromiso terapéutico

INSTRUMENTOS DE EVALUACION: Se utilizaron los datos del experimento 1 sobre el tipo de atribución que los clientes dan a sus problemas, y para el compromiso terapéutico, dos formatos. El primero de ellos se les proporcionaba a los terapeutas para que registraran los siguientes datos del

cliente: puntualidad, cumplimiento de las tareas o seguimiento de instrucciones y la evaluación que daba a la ejecución de la tarea (bien, regular o mal) (anexo 7). El otro formato se empleó para que los investigadores concentrar los datos de las sesiones de cada cliente (ver anexo 8).

PROCEDIMIENTO: Se solicitó el apoyo de los profesores del área de psicología clínica y el de los estudiantes que realizaron su práctica en esta área para registrar la asistencia, puntualidad, seguimiento de instrucciones durante y fuera de la terapia de sus clientes. Posteriormente los investigadores concentraron los datos en el formato correspondiente.

REGISTRO Y ANALISIS DE DATOS: Los resultados generales de este experimento fueron analizados de manera cuantitativa, obteniendo como primer dato saber si la asistencia del cliente a terapia fue de manera voluntaria o involuntaria, cabe aclarar que estos términos fueron definidos de la siguiente forma: voluntaria, cuando la persona asistía por su propia decisión o porque ella creía que lo necesitaba. Se tomaba como involuntaria si las personas asistían influenciados o motivados por terceras personas.

También se consideraron los criterios para el compromiso terapéutico de asistencia, puntualidad y ejecución de tareas, así como el haber concluido con la terapia, de cada cliente y en grupos (externo, interno y combinado).

Específicamente para el análisis de la ejecución de tareas primero se calificaron las tareas que realizaban los clientes bajo la supervisión de los terapeutas en tres rubros: bien cuando en su mayoría las tareas estaban realizadas de acuerdo al criterio propuesto por el terapeuta, regular cuando no

cumplían todos los criterios y mal cuando no la realizaban o lo hacían mal. Se consideró el rubro sin tareas para agrupar a los clientes que sólo asistieron a una sesión y por lo tanto no se les pudo registrar la ejecución de tarea. Con relación a la conclusión de la terapia se establecieron 4 criterios: aquellos clientes que terminaron su proceso terapéutico sin faltas, los que concluyeron con faltas, quienes desertaron y quienes informaron que ya no podrían seguir asistiendo.

Para observar la relación existente entre el tipo de atribución que dan los clientes a sus problemas y el compromiso con la terapia, fue necesario retomar los resultados del experimento 1, sobre la clasificación de los sujetos de acuerdo al tipo de atribución que dan a sus problemas, formando tres grupos (externo, interno y combinado) y los criterios de compromiso terapéutico ya descritos. Con el objeto de facilitar la comprensión de esto se elaboraron 2 cuadros que posteriormente se describirán.

RESULTADOS Y DISCUSION

Tomando en cuenta los resultados de toda la muestra, se observó que la mayor parte de las personas que asisten a terapia lo hacen de manera voluntaria, de igual forma la mayor parte son mujeres. De acuerdo a los criterios de compromiso terapéutico se observó que más de la mitad de los sujetos se comprometieron con su proceso terapéutico y un porcentaje semejante lo concluyó.

Ahora bien al relacionar estos datos con el tipo de atribución casual que los clientes dieron a sus problemas, se detectó que entre los grupos de

atribución externa y combinada hubo mayor compromiso en la terapia, que en los sujetos con atribución interna, aunque hubo variaciones entre los porcentajes que obtuvieron los primeros grupos en los rubros de compromiso terapéutico. De los tres grupos de atribución causal, quienes tuvieron un mayor porcentaje de terapia concluida fueron lo de atribución combinada.

Enfocándose al análisis cuantitativo, se encontró que del total de los sujetos, el 83% asistieron voluntariamente, el 77% fueron mujeres y el 23% hombres, este dato es importante debido a que da un indicador de quienes son los que más asisten a la Clínica Universitaria. Los que acudieron involuntariamente representan el 17%, de ellos la mitad fueron hombres y la otras mitad mujeres, cabe mencionar que la mayoría eran adolescentes

Se estimaron los porcentajes para cada uno de los rubros del compromiso terapéutico, obteniendo lo siguiente.

En la asistencia el 48.9% de los clientes no faltaron a ninguna de sus sesiones y el 51.1% tuvieron inasistencias a su terapia; en el caso de la puntualidad es mayor el porcentaje de quienes llegan a tiempo a sus sesiones, estos son el 61.7%, de este total el 75.1% son mujeres y el 24.1% son hombres; en cuanto a los impuntuales, esto representan el 38.3%, de ellos el 66.7% son mujeres y el 33.3% hombre, observando que el mayor porcentaje de los clientes fueron puntuales, principalmente las mujeres.

En el caso de la ejecución de tareas se obtuvo que en general, el 51.1% realizó bien sus tareas, 23.4% de manera regular, el 8.5% mal y el 17% sin tareas.

Por otra parte, en los resultados del proceso terapéutico de los clientes, se observó que sólo el 60% del total de los clientes con los que se trabajó

concluyeron la terapia, de los cuales el 82.1% concluyeron sin haber faltado a las sesiones, en tanto que el 17.9% tuvieron faltas en algunas sesiones. Además se obtuvieron los porcentajes de las personas que por alguna causa dejaron de asistir a terapia, estos representan el 40% del total de la muestra, de ellos el 89.5% dejó de asistir sin previo aviso, es decir, desertaron y el 10.5% avisó previamente; se formó esta subdivisión para dar lugar a las personas que les interesaba la terapia y sin embargo no pudieron continuar.

Hasta el momento se ha hablado de porcentajes generales de la muestra, para identificar las características más representativas de esta. A continuación se mostrarán los porcentajes obtenidos del tipo de atribución a los propios problemas de los clientes, con la asistencia voluntaria, criterios del compromiso terapéutico y conclusión de la terapia, de acuerdo a los objetivos de este experimento.

