



**Universidad Nacional Autónoma de México**

---

---

**Facultad de Estudios Superiores Iztacala**

**Elaboración de apoyos al procedimiento técnico de la Intervención Interconductual en el Contexto Clínico (IICC): entrevista especializada y hoja de recepción**

T E S I S  
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE  
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA  
P R E S E N T A  
**MARYBETH ALEJANDRA TÉLLEZ RODRÍGUEZ**

**Director: Mtro. Juan Antonio Vargas Bustos**

**Dictaminadores: Mtro. Ángel Francisco García Pacheco**

**Dr. Héctor Octavio Silva Victoria**



Los Reyes Iztacala, Edo de México, octubre 2014



Universidad Nacional  
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

**Biblioteca Central**



**UNAM – Dirección General de Bibliotecas**  
**Tesis Digitales**  
**Restricciones de uso**

**DERECHOS RESERVADOS ©**  
**PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

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

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

## **DEDICATORIAS**

A mis padres y mi hermano, por todo el amor, la comprensión, el cariño y el apoyo que desde siempre me han brindado para alcanzar todos mis sueños y metas, por estar junto a mí en todo momento y por constituir lo más valioso de mi vida.

A Christian Labrada, por formar parte de mi vida y brindarme todo su amor y apoyo en todo momento.

A mis amigos de vida, por haberme inspirado y alentado hasta alcanzar este logro.

A cada uno de los que me acompañaron y formaron parte de mi vida hasta alcanzar este logro.

Al Maestro Juan Antonio Vargas Bustos por haberme compartido su conocimiento científico de la Psicología, por guiarme y brindarme su apoyo.

## **AGRADEZCO...**

### **A toda mi familia**

Por ser el firme cimiento de mis esfuerzos

### **A mis profesores durante mis estudios universitarios**

Por haberme compartido sus enseñanzas y guiarme en mi formación como psicóloga

### **A mi maestro Juan Antonio**

Por haberme enseñado el lado científico de la psicología y una manera efectiva de desempeñarme profesionalmente

### **A mis amigos de Entelequia Social**

Por haberme enseñado la luz dentro de la oscuridad en el conocimiento psicológico, por contribuir a mi desarrollo profesional y por todo el apoyo incondicional y conocimientos brindados

### **A mis amigos y colegas**

Por todos los buenos y no tan buenos momentos compartidos a lo largo de este largo y arduo camino de cuatro años de universidad

### **y a los valientes teóricos de la Psicología Interconductual**

Sin los cuales esta tesis no habría podido existir

## ÍNDICE

Resumen.....	6
Introducción.....	7
Capítulo 1. La Psicología.....	20
1.1 Panorama histórico de la psicología.....	20
1.2 Ciencia Interconductual.....	54
Capítulo 2. Tecnología psicológica: psicología clínica.....	67
2.1 Diferenciación entre ciencia y tecnología.....	67
2.2 Panorama histórico de la psicología clínica.....	71
2.3 Enfoques psicológicos predominantes en la psicología clínica.....	83
2.3.1 Enfoque psicoanalítico.....	83
2.3.2 Enfoque conductual.....	88
2.3.3 Enfoque cognitivo.....	93
2.4 Limitaciones en los diversos enfoques empleados en la psicología clínica.....	96
2.5 Tecnología Interconductual.....	103
Capítulo 3. Procedimientos de apoyo técnico a la Intervención Interconductual en el Contexto Clínico.....	112
3.1 ¿La Intervención Interconductual en el Contexto Clínico trabaja con los “problemas” de los “pacientes”? .....	112
3.2 Intervención Interconductual en el Contexto Clínico (IICC).....	116
3.3 Procedimientos de apoyo técnico en la Intervención Interconductual en el Contexto Clínico (IICC).....	118

Capítulo 4. Elaboración de apoyos al procedimiento técnico de la Intervención	
Interconductual en el Contexto Clínico (IICC): entrevista especializada y hoja de recepción.....	128
4.1 La entrevista: sus orígenes, características y usos en la psicología.....	128
4.2 La entrevista conductual.....	145
4.3 Entrevistas realizadas desde la perspectiva interconductual.....	157
4.4 Propuestas de apoyos al procedimiento técnico de la Intervención	
Interconductual en el Contexto Clínico (IICC): entrevista especializada y hoja de recepción.....	158
Conclusiones.....	182
Bibliografía.....	188
Anexos.....	195
Anexo I: Intervención Interconductual (II).....	196
Anexo II: Reporte por sesión IICC.....	198
Anexo III: Reporte final IICC.....	200
Anexo IV: Tríptico.....	202
Glosario.....	205

## RESUMEN

El presente trabajo tuvo como finalidad, la elaboración de una entrevista especializada y una hoja de recepción como apoyos al procedimiento técnico de la Intervención Interconductual en el Contexto Clínico (IICC), que permitiera la obtención de la información necesaria y pertinente para llevar a cabo la intervención.

Para la realización de dichos apoyos al procedimiento técnico de la IICC, resultó de suma importancia retomar el panorama histórico de la psicología en general y de la psicología clínica en particular, pues con ello se observan cuáles han sido las limitantes para un desempeño efectivo del psicólogo en la solución de las demandas que le plantea la sociedad.

Debido a las limitantes encontradas en la forma de proceder del psicólogo clínico desde las perspectivas tradicionales, se retomó la tecnología interconductual clínica como una alternativa para dar respuesta a las demandas sociales. Se parte de la IICC así como de sus procedimientos de apoyo técnicos, haciéndose notoria la necesidad de contar con una entrevista especializada y una hoja de recepción, que faciliten la obtención de la información y que sean congruentes con la teoría y metodología interconductual.

Finalmente, para poder realizar la entrevista especializada se efectuó un análisis de las entrevistas psicológicas que han sido empleadas, remarcando sus limitantes y planteando una nueva manera de realización.

Se concluye con la importancia de eliminar la herencia del modelo médico-clínico en el proceder del psicólogo clínico.

## INTRODUCCIÓN

El ser humano desde su nacimiento ha interactuado con su medio ambiente transformándolo y siendo transformado por éste, enfrentando los cambios que se van presentando y que dan lugar a la acumulación de conocimientos y a la creación de ciencias diversas tales como la física, la biología, la química, las matemáticas y la psicología, entre otras (Vargas, 2006). Su interés por entender el propio comportamiento surgió desde tiempos muy antiguos quizás desde que observó las consecuencias de sus actos (Kantor, 1990).

Así, el estudio del comportamiento de las personas dio origen a la psicología, cuyo proceso histórico para convertirse en un estudio sistemático inicia en la Grecia clásica destacando autores como Hipócrates, quien ha sido considerado el padre de la Psicología debido a la descripción de sus observaciones acerca de diversos problemas conductuales; y Galeno que, siguiendo el método de la observación, proporcionó un procedimiento para el reconocimiento y curación de todas las enfermedades mentales. Dentro del campo de la filosofía, los máximos exponentes fueron Sócrates, Platón y Aristóteles al establecer la epistemología e interesarse en aspectos psicológicos tales como el aprendizaje, la memoria y el conocimiento consciente (Hothersall, 1997).

Al comienzo de la Edad Media los estudios psicológicos estuvieron dominados por la influencia de la religión cristiana, lo cual quedó asentado en los escritos de San Agustín (obispo de Hipona) en los que estipuló que Dios poseía la verdad última y la finalidad humana era conocerla. Tomás de Aquino estableció, que la razón humana era un complemento a la fe religiosa en la búsqueda de la verdad.

Durante el periodo del Renacimiento se dieron avances en la ciencia, el arte y la literatura; lo cual influyó en los planteamientos hechos dentro de la psicología, dando lugar a la institucionalización de la dualidad alma-cuerpo que regiría los estudios de filósofos y científicos, para después dar paso a diversas posturas (la fisiológica, la biológica, la neurológica) para tratar de explicar los fenómenos psicológicos. Como resultado de la adopción de dichas posturas la psicología se diversificó en un sinnúmero de teorías, dando paso a postulados que incluso resultan ser incompatibles entre sí (Kantor, 1990; Hothersall, 1997).

La psicología surgió como una disciplina con una configuración ambigua en la que la mayoría de las teorías desarrolladas sólo comparten una misma denominación (Ribes,



2004). Esta confusión y falta de delimitación conceptual condujo a que la labor realizada por los psicólogos en el campo aplicado se volviera pragmática, basándose únicamente en buscar resultados efectivos; formándose con la práctica y cuyo único interés era la aplicación de técnicas accesibles, económicas y efectivas para cumplir con las demandas sociales, sin conocer el por qué algunas funcionaban y otras no, o bien realizando su labor de modo sincrético, al no dominar un sistema teórico e incorporando conceptos de diversas teorías sin coherencia entre estos.

Debido a la variedad de teorías psicológicas que se fueron desarrollando, el trabajo realizado por los psicólogos se tornó en una actitud ecléctica que condujo a no dominar ninguna teoría y a desembocar en el pragmatismo y sincretismo; alejándose del dominio de un sistema conceptual que orientara su actividad para hacerla coherente, analítica y sistemática, es decir, alejándose de cumplir con los requisitos para alcanzar el estatus de ciencia (Zarzosa, 1991).

Durante el siglo XX surge el conductismo y la psicología se constituyó por fin como una ciencia independiente, pues contaba ya, con un objeto de estudio propio y distinto al del resto de las ciencias, además de una teoría y procedimientos coherentes; apartándose así, de la postura ecléctica y demás inconsistencias, logrando sistematizar el estudio de lo psicológico.

Debido a las contribuciones hechas por el conductismo para la conformación de una psicología científica resulta imprescindible conocer su historia, la cual inicia con Pavlov que, influenciado por Sechenov, se especializó en la fisiología, teniendo como propósito crear una psicología basada en la experimentación (Hothersall, 1997) y cuyo legado más sobresaliente fue el mecanismo del reflejo condicionado (Villarreal y Avendaño, 2012).

Otro de los personajes más destacados dentro del conductismo es Watson debido a que definió a la psicología como una rama de las ciencias naturales y estableció como su objetivo la predicción y control de la conducta, rompiendo con la línea divisoria entre los animales y el hombre integrándolos como parte de la investigación conductista, además de oponerse al estudio de la conciencia y al uso de la introspección (Vargas, 2006).

Partiendo de los estudios realizados por Pavlov y Watson, el trabajo efectuado por Skinner constituyó la consolidación del conductismo, quien amparado en el paradigma del condicionamiento operante planteó programas experimentales y tecnológicos con los cuales

explicó la adquisición y extinción de las conductas de los organismos (Sahakian, 1970; Villarreal y Avendaño, 2012).

Aun cuando las formulaciones conductistas hayan sido imprecisas y con limitaciones al analizar los fenómenos psicológicos, contaron con un cuerpo teórico y hallazgos empíricos para abordar su objeto de estudio, representando así una transición histórica clave en la evolución de la psicología como ciencia.

La teoría de campo formulada por Kantor, constituyó el marco de referencia para elaborar una teoría que subsanará las limitantes expuestas en el conductismo, y para conducir a la psicología al estatus de ciencia. Posteriormente sirvió de ancla para elaborar una taxonomía del comportamiento que rompiera con la dicotomía respondiente-operante y superara las limitaciones semánticas de la teoría del condicionamiento (Ribes y López, 1985).

La psicología interconductual basada en la teoría de campo apareció en 1959 y fue hasta el año 1985, gracias a la labor hecha por Ribes y López, que se desarrolló la taxonomía funcional de la conducta como campo de interacción, en la cual se postuló que la psicología tiene como objeto de estudio, la interacción de un organismo con su medio ambiente físico-químico, ecológico y social identificando las condiciones históricas, situacionales y paramétricas de su ocurrencia (Ribes y López, 1985); a partir de estos planteamientos se han generado una serie de investigaciones e intervenciones básicas y tecnológicas.

Dentro de la psicología se pueden identificar distintas áreas tecnológicas como la psicología del deporte, la psicología educativa, la psicología organizacional, la psicología en educación especial, la psicología clínica (entre otras).

La psicología clínica, denominada así desde la instauración de la primera clínica en la Universidad de Pennsylvania en 1896 por Lightner Witmer, inicia desde que el ser humano intentó mediante conceptos míticos explicar el comportamiento humano y por medio de rituales mágicos aliviar el sufrimiento físico.

De acuerdo con Kantor (1990) la psicología clínica surgió debido a la preocupación de los seres humanos por cambiar su comportamiento o el de los otros, mediante prácticas culturales que se fueron unificando con la aparición de la religión cristiana, caracterizada por la brutalidad ejercida hacia las personas que diferían de la mayoría, en sus

comportamientos, creencias o características físicas; considerando que dichas diferencias o enfermedades se debían a una posesión demoníaca.

La caída del imperio romano y el período del oscurantismo condujeron a una época de escasos avances en la ciencia y medicina, proliferando las creencias de la Iglesia cristiana que consideraba como poseídos, endemoniados o brujas a todas aquellas personas que les resultaran diferentes del resto, a las cuales curaban usando agua bendita, pasando por el exorcismo y llegando hasta la muerte. Durante el oscurantismo se asumió que las calamidades, los infortunios, los desastres naturales y las enfermedades eran resultado del trabajo del diablo y sus seguidores; estas creencias continuaron hasta la época del Renacimiento.