Auxiliados por la tabla 1 se puede observar que de acuerdo a la clasificación que se realizó del tipo de atribución que dan a sus problemas los sujetos, se identificó que en el grupo de atribución externa se presentó el mayor porcentaje de asistencia voluntaria, 89.5%; le siguen los de atribución combinada con 86.7% y con menor porcentaje los de atribución interna con 69.2%.

Retomando el criterio de puntualidad a las sesiones de cada uno de los clientes, se encontró que los de atribución externa obtuvieron un alto porcentaje, el 78.9%, los de atribución combinada 66.7%. En el caso del tipo de atribución interna es notable la diferencia con respecto a los anteriores, pues su porcentaje representa el 30.8%. Los porcentajes restantes de cada grupo corresponden a la población que llegaba tarde.

LOCUS DE CONTROL VS COMPROMISO TERAPEUTICO

RESULTADOS DE TERAPIA	EXTERNO	INTERNO	COMBINADO
ASISTENCIA VOLUNTARIA	89.5%	69.2%	86.7%
ASISTENCIA INVOLUNTARIA	10.5%	30.8%	13.3%
PUNTUALIDAD A LAS SESIONES	78.9%	30.8%	66.7%
IMPUNTUALIDAD A LAS SESIONES	21.1%	69.2%	33.3%
CONCLUYERON SIN FALTAS	52.6%	30.8%	60.0%
CONCLUYERON CON FALTAS	15.8%	0	13.3%
DESERTARON AVISANDO	10.5%	0	26.7%
DESERTARON SIN AVISAR	21.1%	69.2%	0

TABLA 1. MUESTRA LOS PORCENTAJES OBTENIDOS EN LOS RUBROS DE COMPROMISO TERAPEUTICO POR LOS CLIENTES DE LOS DIFERENTES TIPOS DE LOCUS.

Para analizar la ejecución de la tarea se diseñó una tabla (No. 2.) que contiene los porcentajes que cada grupo presentó en las cuatro calificaciones a la tarea (bien, regular, mal y sin tareas), en combinación con los cuatro criterios de concluyeron, concluyeron con faltas, desertaron y dejaron de asistir avisando. En este cuadro se detecta que quienes en una mayor porcentaje concluyen su terapia y realizan bien y regular sus tareas son los de atribución combinada, con 46.7% y el 13.4% respectivamente y con una diferencia menor el grupo de atribución externa con 42.1% y 10.1% para cada rubro. El grupo de atribución interna tiene un porcentaje menor de 23% para bien y 7.7% en regular. En el caso de quienes concluyen su terapia con faltas se observa que el 15.8% de grupo externo ejecutó bien las tareas, en el combinado un 13.4% lo hizo de igual manera. Los de grupo interno no caen en estos rubros, por el contrario, los mayores porcentajes de este grupo se ubican en quienes desertaron y no se les pudo contabilizar las tareas, representan el 40.8%, le siguen en orden decreciente los de tareas mal realizadas 23%, y regular con el 15.4%. El grupo de atribución combinada obtuvo el 20% sin tareas y el 6.7% con tareas mal realizadas. El grupo de atribución externa tuvo un 15.8% de tareas regulares y el 5.3% sin tareas. En el rubro de quienes informaron no poder seguir asistiendo sólo hubo clientes del grupo externo, el 5.3% con tareas bien realizadas y el mismo porcentaje a regular. Específicamente en un mayor porcentaje los grupos de atribución combinada y externa concluyeron su terapia con un 73.3% y un 68.4% respectivamente y en menor medida los internos en 30.8%.

EJECUCION DE TAREAS

R/T	EXTERNO				INTERNO				COMBINADO			
	B	R	M	S/T	B	R	M	S/T	B	R	M	ST
C	42%	10%	0	0	23%	8%	0	0	47%	13%	0	0
C/F	16%	0	0	0	0	0	0	0	13%	0	0	0
D	0	16%	0	5%	0	15%	23%	41%	0	0	7%	20%
D/A	5%	5%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0

TABLA 2. MUESTRA EN PORCENTAJES, LOS RESULTADOS DE LA EJECUCION DE LA TAREA DE ACUERDO AL LOCUS DE CONTROL DE LOS CLIENTES Y LOS RESULTADOS DE LA TERAPIA

CODIGO	
B=	BIEN
R=	REGULAR
M=	MAL
S/T=	SIN TAREA
R/T=	RESULTADOS DE LA TERAPIA
C=	CONCLUYERON LA TERAPIA
C/F=	CONCLUYERON CON FALTAS
D=	DESERTARON
D/A=	DESERTARON PERO AVISARON

Se puede observar en general que los sujetos con locus combinado y externo hay mayor compromiso hacia su terapia, puesto que fueron puntuales y siguieron las instrucciones de acuerdo a lo que les indicó su terapeuta, en comparación con los de atribución interna, ya que en esta muestra se observó que ellos fueron impuntuales, y desertaron con más frecuencia y su ejecución de las tareas fue poco adecuada para el éxito de la terapia.

DISCUSION GENERAL

Conforme a los resultados obtenidos en los estudios, se puede decir que la evaluación de las atribuciones es un factor importante para conocer la visión que tiene el cliente acerca de su problema, así como para que el terapeuta vislumbre el tipo de terapia adecuada para cada cliente.