Durante el Renacimiento en la Europa occidental (limitado por los dogmas de la iglesia y las creencias acerca de la magia y la brujería) hubo un importante desarrollo de la ciencia que contribuyó en un cambio de paradigmas, logrando implementar la obtención del conocimiento por medio de la observación y la experimentación. Prueba de ello, son algunos hallazgos científicos importantes como la rotación de los planetas alrededor del sol y la circulación de la sangre por todo el cuerpo (Hothersall, 1997).

La Revolución Francesa y los intereses humanos de los revolucionarios, posibilitaron que se hicieran reformas en el trato que se le daba a quienes eran considerados como enfermos mentales. Philippe Pinel disgustado por las condiciones de crueldad y suciedad en las que el demente era alojado pidió a los administradores de hospitales que les dieran los beneficios de la libertad e igualdad por los que se luchó en la Revolución. Pinel creyó que la psiquiatría debía tratar las enfermedades mentales de manera científica, similar a la forma en que se trataban los desórdenes físicos.

La primera institución pública que alojó a los enfermos mentales se creó en Estados Unidos en 1773. Otro de los personajes más destacados en la lucha por el trato humanizado a las personas calificadas como enfermas mentales fue Dorothea Dix quien viajó a lo largo de Estados Unidos instalando el tratamiento humano para el enfermo mental y cuyas reformas fueron de gran influencia en todo el mundo (Díaz y Nuñez, 2010).

El período de las guerras, entre los años 1918 y 1941, tuvo consecuencias relevantes para la psicología clínica pues se le encomendó la tarea de diagnosticar a los adultos no hospitalizados que habían estado en la guerra, llevándose a cabo la aplicación de

diversas pruebas psicológicas. Cuando Estados Unidos entró a la guerra surgió la necesidad urgente de clasificar a un gran número de adultos aptos para colaborar con el ejército, tomando en cuenta su nivel intelectual y su estabilidad emocional; por lo que se pidió a Robert Yerkes (Presidente del APA) que estuviera al frente de una comisión de psicólogos experimentales con el cometido de desarrollar los medios necesarios para cumplir con ese fin, siendo las pruebas *Army Alpha* y *Army Beta* los productos que se aplicaron a los adultos que sabían leer y a adultos analfabetas; para poder descubrir los desórdenes del comportamiento de los reclutas, el comité Yerkes ofreció estas pruebas junto con el *Robert Woodworth's Psychoneurotic Inventory* (Phares y Trull, 1999).

Debido a la urgencia de aplicar dichas pruebas a los reclutas, el ejército capacitó a psicólogos de todos los enfoques para cumplir con dicho propósito, y para 1918 ya se tenía la evaluación de unos dos millones de adultos que habían hecho las pruebas en forma personal o colectiva. Después de la guerra los psicólogos clínicos se siguieron ocupando principalmente de los niños, pero comenzó a aumentar la oportunidad de trabajar en manicomios de Estados Unidos aplicando y elaborando pruebas psicológicas.

Durante este período los psicólogos ampliaron su campos de aplicación y se llevó a cabo el desarrollo de pruebas de inteligencia para niños y adultos, pruebas de personalidad, intereses, habilidades específicas, emociones y cualidades; entre las que destacan la prueba de asociación de palabras de Jung en 1919, la prueba de manchas de tinta de Rorschach en 1921, la prueba de analogías de Miller en 1926, la prueba de Goodenough del dibujo de la figura humana en 1926, la prueba de intereses vocacionales importantes en 1927 y la escala de inteligencia Weschler-Bellevue en 1939 (Díaz y Nuñez, 2010).

Paralelamente otros psicólogos de la época se dedicaron a investigar acerca de las teorías sobre temas importantes para la psicología clínica tales como la naturaleza de la personalidad, el origen de la inteligencia del ser humano, las causas de los desórdenes del comportamiento, la naturaleza y las posibles aplicaciones de la hipnosis, las relaciones entre el aprendizaje y las desviaciones. En Estados Unidos, poco a poco los psicólogos comenzaron a dar tratamiento y a dedicarse a la práctica privada (Phares y Trull, 1999; Díaz y Nuñez, 2010).

El haber incursionado en el mercado, ofreciendo tratamientos psicológicos, permitió que los psicólogos clínicos accedieran a funciones mejor pagadas y de mayor responsabilidad dependiendo menos de las pruebas para tener contacto con la gente.

Al comenzar la Segunda Guerra Mundial todavía no había programas oficiales de formación para psicólogos clínicos. Lo único que necesitaban para poder cumplir con sus funciones era haber recibido cursos para aplicar pruebas, algunos de psicología anormal, quizás algo sobre desarrollo infantil y tener interés por la gente. Debido a esto poco a poco se fue haciendo menos claro lo que significaba ser un psicólogo clínico e incluso su labor fue reducida a la aplicación de pruebas psicológicas; no se contaba con la ayuda de los colegas de las universidades y la APA no estaba interesada en mejorar su imagen estableciendo cursos de formación o exigiendo certificados oficiales (Díaz y Nuñez, 2010).

En los departamentos de psicología de las universidades no aceptaban la validez de la psicología aplicada por lo que llevó mucho tiempo obtener el reconocimiento de la psicología clínica. Debido a esta circunstancia los psicólogos tomaron la decisión de formar otra organización en 1937 a la que denominaron *American Association of Applied Psychology (AAAP)* con departamentos de psicología clínica, educativa, industrial y consultoría (la cual duraría ocho años antes de unirse nuevamente a la APA).

Para finales de los años treinta la psicología clínica había comenzado a incidir en hospitales y prisiones, así como a trabajar con adultos y niños, entre sus funciones se encontraban la evaluación, el tratamiento, la investigación, la enseñanza, la consultoría y la administración. Debido a su crecimiento e incidencia se tendió a considerarla como una rama independiente, sin embargo, para poder consolidarse de ese modo se necesitaba del apoyo de la ciencia psicológica y de la sociedad a la que servía (Phares y Trull, 1999; Díaz y Nuñez, 2010).

Estos apoyos llegaron con la Segunda Guerra Mundial pues los psicólogos clínicos adquirieron un mayor compromiso con la sociedad gracias a la aplicación de pruebas psicológicas a millones de militares y civiles, además de la aplicación de la terapia de corte psicoanalítico. Para quienes habían sido psicólogos clínicos antes de la guerra esto les dio la oportunidad de afirmar y ampliar sus funciones, sin embargo, eran la minoría (Díaz y Nuñez, 2010).