Dentro de los resultados se observa que gran parte de la población que asiste a la Clínica Universitaria de Salud Integral presentan una atribución externa para sus propios problemas y también a los problemas de otros, cabe agregar que los clientes con atribución interna y combinada dan la misma atribución a los problemas ajenos, es decir, sólo en el grupo de atribución interna se presentó el error fundamental de la atribución, la mayoría de los sujetos otorgaron un locus interno a la solución de los problemas de otros, por lo tanto se puede decir que aquí también se observó el error fundamental de la atribución. Por otro lado, los sujetos de atribución externa son quienes más se comprometieron con su proceso terapéutico, es decir, es el tipo de personas que asisten con puntualidad a sus sesiones, cumplen con tareas y/o instrucciones durante y fuera de su terapia, siendo además quienes llegaron a concluir con su proceso terapéutico. Lo contrario se encontró con los clientes que presentaron atribución interna, puesto que son los que menos se comprometieron con su proceso terapéutico y por ende no concluyeron la terapia

Dentro de la muestra de esta investigación, gran parte de los sujetos reportaron un locus de control externo a sus problemas, lo cual indica que las personas con más altos índices de conflictos psicológicos presentan un locus externo, lo cual coincide con lo reportado por Young (1992); con menor

frecuencia se presentaron personas con locus combinado e interno. Asimismo se pudo observar que el tipo de locus que los sujetos dan a sus problemas es congruente con el locus que dan a la solución de los mismos. También se detectó que son mujeres quienes generalmente acuden al servicio de psicología que ofrece la Clínica Universitaria a pesar del costo y el horario flexible con el que cuenta.

Ahora bien, al evaluar el locus que dan los clientes a los problemas de otros por medio de los tres casos ficticios se realizaron dos tipos de análisis, en el primero se resaltaron algunos elementos, lo que hacía que cada uno de ellos tuviera un tipo de atribución diferente (externo, interno y combinado), por lo tanto, se esperaba que los clientes coincidieran con las atribuciones asignadas originalmente, sin embargo al revisar los porcentajes fue notorio que la coincidencia entre la atribución de los sujetos y la de los casos no era muy alta, realizándose así otro tipo de análisis considerando que para los sujetos no fueron relevantes los elementos planteados en cada caso ficticio. El segundo análisis demostró la relación ya mencionada, de que la mayoría de los sujetos dan la misma atribución a sus problemas y a los problemas de otros. Continuando con esta lógica, es notorio que quienes dan una atribución interna a sus problemas y lo mismo hacen con los problemas de otros, presentan el error fundamental de la atribución. En cuanto al locus que asignan a la solución de los problemas ajenos tienden en un mayor porcentaje hacia un locus interno, es así que en esta situación también se observa el error fundamental de la atribución.

Retomando la literatura revisada para esta investigación sobre el error fundamental de la atribución donde Lee Ross (1977, citado en: Myers, op. cit.)

propone que es la tendencia del observador de ver al actor como causante de lo que le ocurre, dando mayor peso a los factores disposicionales que a los situacionales, este fenómeno se presenta sólo de manera parcial, puesto que la atribución que dan a los problemas ajenos es consistente a la atribución que dan a sus problemas, ¿cómo explicar esto? Una hipótesis es que las personas se identificaron con los casos ficticios, lo que influyó en el tipo de atribución que asignaron al origen del problema. Con relación a esto, Paez, et. al. (op. cit.) plantean que los observadores hacen más atribuciones situacionales, cuando se les coloca en la perspectiva física o cognitiva del actor y /o cuando los determinantes situacionales se hacen más relevantes. Otra explicación es la que mencionan Krueger & Clement (1994) acerca de porque ocurre tal identificación, lo cual se debe a que la gente proyecta irracionalmente sus características personales en otros, principalmente las negativas, además consideran a esta proyección como sesgo de consenso ya que dentro de los seres humanos existe la tendencia a considerar que los defectos propios son comunes a los demás.

Los resultados obtenidos mediante la Escala I-E de Rotter, mostraron que la mayoría de los sujetos, independientemente del locus que dieron a sus problemas, presentaron un locus interno, lo cual puede interpretarse como que las personas ante situaciones de la vida cotidiana pueden ubicar en sí mismas las causas de dichas situaciones, esto probablemente se deba a que es más aceptable que las personas atribuyan a factores internos situaciones cotidianas que no le involucran directamente, en situaciones críticas o conflictivas como lo menciona Jellison & Green (1981) sobre su propuesta acerca de la norma de internalidad. Con respecto a la estructura de la escala se observó que existen



U.M.A.M. CAMPUS
TACÁCALA

ítems donde las respuestas de toda la muestra fue la misma, es decir, no está siendo discriminativa, sesgando así los resultados de la escala, por ejemplo los ítems 3, 12, 22, 29 los cuales se refieren a que un ciudadano común pueda tener influencia en las decisiones del gobierno, creencia que no es compartida por la población de nuestro país y que es una situación típica en los E.U.A., donde fue construida la escala de Rotter. Algunas de las críticas que se le han hecho a este instrumento son las mencionadas por La Rosa (op. cit.) refiriéndose a que está construido con dos opciones (elección forzada) para cada ítem, lo que limita la opción de respuesta; este autor propone que el constructo de locus de control es multidimensional, elaborando y validando una nueva escala de locus de control empleando la escala Likers. Con base a lo citado anteriormente se coincide con esta propuesta, puesto que no se puede ser tan tajante en cuanto al locus de una persona, ya que las escalas son construidas para elicitar las expresiones o creencias de la gente y no se pueden limitar a elecciones forzadas. IZT.

Handwritten notes:
Pulido
a la
vez
Likers

Hasta el momento se han discutido el primer experimento, a continuación se hablará del segundo: con respecto a la relación observada entre el tipo de atribución que los clientes tienen acerca de sus problemas y su compromiso con la terapia, a pesar de la importancia de esta temática no se encontraron estudios sistemáticos en la literatura revisada donde se valore dicha relación. No obstante Rentería (op. cit.) propuso los siguientes parámetros para evaluar el compromiso terapéutico: a) asistencia a las sesiones, b) puntualidad y c) nivel en la ejecución de las tareas dentro y fuera de las sesiones; además investigó la posible relación entre éste compromiso y el tipo de atribución que los clientes en terapia psicológica dan a sus



problemas. Por su parte Nejamen (1993) menciona que cuando las personas no se comprometen con su terapia psicológica lo que hacen es dejar de asistir a ella sin el acuerdo de su terapeuta, lo cual el autor define como deserción.

Es así que en la presente investigación, el estudio llevado a cabo por Rentería (op. cit) fue la base para realizarlo, retomando los parámetros mencionados por la autora además de utilizar los siguientes:

- Indagar si la decisión de asistir al servicio de psicología fue voluntaria o por decisión de terceras personas
- Conocer el motivo por el cual dejan de asistir a las sesiones terapéuticas (deserción)
- Detectar quienes concluyen su proceso terapéutico.

Los resultados de esta investigación mostraron que en un mayor porcentaje los sujetos con atribución externa se comprometieron más con su proceso terapéutico, le siguieron los de atribución combinada y con menor compromiso lo de atribución interna.

De acuerdo a los resultados obtenidos se consideró que los parámetros empleados fueron eficaces para evaluar el compromiso terapéutico en la muestra con la que se trabajó.

Ahora bien, tomando en cuenta la importancia de las atribuciones en el ámbito de la psicología clínica se encontró que Foon (op. cit.) llevó a cabo una revisión de las investigaciones en ésta área, observando que una atribución interna facilita los resultados positivos de la terapia; a éste respecto, Kirtner & Cartwright (1958) reportaron que clientes que inician un proceso terapéutico con la creencia de que ellos contribuían y tenían la responsabilidad en el futuro de la terapia, tendían a permanecer por más tiempo en ella y a ser

considerados por sus terapeutas como más exitosos en la vida. Sin embargo en la presente investigación se muestra que los clientes con atribución externa son quienes se comprometieron a lo largo de su terapia llegando a finalizarla. Por el contrario los sujetos menos involucrados con su proceso terapéutico fueron los de atribución interna, lo anterior puede explicarse con los planteamientos hechos por Abramson & Seligman (op. cit.) acerca de que las personas con atribución interna al presentar en sus explicaciones incontabilidad, estabilidad y globalidad tienden a mostrar conductas de desamparo aprendido en aspectos motivacionales, emocionales y conductuales, es decir, muestran poco compromiso en las actividades y tareas a realizar, como se observó en los resultados

Lo anterior indica que el tipo de atribución con el que llegan los clientes al psicólogo, es un indicio para saber que estrategias terapéuticas podría emplear el terapeuta para apoyar el proceso, no obstante las atribuciones no son un factor determinante como para predecir los resultados de la terapia.

Así pues, considerando que los estudios realizados fueron exploratorios, y debido a la poca literatura encontrada al respecto de los objetivos, sobre todo en nuestro país, se estima que es un campo fértil para futuras investigaciones, por la importancia a nivel aplicado y conceptual, gracias a que permite sistematizar y llevar a cabo una evaluación y tratamiento psicológico.

Es importante mencionar que no se deben dejar de lado las características que por sí mismos tienen los resultados de estos experimentos, es decir, las diferencias en la experiencia de los terapeutas y la idea que tienen algunas personas que asisten al servicio de la CUSI con respecto a que quienes dan la terapia aun son estudiantes, además de que los asesores

identifiquen a aquellos estudiantes que realmente lleguen a comprometerse y les interese la experiencia en el área de la psicología clínica, puesto que hay quienes no se comprometen con su cliente, ya que sólo veían la práctica como una forma de aprobar la materia y no como una experiencia para su formación profesional, por ello los asesores podrían dar otra opción para acreditar la materia y así no quedar mal con la población que asiste al servicio de psicología clínica.

Con base en las investigaciones desarrolladas se proponen algunos estudios:

- Identificar en las atribución de los clientes los conceptos propuestos por Weiner en su teoría de la Atribución y la Motivación del Logro (globalidad, controlabilidad y estabilidad)
- Como una forma de ver los cambios que genera el proceso terapéutico es conveniente que además de evaluar el tipo de atribución que tienen los clientes al inicio de la terapia, evaluarlos también al término de esta.
- Al evaluar la atribución que dan a los problemas ajenos, compararlo con población que no se encuentra bajo terapia psicológica.
- Evaluar el tipo de atribución que tiene el terapeuta con respecto al problema de su cliente.

Finalmente se puede decir que al ser las atribuciones un elemento que está implícito en el modelo del Análisis Secuencial Integrativo (Fernández y Carrobles op. cit.) en lo referente a las características internas de las personas (cognitivas), la cual ha sido objeto de estudio no sólo en el ámbito clínico, sino a también para otras áreas de la vida cotidiana, como en la escolar, laboral, familiar, social, etc. Por lo tanto se puede afirmar que el estudio de las teorías

atributivas es una forma para la comprensión de muchos fenómenos en los diferentes ámbitos de la vida del ser humano.

BIBLIOGRAFIA

- ABRAMSON, L., SELIGMAN, M. & TEASDALE, J. D. (1978). Learned helplessness in humans: critique and reformulation. *Journal of Abnormal Psychology*. Vol. 87, 49-74.
- ALLOY, L. B. & AHRENS, A.H. (1987). Depression and pessimism for the future biased use of statistically relevant information in predictor for self versus 22 others. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 52, (2), 366-378.
- ASHKANASY, N. M. (1985). Rotter's internal-external scale: Confirmatory factor analysis and correlation with social desirability for alternative scale formats. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 48 (45), 1328-1341)
- BANDURA, A. (1982). Teoría del Aprendizaje Social. Madrid, Espasa-Calpe. 279
- BERNSTEIN., D. A., NIETZEL, M. T. (1986) Introducción a la Psicología Clínica, México, Mc Graw-Hill. pp 662.
- BETANCOURT, H. (1984). Teoría de la atribución y motivación humana: aplicaciones y proyecciones. *Revista de Psicología General y Aplicada*. Vol. 39, (4), 705-717.
- BLOCH, J. LANNING, K. (1984). Attribution therapy questioned: A secondary analysis of the Wilson - Linville study. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 46, (3), 705-708.
- BOUCHARD, M. A., GRANGER, L., LADOUCEUR, R. (1977). Principios y aplicaciones de las terapias de la conducta. Madrid, Debates. 38-61.
- CASTEJON, J.L., NAVAS, L. & SAMPASCUAL, G. (1993). Modelos estructurales sobre la teoría atribucional de la motivación. *Revista de Psicología General y Aplicada*. Vol. 46, (3). 293-305.
- CORNEJO, G. M. L. (1992). El Papel del Terapeuta Sistémico. México, UNAM Iztacala Tesis de Licenciatura.