El acercamiento con los militares representó un crecimiento para la psicología clínica ya que se convirtió en una disciplina avanzada e importante, permitiendo a los psicólogos (gracias a su buen manejo de la situación) acceder a puestos como oficiales comisionados del ejército. Debido al gran número de personas que estaban en hospitales psiquiátricos, y al escaso número de psicólogos clínicos y psiquiatras, acabada la guerra la *Asociación de Veteranos de guerra* (VA) definió al psicólogo clínico como el profesionalista dedicado al tratamiento, diagnóstico y a la investigación de los desórdenes del comportamiento de los adultos y los describió como *Philosophical Doctors*, además declaró que se necesitaban 4 700 psicólogos para otros puestos bien pagados y de gran prestigio. No fue la ciencia ni la profesión de la psicología en sí misma, sino la Segunda Guerra Mundial, con su secuela de recursos humanos, lo que revolucionó la formación y el trabajo de la psicología clínica (Garfield, 1974; citado en Díaz y Nuñez, 2010).

La *Asociación de Veteranos de guerra* (VA) y la *United States Public Health Service* (USPHS) pidieron la colaboración de la APA para que estableciera los programas universitarios que valía la pena apoyar con fondos de la federación, más tarde el Comité de formación de psicología clínica de David Shakow (un grupo designado por la APA), presentó un informe en el que se recomendaba el contenido que debían contener los programas y determinaba las características que debía tener la formación en las universidades y los internados, además de contener los programas existentes. En dicho informe se establecieron como recomendaciones, que los psicólogos clínicos debían recibir una formación rigurosa como psicólogos (científicos) y después como profesionales prácticos y centrarse en el diagnóstico, la investigación y el tratamiento. La formación científico-profesional recomendada por el informe Shakow fue adoptada por la convención Boulder en 1949, convirtiéndose en el modelo impuesto para la formación del psicólogo clínico durante los 25 años siguientes (Díaz y Nuñez, 2010).

Dicha aceptación provocó un crecimiento explosivo dentro de la psicología clínica pues para 1948 la APA había aprobado 22 programas, para 1962 eran 60, mientras que para 1973 ya existían 83 programas de estudio sobre psicología clínica. El número de psicólogos creció y su trabajo se fue diversificando hasta alcanzar grandes proporciones. Después de la guerra la evaluación de la personalidad y de la inteligencia se desarrolló rápidamente tras la introducción de nuevas pruebas como el *Minnesota Multiphasic Personality Inventory*

(*MMPI*) o las pruebas proyectivas como el Rorschach y las escalas de inteligencia para adultos. También floreció la actividad terapéutica del psicólogo clínico así como el reconocimiento legal de la psicología como profesión (Phares y Trull, 1999).

En los años de la posguerra se determinaron las condiciones para la licencia y certificación de los psicólogos clínicos y la APA estableció un grupo para otorgar una certificación independiente denominado: *The American Board of Professional Psychology*. A pesar de que a lo largo de su historia la psicología clínica ha tenido progresos no ha llegado a su pleno desarrollo, en la actualidad se continúa discutiendo aspectos tales como la manera en cómo cubrir las necesidades de atención psicológica que tiene la sociedad; cuál es el papel y la importancia del diagnóstico y psicoterapia clínica; cuáles son los problemas y el futuro de la práctica privada; cómo se pueden prever los problemas psicológicos, o cómo se puede prestar atención psicológica a los estratos de la población que no tienen acceso a ella. Sin embargo el mayor obstáculo al que se enfrenta la psicología clínica es la oposición entre ciencia y práctica profesional, y la importancia de responder a la siguiente pregunta ¿Qué se debe hacer para que el psicólogo clínico sea al mismo tiempo científico, es decir, que proceda de manera sistemática, cuente con datos que funjan como evidencia de la efectividad de la intervención que lleve a cabo y al mismo tiempo sea capaz de ir tomando decisiones en función de las necesidades del usuario, y además contribuya para el desarrollo de la psicología como ciencia? (Phares y Trull, 1999; Díaz y Nuñez, 2010).

El considerar que la actividad científica y la práctica profesional son incompatibles y que no se requiere del desarrollo científico para el ejercicio de la psicología en el ámbito de la clínica o viceversa, conlleva graves consecuencias. Con frecuencia quienes se dedican a la práctica profesional desconocen los resultados de la investigación psicológica que se realiza y que podría ser de utilidad en su trabajo, o bien el investigador se coloca en un ambiente de laboratorio por lo que los resultados que obtenga sólo son replicables y útiles en otros laboratorios, perdiendo de vista las necesidades sociales presentes (Rodríguez, 2002).

Debido a la falta de teorías bien consolidadas la psicología clínica tuvo que enfrentarse prematuramente con las demandas impuestas socialmente. El haber asumido como propios ciertos problemas sociales (como la elaboración de instrumentos para medir

inteligencia o aptitudes diversas, selección y capacitación de personal, la solución de problemas institucionales o del campo de la salud) condujo al planteamiento de procedimientos y soluciones derivados de la práctica sin un sustento teórico que los respaldara. Ese hecho, no ha permitido que se consolide una tecnología psicológica científica.

Los intentos por construir una tecnología psicológica científica se fueron desvaneciendo debido a las limitaciones de las teorías dominantes tales como el psicoanálisis, la teoría de la conducta y la teoría cognitiva, así como por la adopción del modelo médico como forma de acción profesional (Rodríguez, 2002).

En el caso del psicoanálisis se estableció la existencia de conductas anormales, enfermedades o patologías carentes de un origen orgánico, tales como la histeria y la neurosis, que se presentaban a causa de procesos psicológicos inconscientes no resueltos, por lo cual el papel del psicoanalista en psicoterapia era disolver las defensas y confrontar al inconsciente del paciente (esto llevaba años de tratamiento). Por su parte la teoría de la conducta, a diferencia del psicoanálisis, ofreció una explicación acerca de la adquisición, modificación y eliminación de las conductas desadaptativas o anormales, desarrollando técnicas de tratamiento a partir de la extrapolación de las investigaciones desarrolladas en el laboratorio y que permitían la comprobación de su efectividad de manera empírica. Sin embargo, seguía sosteniendo la dualidad en sus concepciones, la existencia de conductas manifiestas u observables y las conductas internas o privadas, además de aceptar la dicotomía entre conducta adaptativa-desadaptativa. Por último la teoría cognitiva se desarrolló apartada del conductismo, considerando que no era suficiente para estudiar el comportamiento complejo del ser humano, por lo que propuso el estudio de los procesos del pensamiento para explicar las enfermedades mentales o desórdenes cognitivos (Rodríguez, 2002).