- DE LA TORRE, G. & SANCHEZ, J. J. (1989). La Experiencia Personal como Origen de Estilos Atributivos diferenciales. *Revista de Psicología Social*. Vol. 4 (3), 261-273
- DELGADO, G. A. R. (1991). Interpretación causal, sentimiento de culpa y predicción de reincidencia en un contexto legal. *Revista de Psicología Social*. 6, (2), 241-253.
- DOISE, W., DESCHAMPS, J. & MUGNY, G. (1980). Psicología Social Experimental: Autonomía, Diferenciación e Integración. Barcelona, Hispano Europea. 285-308.
- ELLIS, A. & BERNARD, M. E. (1990). Aplicaciones clínicas de la Terapia Racional Emotiva. España; Desclee de Brower.
- FERNÁNDEZ, B. P. Y ALMARAZ, C. J. (1994). La Influencia de las Creencias Causales en la Construcción de Inferencias Predictivas y Diagnósticas. *Estudios de Psicología*. (51), 33-42.
- FERNANDEZ, B. R. & CARROBLES, J. A. (1989). Evaluación conductual. Metodología y aplicaciones. Madrid; Pirámide.
- FISHER, E. H., (1989). Gender bias in therapy? An analysis of patient and therapist causal explanations. *Psychotherapy*. Vol 26, (3). 389-401.
- FOON, A. E. (1987). Review: Locus of control as a predictor of outcome of psychotherapy. *British Journal of Medical Psychology*. Vol. 60. 99-107.
- FORSTERLING, F. (1986). Attributional conceptions in clinical psychology. *American psychologist*. Vol. 41, (3). 275-285.
- FORSTERLING, F. (1988). Attribution theory in clinical psychology. Great Britain, John Wiley and Sons.
- FORSYTH, D. R. & McMILLAN, J. H. (1981). Attribution effect, and expectations: A test of Weiner's three-dimensional model. *Journal Educational Psychology*. Vol. 73, (3). 393-403.
- GARFIELD, S. L. (1984). Psicología Clínica. México, Manual Moderno. 77-101.
- GIRALDI, C. I. & DIAZ-LOVING, R. (1990). Escala de atribución de control para adolescentes mexicanos. *Revista Sonorense de Psicología*. 1, (4).

- 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*. Vol. 90, (1). 14-22.
- HARVEY, J. H., TOWN, J. P. & YARKIN, K. L. (1981). How fundamental in "The fundamental attribution error"?. *Journal of Personality and Social Psychology*. 40, 346-349.
- HARRISON, R.P., BECK, A. T. & BUCETA, J. M. (1984). Terapia cognitiva de la depresión: Una introducción al desarrollo histórico. Los conceptos y procedimientos fundamentales de la alternativa terapéutica de Beck. *Revista de Psicología General y Aplicada*. 39, (4), 623-646.
- HESSLOW, G. (1988). The problem of causal selection. D. J. Hilton. En: Contemporary Science and Natural Explanation. Washington Square, New York, University Press
- HIGGINS, E. T. & BRYANT, S. L. (1982). Consensus information and the fundamental attribution error: the role of development and in-group versus out-group knowledge. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 43, (5). 889-900.
- HOWE, G. W. (1987). Attribution of complex cause and the perception of marital conflict. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 53, (6). 1119-1128.
- JASPAR, J., FINCHAM, D., HEWSTONE, M. (1983). Attribution Theory and Research: Conceptual Developmental and Social Dimentional. New York Academic Press.
- JASPAR, J. & HEWSTONE, M. (1984). La teoría de la atribución. Moscovici, S. En: Psicología Social II. España, Paidós. 415-438.
- JELLISON, J. M. & GREEN, J. (1981). A self presentation approach to the fundamental attribution error: The norm of internality. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 40 (4). 643-649.
- KANFER, F. H. & PHILLIPS, J. S. (1980). Principios de Aprendizaje en la Terapia del Comportamiento. México Trillas.

- KELLEY, H. H. (1983). Perceived causal structures. De: Jaspar, J., Fincham, D. y Hewstone, M. En: Attribution Theory and Research: Conceptual, Developmental and Social Dimensional. New York, Academic Press
- KELLER, F. S. (1989). La definición de Psicología. México, Trillas. 141-152.
- KENDALL, P., NORTHON, & FORD, J. (1988). Psicología Clínica. México; Limusa. 17-65.
- 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. & CLEMONT, 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.
- LAFARGA, J. (1989). Contexto histórico del enfoque centrado en la persona. Lafarga J. y Gómez de C.J. Desarrollo del Potencial Humano. México. Trillas. 24-56.
- LA ROSA, J. (1986). Escalas de Locus de Control y Autoconcepto. Construcción y Validación. México. UNAM-Facultad de Psicología. (Tesis de Doctorado)
- LAU, R. R. & RUSSELL, D. (1980). Attributions in the sports pages. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 39 (1). 29-38.
- LEFCOURT, H. M. (1982). Locus of Control. New Jersey, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers.
- Mc AULEY, E. & DUNCAN, T. E. (1990). Cognitive appraisal and affective reactions following physical achievement outcome. *Journal of Sport & Exercise Psychology*. 12, 415-426.
- MAHONEY, M. J. & FREEMAN, A. (1988). Cognición y Psicoterapia. España Paidós.
- MARIN, G. (1989). Atribuciones sobre Éxito y Fracaso: Efectos del sexo y de la Cultura. Revista de Psicología Social (1), 7-12.

- MERCADO, GARCIA, FERNANDEZ & GOMEZ (1993). Estudio Transcultural México-Estados Unidos del Cuestionario de Estilos Atribucionales. *Revista Interamericana de Psicología*. Vol. 28 (1), 73-89.
- MURDOCK, N. L., FREMONT, S. K. (1989). Attributional influences in counselor decision making. *Journal of Counseling Psychology*. Vol. 36 (4). 417-422.
- MYERS, D. (1991). La Psicología Social. Madrid, Médica-Panamericana. 576.
- NAVAS, L., SAMPASCUAL, G. & CASTEJON, J. L. (1992). Atribuciones y expectativas de alumnos y profesores: Influencias en el rendimiento escolar. *Revista de Psicología General y Aplicada*. Vol. 45 (1), 55-62
- NEJAMEN, E. (1993). La deserción y la Selección de Pacientes en la Terapia Grupal Breve con Objetivos Focalizados. México, U.N.A.M. (Tesis de Especialidad).
- NIETO, G. J., LARIOS, R. M. & YOSEFF, J. J. (1993). Efectos de la probabilidad de asociación y contigüidad temporal entre eventos sobre los juicios causales de estudiantes. *Revista Mexicana de Psicología*. Vol. 10 (1). 1-8.
- O'LEARY, K. D., RISO, L. P. & BEACH, S. R. H. (1990). Attribution about the marital discord/depression link and therapy outcome. *Behavior Therapy*. 21. 413-422.
- PAEZ, D., VILLARREAL, M., ETXEBERRIA, A. & VALENCIA, J. (1987). Cognición social: esquema y función cognitiva aplicada al mundo social. De: Ayestaron, A.S., Rosa, A. y Paez, D. En: Pensamiento, individuo y Sociedad, Cognición y Representación Social. Madrid; Fundamentos.
- PEREDA, S. Menéndez, C. Mori, A. Conesa, P. & Nuñez, A. (1990). Motivo de Logro, Locus de Control OTF y Rendimiento Académico. *Revista de Psicología General y Aplicada*. Vol 43. (2), 217-224.
- PEREZ, G. & BERMUDEZ, J. (1986). Relaciones entre expectativas de Control Sobre los Refuerzos y Dimensiones Causales en un Contexto de Logro. *Revista de Psicología General y Aplicada*. Vol. 41 (1), 53-72.
- PERLMAN, D. & COZBY, P. C. (1987). Psicología Social. México, Interamericana. 119-147.

- PETERSON, C. & SELIGMAN, M. E. P. (1984). Causal explanation as a risk factor for depression: Theory and evidence. *Psychological Review*. Vol. 91 (3). 347-374.
- REEDER, G. D. (1982). Let's give the fundamental attribution error another chance. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 43 (2). 341-344.
- RENTERIA, R. A. (1993). Atribuciones causales en el proceso psicoterapéutico. *Revista Sonorense de psicología*. VII
- RICHELLE, (1991). En el Prólogo al libro: Manual de Psicología Aplicada. de Buela-Casal & Caballo V.E. Barcelona, Siglo XXI.
- RIMM, D. C. & MASTERS, J. C. (1987). Terapia de la Conducta. México, Trillas.
- ROGERS, C. R. (1981). Psicoterapia centrada en el cliente España, Paidós. 123-203.
- RUSSELL, D. (1982). The causal dimension scale: A measure of how individual perceive causes. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 42 (6). 1137-1145.
- SCHAUFELI, W. B. (1988). Perceiving the causes of unemployment: An evaluation of the causal dimension scale in a real life situation. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 54 (2). 347-356.
- STILES, W. B., ELLIOTT, R., LLEWELYN, S. P., FIRTH-COZENS, J. A., MARGISON, F. R., SHAPIRO, D. A. & HARDY, G. (1990). Assimilation of problematic experiences by clients in psychotherapy. *Psychotherapy*. Vol. 27 (3). 411-420.
- TOWNSLEY, R. M., BEACH, S. R. H., FINCHAM, F. D. & O'LEARY, K. D. (1991). Cognitive specificity for marital discord and depression: What types of cognition influence discord? *Behavior Therapy*. 22. 519-530.
- TRUJANO, R. P. (1992). Violación y atribución de culpa. Barcelona, UNAM, Facultad de psicología. 206-229.
- 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*. Vol. 39 (2). 186-200.

- WEINER, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological Review*. Vol. 2 (4). 548-573.
- WEINER, B. (1988). Attribution theory and attribution a therapy: Some theoretical observation and suggestions. *British Journal of Clinical Psychology*. Vol. 27, 93-104.
- WEISZ, J. R. (1986). Contingency and control beliefs as predictors of psychotherapy outcomes among children and adolescents. *Journal of Personality and Social Psychology*. Vol. 54 (69). 789-793.
- YOUNG, T. J. (1992), Locus of Control and Perceptions of Human Aggression. *Perceptual and Motor Skills*, 74, 1016-1018.

ANEXO 1

CASOS FICTICIOS

CASO No. 1 (ATRIBUCIÓN EXTERNA)

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 que ella pase muchos aprietos para dar de comer a sus hijos y mandarlos a la escuela, ella se siente impotente pues 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 su presencia, en especial ha tenido problemas con su hija de trece años observa que 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, situación que no había ocurrido y que le preocupa.