La aplicación de las tres teorías psicológicas obtuvo resultados efectivos, sin embargo, tenían serias limitaciones, entre las que resalta la falta de definición de un objeto de estudio y la falta de correspondencia entre la teoría y las técnicas empleadas. El interés de los psicólogos clínicos se centró en la resolución de los problemas que la demanda social les había impuesto, por lo que su trabajo se volvió ecléctico, carente de un cuerpo teórico coherente e integrado que los respaldara. La necesidad de contar con un marco teórico que



permitiera el avance de la psicología y el desarrollo de una tecnología científica requería de un cuestionamiento a fondo de las premisas, la lógica y las concepciones que regían el quehacer del psicólogo en el ámbito profesional (Rodríguez, 2002).

La teoría interconductual (separándose de las limitantes de las demás teorías existentes) definió un objeto de estudio propio y delimitó un campo de acción profesional constituido por la interconducta, proporcionando así una alternativa para la generación de una psicología científica que superara las limitantes anteriores, sustentada en premisas lógicas, teóricas, metodológicas y epistemológicas en las que está contenido el conocimiento para dar respuesta efectiva a las demandas sociales.

Partiendo de la teoría interconductual, se desarrolló la Intervención Interconductual (II) como un procedimiento tecnológico útil para cualquier área tecnológica de la psicología (Vargas, 2008). Para incidir en el área tecnológica de la psicología clínica, se generó la Intervención Interconductual en el Contexto Clínico (IICC), un procedimiento tecnológico exclusivo para el contexto clínico que consiste en el análisis, evaluación, regulación y probabilización de la conducta para dar respuesta a las necesidades del usuario, persona o grupo de referencia (UPGr), que se apoya en una Entrevista y guía clínica general IICC (en la cual se indica la manera en cómo recabar información e implementar la intervención), el Reporte por sesión IICC (que consiste en un registro consecutivo de información generada durante la intervención) y el Reporte final IICC (un registro acumulativo final de información generada durante la intervención).

La Entrevista y guía clínica general IICC ofrece los lineamientos a seguir para poder recabar la información e implementar la intervención, sin embargo no proporciona preguntas claves que permitan al psicólogo responsable de la intervención conducirse de una manera ordenada y sistemática en la recolección de información con los diversos UPGr con los que trabaje.

Además, para que el trabajo del psicólogo en el área clínica sea eficiente y eficaz, es necesario tener conocimiento previo de la persona a la cual se le brindara el servicio, que incluye el motivo general de asistencia, las expectativas referentes al servicio, así como los intentos anteriores de solución de la dificultad. Es así que resulta indispensable la elaboración de una hoja de recepción como procedimiento de apoyo técnico para la obtención de dicha información.

Para poder elaborar una entrevista especializada y una hoja de recepción, es indispensable analizar la historia y características de las entrevistas que se han realizado en el área clínica.

De acuerdo con Morga (2012) la historia de la entrevista comienza debido a la combinación del conocimiento generado en la medicina, la pedagogía, la filosofía, el periodismo y la psicología, siendo el medio más utilizado para la obtención de información y que varía dependiendo de la disciplina por la cual sea empleada.

Específicamente dentro de la psicología la entrevista ha sido el instrumento empleado por excelencia para la obtención de datos en diversos ámbitos, tales como: la selección de personal, el diagnóstico clínico y psicopedagógico, el asesoramiento vocacional, la investigación psicológica y sociológica, y la valoración del aprendizaje. El entrevistador debe ser hábil para interrogar, escuchar, encontrar la lógica en las respuestas del otro, además de hacer preguntas que le permitan cumplir con el objetivo de obtener información confiable, válida y pertinente para orientar la toma de decisiones (Morga, 2012).

La entrevista fue definida por Sullivan (1954) y Pope (1979), como una conversación entre dos o más personas que tiene objetivos determinados y en la cual alguien solicita ayuda y otro la ofrece, dando lugar a una diferencia explícita de roles (un experto y quien necesita ayuda). Bleger (1964) estableció a la entrevista como un instrumento o técnica indispensable en la investigación científica de la psicología pues da la posibilidad de lograr la aplicación de conocimientos científicos y a su vez posibilita la obtención de información (a partir de la observación del entrevistado durante la interacción que se mantiene con él y a través del intercambio verbal) (Morga, 2012).

Debido a que la entrevista es aplicada en diversos ámbitos de la psicología, existen diferentes tipos de entrevistas en función de las variables a estudiar, su nivel de estructuración, el marco teórico con el que se trabaje, los objetivos que se persiguen, el contexto en que se realiza, y al obtener la información. Su posterior análisis, elaboración e interpretación deberán vincularse al marco teórico que fundamentó la entrevista inicial (Piacente (2009).

Gracias a sus diversas características se han llevado a cabo clasificaciones de las entrevistas tomando en cuenta diversos criterios tales como la forma de conducción o

estructura (estructurada o cerrada, semi estructurada, abierta o no estructurada y tipo panel), el propósito u objetivo que se persigue (de investigación, psicopedagógica o psicoeducativa, de orientación vocacional, clínica y laboral) (Acevedo, 2009). Por su parte Maganto y Cruzlas clasificaron tomando como criterios la temporalidad del proceso (inicial, de información complementaria, sobre la biografía del sujeto o anamnesis, de devolución y de alta clínica) y la edad del entrevistado (niños y adolescentes, adultos, ancianos y personas con cierto deterioro). Las entrevistas independientemente de su clasificación siguen una misma serie de etapas o fases que deben seguir para poder cumplir con sus objetivos (inicio o rapport, desarrollo y cierre) (Colín, 2009).

En psicología, la entrevista se ha vuelto indispensable en las diversas áreas tecnológicas porque con los datos recabados es posible llevar a cabo las intervenciones, así como la toma de decisiones a lo largo de dicho procedimiento. Específicamente dentro de la psicología clínica se han realizado diversas entrevistas apegadas al marco teórico con el cual se trabaje, sin embargo la mayoría de dichas entrevistas no cuentan con la validez y confiabilidad necesaria para poder cumplir con los requerimientos de una metodología científica, lo que puede obstaculizar el trabajo del psicólogo al no contar con un procedimiento de apoyo técnico confiable, que le permita la obtención de la información necesaria de manera ordenada y sistemática para poder realizar una intervención (Piacente, 2009).

Retomando la perspectiva interconductual en general y la IICC en particular y con la finalidad de contribuir a la construcción de una tecnología psicológica científica, se plantea como objetivo del presente trabajo elaborar una entrevista especializada y una hoja de recepción como apoyos al procedimiento técnico de la Intervención Interconductual en el Contexto Clínico (IICC) con las cuales se pueda recabar la información necesaria para llevar a cabo la intervención.