La señora comenta que cuando se caso su esposo era un poco enojón pero después cuando empezó a tomar con unos amigos, se volvió desobligado pues no le daba el suficiente gasto para el mantenimiento de la casa y la comida; antes no la golpeaba, pero la trataba muy mal, no la dejaba salir a visitar a sus familiares; ella recuerda que se volvió más agresivo después de dejar de tomar, a raíz de un accidente automovilístico en la carretera al manejar en estado de ebriedad. Su esposo se enoja cuando ella le dice que quiere trabajar, le pide más dinero o le pregunta sobre lo que hace con el dinero que gana, ella piensa que a su esposo le molesta todo desde la comida que ella prepara hasta el que ella no esté cuando él regresa de trabajar, la señora menciona que ha soportado esta situación por sus hijos, pues piensa que si dejara a su marido no podría enfrentar las críticas de sus familiares si alguna de sus hijas saliera embarazada, además de que le da miedo estar sola. La señora ha tratado de hablar con él cuando llega de trabajar para que cambie su forma de ser, su trato hacia ella y hacia sus hijos, pero él no le contesta o se molesta

CASO No. 2 (ATRIBUCIÓN INTERNA)

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

Él solicita el apoyo psicológico, porque desde hace algunos meses se siente sólo, 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, 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 ó 14 años, cuando empezó a trabajar en el taller con un tío. Con dificultad terminó de estudiar la secundaria, porque a pesar de que le 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; cambio dos veces de escuela por ésta situación: Piensa que desaprovechó el apoyo que sus papas le habían dado para estudiar. Entró al CETIS a insistencia de sus padres, pero sólo estuvo ahí un semestre pues por esas fechas quería casarse y dejó la escuela para trabajar tiempo completo, después tuvo un desengaño amoroso y se dedicó a trabajar, pero ahí tenía 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 él no ha hecho caso; últimamente se ha sentido sólo y enfermo, sus papás en ocasiones le recriminan el que no halla concluido una carrera, pues una de sus hermanas si lo logró y ya se vas a casar al igual que las otras.

Ha tenido varias novias, pero ahora no se siente a gusto, se siente solo, últimamente ha buscado novias más jóvenes que él. pero se da cuenta de que eso 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 No. 3 (ATRIBUCIÓN COMBINADA)

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

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 y 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 periodos de exámenes; le parecía que los temas eran muy difíciles y que ella no sería capaz de entenderlos, así que empezó a perder interés a las clases y a quedarse con algunos "amigos" en la jardinera o en las canchas jugando.

Cuando llegaba a casa observaba que sus padres no le ponían atención, ni le preguntaban sobre lo que había hecho en la escuela, observaba que discutían por problemas económicos, pero a ella no le comentaban nada. Si ella quería intervenir ellos mencionaban que el tema no la involucraba y que se fuera a su cuarto. Cuando llegaba tarde a casa no sabía lo que iba a suceder pues a veces no le decían nada y en otras la regañaban muy duramente haciéndola sentir la peor de las personas, a lo que ella contestaba agresivamente, por lo que considera que la relación que mantenía con sus padres era muy fea. Con relación a sus hermanos ella observaba cierta indiferencia cada uno trabajaba y sólo estaban en casa en la noche cuando llegaban de trabajar.

Sus papas se dieron cuenta de que no entraba a clases cuando de la escuela hablaron preguntando si estaba enferma porque hacía días que no asistía. Tuvo una discusión muy fuerte con ellos donde admitió que no asistía y prometió cambiar.

Logró aprobar algunas materias por lo que quiere mejorar en este año.

Considera que si bien sus padres no se habían preocupado por lo que le pasaba también piensa que ahora es su responsabilidad el salir adelante.

ANEXO 2

FORMATO DE RECEPCIÓN DE PACIENTES

CLÍNICA UNIVERSITARIA DE SALUD INTEGRAL-IZTACALA

REGISTRO DE USUARIOS

Número: _____ Semestre: _____

Fecha: _____

¿Es la persona que requiere el servicio quien está dando la información?

SI _____ No _____

De ser así anote los siguientes datos:

Nombre: _____

edad: _____

Domicilio: _____

Parentesco: _____

A continuación anote los datos de la persona que requiere el servicio.

Nombre del usuario _____

Edad: _____ Estado civil: _____

Escolaridad: _____ Ocupación: _____

DOMICILIO:

Calle y número: _____

Colonia: _____ Delegación o Municipio: _____

Entidad federativa: _____ C.P.: _____

Teléfono _____

MOTIVO DE LA CONSULTA

¿Cómo se enteró del servicio de psicología clínica en esta institución? _____

TOMÓ LOS DATOS: _____

ASESOR: _____

OBSERVACIONES _____

ANEXO 3

**CUESTIONARIO PARA DETECTAR ATRIBUCIONES CAUSALES
DE CONFLICTOS PROPIOS**

Edad: _____ Sexo: _____ Grado máximo de estudios: _____
 Estado civil: _____ Ocupación: _____
 Domicilio: _____

¿Con quien 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 fue afirmativa para la opción No.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 he 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 fue afirmativa para la opción No. 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 fue así ___ A veces ___ Sólo en este caso ___
- 3.- Mala voluntad de los demás ___ Siempre fue así ___ A veces ___ Sólo en este caso ___
- 4.- No pudieron con la situación ___ Siempre fue así ___ A veces ___ Sólo en este caso ___
- 5.- Mala suerte ___ Siempre fue así ___ A veces ___ Sólo en este caso ___
- 6.- No se esforzaron lo suficiente ___ Siempre fue así ___ A veces ___ Sólo en este caso ___
- 7.- Falta de amor o de cariño ___ Siempre fue ___ A veces ___ Sólo en este caso ___
- 8.- No le echaron ganas ___ Siempre fue así ___ A veces ___ Sólo en este caso ___

Si la respuesta fue afirmativa para la opción No. 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 fue así ___ A veces ___ Sólo en este caso ___
- 5.- Mala voluntad de los demás ___ Siempre fue así ___ A veces ___ Sólo en este caso ___
- 6.- No pudieron con la situación ___ Siempre fue 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 fue así ___ A veces ___ Sólo en este caso ___
- 9.- No se esforzaron lo suficiente ___ Siempre fue así ___ A veces ___ Sólo en este caso ___
- 10.- Falta de amor o de cariño ___ Siempre fue así ___ A veces ___ Sólo en este caso ___
- 11.- No le echaron ganas ___ Siempre fue así ___ A veces ___ Sólo en este caso ___
- 12.- Todo lo que pasa o pasó es muy difícil ___ Siempre ha sido así ___ A veces ___ Sólo en este caso ___
- 13.- Siempre he sido debil o inutil ___ 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 Usted. que se le puede solucionar su problemas? ¿De qué depende? _____

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

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

ANEXO 4

CUESTIONARIO PARA DETECTAR EL TIPO DE ATRIBUCIÓN EN LOS PROBLEMAS DE OTROS

NOMBRE DEL USUARIO: _____

1.- ¿CUÁL CREE USTED QUE SEA (N) EL (LOS) PROBLEMA (S) DE ESTA PERSONA?