El trabajo se organiza en cuatro capítulos: en el capítulo uno, “La Psicología”, se realiza un análisis del panorama histórico de la psicología y la aparición de la ciencia interconductual; en el capítulo dos, “Tecnología psicológica: psicología clínica”, se analiza el desarrollo histórico de la psicología clínica en general y los enfoques predominantes, así como la aparición y desarrollo de la tecnología interconductual clínica; en el capítulo tres, “Procedimientos de apoyo técnico a la Intervención Interconductual en el Contexto

Clínico”, se describe la IICC y se analizan los apoyos al procedimiento de intervención interconductual que se han desarrollado; en el capítulo cuatro, “Elaboración de apoyos al procedimiento técnico de la Intervención Interconductual en el Contexto Clínico (IICC): entrevista especializada y hoja de recepción”, se lleva a cabo un análisis de las entrevistas que han sido empleadas en las diversas áreas tecnológicas de la psicología y se propone una entrevista especializada y una hoja de recepción, congruentes con la teoría y metodología interconductual; finalmente, en “Conclusiones”, se presentan las implicaciones del uso de los apoyos al procedimiento técnico de la IICC.

# 1. LA PSICOLOGÍA

## 1.1 Panorama histórico de la psicología

Históricamente, la psicología tiene sus orígenes en los pensadores de la Grecia y Roma antiguas, y ha sido vinculada con otras disciplinas como la medicina, fisiología y neurología (Hothersall, 1997). Los filósofos griegos intentaron explicar el comportamiento humano desde una visión naturalista que en muchas ocasiones se contraponía a las creencias mágicas (Sánchez-Barranco, 1996). Analizaban la conducta como si se tratara de algo biológico, utilizando como método primordial a la observación directa, lo cual les permitía alejarse de ambigüedades dualistas que se irían desarrollando a lo largo de la historia de la Psicología (Kantor, 1980).

Hipócrates (460-377 a.C.), médico de la Antigua Grecia, considerado “el padre de la medicina”, también ha sido nombrado “el padre de la psicología” debido a que formuló descripciones claras de muchos problemas conductuales provenientes de sus observaciones. En su trabajo *El arte del curar*, presentó descripciones acerca de la melancolía, manía, depresión posparto, fobias, paranoias e histeria. Mientras que, en su tratado *La naturaleza del hombre*, postuló la teoría de los humores, aún perdurable en nuestros días (Hothersall, 1997).

La continuación del trabajo realizado por Hipócrates, fue realizado por Galeno (130-200 d.C.), un médico griego que, al dejar un sistema de ideas fisiológicas derivadas de los trabajos de sus predecesores así como de sus propios experimentos, basados en la observación, escribió un tratado de 17 libros *De Usu Partium (Sobre la utilidad de las partes)* describiendo la estructura y funciones del cuerpo, además describió un método para el reconocimiento y curación de todas las enfermedades mentales en su tratado *Sobre las pasiones y los errores del alma*, en el cual esbozó que las enfermedades del alma provenían de pasiones como el enojo, el miedo, la envidia y la lujuria violenta, que eran gobernadas por un poder irracional que estaba dentro de los hombres y que se rehusaba a obedecer a la razón, para liberarse de ellas, la persona debía procurar el entendimiento y autoconocimiento, lo cual se dificultaba por el amor propio que ciega los errores y causa que sólo se vean los de los demás, afirmando que un mentor (terapeuta bueno y noble) era

esencial. Los trabajos de Galeno se emplearon hasta la época del Renacimiento y gracias a ellos se conoce la antigua teoría científica y médica (Hothersall, 1997).

Para los griegos, las matemáticas se convirtieron en el lenguaje de la ciencia y así conformaron la visión del mundo. Un ejemplo de ello, es el trabajo realizado por el matemático y líder religioso Pitágoras de Samos (570-495 a.C.), fundador en Crotona de una secta religiosa secreta consagrada a las matemáticas, que consideraba la clave mágica del cosmos, el principio fundamental de todo. Pretendió extender el poder de la predicción matemática al terreno de lo psicológico, en el cual trazó una línea divisoria entre el alma y el cuerpo, calificando al cuerpo como de prisión corruptora del alma, idea que Platón aceptaría, dándole mucha importancia. Describió una relación matemática entre el mundo físico y la experiencia psicológica de la armonía y concluyó que todo es número, y que los principios de las matemáticas son los principios de todas las cosas (Hothersall, 1997; Sánchez-Barranco, 1996).

La tradición académica de los primeros griegos basada en la observación y la medición, dio paso a la ciencia e influyó en la filosofía occidental, y constituyó para la psicología una lucha por definirse a sí misma como una ciencia. En el caso de la filosofía, los tres autores principales fueron Sócrates, su pupilo Platón y Aristóteles, quienes establecieron la epistemología, dedicada a la investigación del origen, naturaleza, métodos y límites del conocimiento humano y además, se interesaron en varios aspectos psicológicos tales como el aprendizaje, la memoria y el conocimiento consciente.

Sócrates (469-399 a.C.), considerado un gran observador y escéptico, interesado en la búsqueda del conocimiento, cuestionaba toda posición, dudaba de lo obvio y ridiculizaba lo trivial y pretencioso. Se planteó la búsqueda de la verdad, la belleza, la justicia, Dios y otros conceptos absolutos similares. Esperaba que su aproximación lógica y rigurosa produjera respuestas verdaderas, su aproximación fue el racionalismo. Sus métodos sostenían que a través de juicios razonables se podía conocer la verdad y lo único necesario era un maestro que a través de un interrogatorio sistemático condujera a su pupilo, ilustrando los fallos lógicos en sus razonamientos, para que éste último pudiera encontrar el conocimiento. Este método de aprendizaje concibe una relación de iguales entre el maestro y el pupilo en lugar de una relación entre superior-subordinado (Harrsch, 1983; Hothersall, 1997; Sánchez-Barranco, 1996).

Aunque la mayoría de sus trabajos estuvieron enfocados a aspectos sociales y políticos, Sócrates consideró al alma como los rasgos esenciales y valiosos en el hombre, entre los cuales se encontraban la justicia, la verdad, la virtud, la felicidad y la belleza) que componían su conducta (Kantor, 1990; Mueller, 1980).