CASO No. 1 _____

CASO No.2 _____

CASO No.3 _____

2.- EN CASO DE SER VARIOS LOS PROBLEMAS, ¿CUAL DE ELLOS CREE QUE SEA EL PROBLEMA CENTRAL?

CASO No. 1 _____

CASO No.2 _____

CASO No. 3 _____

3.- ¿CUÁL (ES) CREE QUE SEA (N) LAS CAUSAS DEL PROBLEMA CENTRAL?

CASO No. 1 _____

CASO No. 2 _____

CASO No. 3 _____

4.- DE LA (S) CAUSA(S) QUE ACABA USTED DE MENCIONAR , ¿CUÁL(ES) CREE QUE SEA(N) LA(S) PRINCIPAL(ES) Y QUE ORDEN LE(S) ASIGNARIA?

CASO No. 1 _____

CASO No. 2 _____

CASO No. 3 _____

5.- DADAS ESTAS CAUSAS, ¿CREE USTED QUE EL PROBLEMA CENTRAL TENGA SOLUCIÓN?

CASO No. 1 _____

CASO No. 2 _____

CASO No. 3 _____

6.- ¿QUÉ DEBERÍA HACER ESTA PERSONA PARA RESOLVER EL PROBLEMA ?

CASO No. 1 _____

CASO No. 2 _____

CASO No. 3 _____

7.- ¿USTED HARÍA LO MISMO SI ESTUVIERA EN ESA SITUACIÓN?

CASO No. 1 SI NO ¿POR QUÉ? _____

CASO No. 2 SI NO ¿POR QUÉ? _____

CASO No. 3 SI NO ¿POR QUÉ? _____

ANEXO 5

FORMATO PARA ANALIZAR LAS ATRIBUCIONES A LOS CASOS FICTICIOS

ATRIBUCION EN PROBLEMAS DE "OTROS"

NOMBRE _____
 TERAPEUTA _____

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

- A) _____
 B) _____
 C) _____

2.- ¿ El cliente identificó bien el problema central?

- A) SI _____ NO _____
 B) SI _____ NO _____
 C) SI _____ NO _____

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

LOCUS EXTERNO	LOCUS INTERNO
Madre	Habilidades
Padre	Inteligencia
Hermanos	Motivación
Esposo (a)	Afecto
Hijo	Bondad
Suegra	Apatía
Cuñados	Capacidad
Jefe	Esfuerzo
Compañeros de trabajo	
Empleados	
Vecinos	
Amigos	
Sistema de gobierno	
Sistema educativo	
Ritmo de vida de la ciudad	
Falta de afecto	
Ambiente donde creció	
Suerte	

4.- ¿ Cuáles fueron las tres causas principales ?

- A) _____
 B) _____
 C) _____

5.- ¿Mencionó si el problema central tenia solución ? A) SI _____ NO _____

B) SI _____ NO _____

C) SI _____ NO _____

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

- A) _____
 B) _____
 C) _____

8.- Tipo de atribución que da a la solución de los problemas

- A) _____
 B) _____
 C) _____

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

A) SI _____ NO _____ ¿Por qué? _____

B) SI _____ NO _____ ¿Por qué? _____

C) SI _____ NO _____ ¿Por qué? _____

ANEXO 6
ESCALA DE IOCUS DE CONTROL INTERNO EXTERNO DE
ROTTER

"Inventario de Reacción social"

Nombre: _____

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 refleja lo que usted piensa actualmente, no lo que debería ser ni lo que usted considera correcto. Este cuestionario es sobre las creencias personales de la gente por lo tanto no existen respuestas correctas ni incorrectas.

Anote sus respuestas al lado izquierdo de las preguntas. 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 sólo 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, 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 del grado en el cual sus calificaciones dependen de factores accidentales.
- 6.- _____ a) Sin un control adecuado uno no puede ser 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.
_____ b) En muchas ocasiones las preguntas de examen no tienen relación con 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 mala o buena 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 del grado en el cual su vida depende de las 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 cosas 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 lider deja que sus agremiados decidan por si mismos en que van a trabajar.
____ b) Un buen lider 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 mi creer que la suerte juega un papel importante en mi vida.
- 26.- ____ a) La gente esta 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 el suficiente control sobre la dirección que mi vida esta 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

HOJA DE REGISTRO DE LOS INDICADORES DE COMPROMISO TERAPEUTICO

NOMBRE DEL
USUARIO: _____

NOMBRE DE LOS
TERAPEUTAS: _____

GRUPO: _____

FECHA _____ SESION _____ HORARIO ASIGNADO _____

HORA DE LLEGADA _____ ASISTIO _____

2.- ANOTE LAS INDICACIONES SUGERIDAS O TAREAS QUE DEBIO REALIZAR EL
USUARIO.

3.- ¿LAS LLEVÓ A CABO? SI ___ ¿CON QUE NIVEL DE EFICACIA?

BIEN ___ REGULAR ___ MAL ___

NO ___ ¿POR QUÉ? _____

4.- ANOTE LAS INDICACIONES SUGERIDAS DURANTE LA SESION

5.- ¿LAS LLEVO A CABO? SI ___ ¿CON QUÉ NIVEL DE EFICACIA?

BIEN ___ REGULAR ___ MAL ___

NO ___ ¿POR QUÉ? _____