Platón (427-347 a.C.), pupilo y sucesor de Sócrates, al igual que su maestro, tuvo como objetivo, no dar lecciones de hechos a sus pupilos sino entrenarlos para ver más allá de las superficies de las cosas y buscar la realidad eterna subyacente a todo. Reconocía la poca fiabilidad de la información sensorial, afirmó que el conocimiento no deriva de las sensaciones, que son erróneas en algunas ocasiones, sino de los procesos de razonamiento sobre las sensaciones. Para Platón, la única manera de llegar a un conocimiento del mundo más exacto era a partir del empleo de mediciones y el razonamiento deductivo. Estaba al tanto de las contribuciones de Pitágoras y al igual que él, intento describir el mundo usando principios matemáticos. Reconoció una diferenciación en las personas en tanto, sus capacidades, habilidades, talentos y aptitudes y las categorizó como personas de oro, plata, latón o hierro, considerando que algunos debían regir y otros debían servir. Consideraba que las características e inteligencia eran hereditarias y creía que se localizaban en distintas partes del cuerpo: la razón se ubicaba en la cabeza, el valor en el pecho y el apetito en el abdomen. Propuso la medición de las diferencias individuales mediante las distintas partes del cuerpo y la asignación de diversas tareas a las personas de acuerdo con sus puntos fuertes, anticipándose al campo de la psicometría. Estableció la teoría tripartita del alma, en la cual postuló que cuando la razón, el espíritu y el apetito se combinan adecuadamente, dan como resultado la virtud de la justicia (Harrsch, 1983; Hothersall, 1997; Santamaría, 2001). Distinguió el alma en funciones nutritiva (perteneciente a las plantas), sensitiva (perteneciente a los animales) y racional (perteneciente a los hombres) (García, 1992). Sus escritos acerca de la naturaleza social, moral y política del hombre, son las aportaciones más relevantes para psicología, pues en ellos, está contenida una serie de descripciones en torno a la conducta psicológica del hombre, entendida como el reflejo de las acciones y los cambios del cosmos del que forma parte (García, 1992; Kantor, 1990).

Aristóteles, el último de los tres filósofos más relevantes, es considerado como un científico natural, fue el primero en enfocar el conocimiento del alma en base a presupuestos determinantes naturales, susceptibles de un tratamiento empírico, al igual que

cualquier otro elemento de la naturaleza. Entendió el estudio del alma como parte de la filosofía o conocimiento de la naturaleza, abandonando las posturas que la enmarcaban dentro de presupuestos suprasensibles, inaccesibles a través de metodología empírica (Sánchez-Barranco, 1996).

Fue estudiante de Platón durante 20 años, a sus 40 años, fundó una escuela de filosofía y ciencia en el Liceo. En sus trabajos adoptó una aproximación inductiva observacional. En su escrito *Analíticas posteriores*, Aristóteles abogó por la reducción de todo el discurso científico a silogismos, es decir, explicaciones de los primeros principios deducidos en forma lógica. En su tratado *De Memoria et Reminiscentia (concerniente a la memoria y la reminiscencia)* estableció que la memoria resulta de tres procesos asociativos, en los que objetos, eventos y personas están vinculados por medio de la similitud relativa con algún otro o su relativa diferencia. Las cosas se asocian si ocurren juntas en tiempo y espacio. Los tres principios básicos de la asociación (similitud, contraste y contigüidad) se completan con la frecuencia, pues mientras más se repite una experiencia particular, mejor se recordará; y la facilidad, Aristóteles reconoció que algunas asociaciones se forman más fácilmente que otras. Asimismo, estableció que los recuerdos son particularmente importantes porque reflejan las experiencias del mundo que se tienen.

Adopto una postura empirista estableciendo que todas las ideas, incluyendo aquellas consideradas como innatas, son el resultado de la experiencia. También desarrollo un análisis de causación sofisticado e influyente, la teoría sobre las causas que establece la causa material, causa formal, causa eficiente y causa final. Aristóteles veía toda la vida como una serie continua de gradaciones que partían de las más simples a las más complejas. Esta concepción de la escala de la naturaleza ha sido la principal influencia en el pensamiento biológico a través de los siglos, Charles Darwin, por ejemplo, reconoció la influencia de Aristóteles al formular su teoría sobre la evolución. El trabajo más importante de Aristóteles en el terreno de la psicología es *De anima*, que constituye una evidencia de que tenía una psicología formal que lo hace acreedor a ser considerado un antiguo padre de la psicología. Su clasificación de las almas en vegetativas, sensitivas e intelectivas no supone en él, diferenciaciones cualitativas de partes del alma en el sentido platónico, sino de una distinción establecida entre estructuras orgánicas más o menos complejas. Otra gran



aportación realizada por Aristóteles fue describir e interpretar la experiencia y la conducta del hombre en términos concretos (Mueller, 1980; Sahakian, 1970).

De acuerdo con Kantor (1990), Aristóteles contribuyó en gran medida al desarrollo de la psicología en general y la psicología Interconductual en particular, pudiendo agrupar sus aportaciones en seis puntos: 1. La actividad psicológica entendida como un desarrollo, 2. La continuidad entre organismos humanos e infrahumanos y sus respectivas conductas, 3. Las interacciones entre los objetos de estímulo y los organismos, 4. La doctrina de los cinco sentidos, 5. La conexión entre las acciones sensoriales y los órganos sensoriales y, 6. Los principios de asociación por semejanza, contraste y contigüidad.

Después de la filosofía propuesta por Aristóteles, se formularon otras filosofías, y desde el punto de vista psicológico, las más importantes fueron la escuela Estoica y la escuela Epicura. Ambas tenían como objetivo desarrollar sistemas filosóficos todo-incluyentes aplicables a los fenómenos físicos, así como a los asuntos políticos, sociales y morales. Para la escuela Epicura, cuyos representantes fueron Epicuro (341-270 a.C.) y el poeta romano Lucrecio (99-55 a.C.), la vida humana era un pequeño episodio en la eterna vida de colisiones atómicas, cuya meta era gozar cuantos placeres fueran posibles, de manera consistente con minimizar el dolor y el sufrimiento de otros. Los estoicos creían que un principio racional guiaba el Universo y que cada persona tenía el deber de seguir y promover la razón tanto en la conducta como en los asuntos del Estado, siendo las pasiones y las emociones sojuzgadas (Hothersall, 1997).

Pasaron alrededor de 1000 años entre el colapso del Imperio Romano en el siglo V d. C. y el comienzo del Renacimiento, época denominada *Oscurantista*, en donde las cuestiones psicológicas se vieron envueltas por la religión cristiana, y cuya doctrina planteaba, contrario a la visión propuesta por los filósofos griegos, que el espíritu es luz, unidad, concentración, y los sentidos se convierten en una especie de elementos que corrompen el alma y la mantienen aprisionada hasta su retorno a Dios en donde se garantiza una eternidad bienaventurada (Mueller, 1980), lo cual se observa en los escritos de San Agustín, obispo de Hipona (354-430 d.C.).

San Agustín representó el paso de la Edad Antigua a la Edad Media, considerado un defensor del neoplatonismo. En su escrito *Soliloquios* expresó que su interés era Dios y el alma y estableció que el hombre a partir de la introspección podía descubrir la verdad, la

huella de Dios en él, debido a que el alma era el representante de Dios en el interior del yo. Para San Agustín el alma captada en su estructura esencial, capaz de elevarse, por lo menos en algunos aspectos, a las certidumbres invariables de la razón, la moral y de la ciencia, era la realidad primera (Mueller, 1980). En *Sobre la cualidad del alma*, expresó que la interioridad es el alma, que consideró como una entidad eterna, espiritual y racional, sirviéndole el cuerpo, que es vivificado por ella, como un mero sostén material pasajero.

No concibió el alma como forma del cuerpo, rechazando la unión alma-cuerpo, eran radicalmente distintos, siendo un misterio el hecho de su viaje temporal conjunto. Localizó en el alma las facultades cognitivas, tanto en su nivel inferior (conocimiento sensitivo) como superior (conocimiento racional o intelectual). El mundo exterior, las cosas, sólo le interesaban en tanto que conducían al conocimiento de sí mismo, apuntando con ello hacia el conocimiento de Dios (Sánchez-Barranco, 1996). Sostuvo que Dios era la verdad última y conocer a Dios era la última meta de la mente humana y para entender la conducta de los seres humanos, recurrió al interior de las personas. En su libro *Confesiones*, reveló sus propias emociones, pensamientos, motivos y memorias, por estas revelaciones se le ha considerado “el primer psicólogo moderno” (Misiak y Sexton, 1966, citado en Hothersall, 1997). La influencia de San Agustín no ha dejado de ejercer una atracción singular sobre las personas inclinadas a un misticismo intelectual, por el sentido estremecedor de la interioridad espiritual que se desprende de él, y cuyo mejor motivo de inspiración es el sentimiento del amor, que lo levanta, por encima de controversias doctrinales, hacia la certidumbre vivida de que nada supera en excelencia a las tres virtudes teologales: la fe, la esperanza y la caridad (Mueller, 1980). Desafortunadamente, la concepción hecha por San Agustín acerca del alma como explicación del comportamiento del ser humano quedó establecida en la cultura de la Europa occidental, mermando la conceptualización de lo psicológico con sus nociones de espíritu y vida interior (Kantor, 1990; Sánchez-Barranco, 1996).

En el siglo XII Santo Tomás de Aquino (1225-1274), reinterpretó a Aristóteles y estableció el estoicismo, disciplina que readmitía la razón humana como un complemento a la fe religiosa en la búsqueda de la verdad (Hothersall, 1997). Lo principal de las ideas aristotélicas le llegó a través del árabe Averroes de Córdoba (1126-1198). Postuló que la teoría aristotélica del compuesto sustancial cuerpo-alma abría un horizonte a la teología

cristiana, por lo que defendió la cosustancialidad del cuerpo y del alma, calificando a aquél como el principio de individuación del alma, afirmando que sin el cuerpo el alma no es perfecta y sin ésta no hay configuración ni vida. Para Tomás de Aquino el alma humana posee una actividad (pensar y querer) intrínsecamente independiente de cualquier órgano corporal, no reconoce operación anímica alguna en la que el cuerpo no participe, dado que sin los dos y sin los datos proporcionados por ellos no es factible ningún conocimiento o actividad. El conocimiento según Santo Tomás se iniciaba sobre la base de lo que penetra por los sentidos y culmina en el entendimiento, contando con facultades anímicas intermedias como el sentido común, la imaginación y la memoria (Mueller, 1980; Sánchez-Barranco, 1996). Con Tomás de Aquino, la psicología volvió a tener un enfoque sistemático dentro de la cultura europea, a pesar de partir de un enfoque teológico que lo llevo a equiparar la *gracia* con la naturaleza, sin embargo, sus esfuerzos por retomar la visión naturalista de Aristóteles son dignos de mención para el desarrollo de la psicología (Sáiz, 2009). Muchos de los postulados tomistas fueron considerados como peligrosos por la Iglesia, como la individuación por la mera intervención de la materia, la necesidad de que la voluntad siga lo que el intelecto ha considerado como bueno. Por lo cual, el franciscano John Peckham, arzobispo de Canterbury, condenó en 1285 todo el tomismo, resaltando que suponía un abandono de la doctrina agustiniana, donde yacía la verdad (Sánchez-Barranco, 1996).

La Edad Moderna tuvo como principales postulados la primacía del hombre. El humanismo renacentista rechazaría todas las especulaciones cosmológicas y teológicas para colocar al ser humano en el centro de sus preocupaciones, sin dejar el interés por el conocimiento de la naturaleza, el mecanismo fisiológico y por la primacía de la experiencia sobre lo meramente racional, lo cual fue preparando el camino hacia las ciencias (Sánchez-Barranco, 1996).

La ciencia avanzó con los descubrimientos hechos por Nicolás Copérnico (1473-1543) al publicar su visión heliocéntrica del Universo; Galileo Galilei (1564-1642) al desarrollar la astronomía y establecer los fundamentos del método científico; e Isaac Newton (1642-1727) con la gravitación universal.

Alrededor de 1000 años transcurrieron después de la caída del imperio romano en el siglo V d.C., para que se iniciara la época del Renacimiento (siglos XV y XVI), que fue una

era de exploración, descubrimiento y logro artístico, se dieron avances en la ciencia, el arte y la literatura y se inventó la imprenta, con la cual el conocimiento estuvo disponible para un número relativamente grande de personas a partir de la posibilidad de la impresión de libros que brindó. Para la psicología, esta época representó el alejarse de las posturas teológicas, dándose los antecedentes formales filosóficos y científicos de dicha disciplina, sin embargo, aun cuando el conocimiento ya no se tomaba como una revelación divina, los estudiosos debían ser muy cuidadosos para hablar de aspectos mentales sin estar en contraposición de la Iglesia, pues dicha institución seguía manteniendo una relevancia enorme (Hothersall, 1997; Sáiz, 2009).

Además de los avances científicos, el desarrollo de la filosofía del Renacimiento proporcionó un fundamento importante para la psicología. Los filósofos de la época buscaban el conocimiento de las cosas y sus causas desarrollando razonamientos y teorías que tendrían un fuerte impacto en el posterior desarrollo de la psicología.

La mayor influencia se encuentra con el matemático y filósofo francés René Descartes (1596-1650), con sus libros *Discurso del método*, *Meditaciones metafísicas* y *Reglas para la dirección del espíritu* (Hothersall, 1997). En su *Discurso del método*, explicó cómo es que él aceptaría como verdad sólo aquello de lo que no pudiera dudarse, por lo que rechazaba las evidencias de los sentidos por no ser absolutamente veraces, ya que los sentidos pueden engañar, lo que lo condujo a plantear que de lo que no podía dudar era que él era quien dudaba, entonces, estipuló que el camino para llegar a la verdad era a partir de la capacidad humana para razonar y describió cuatro reglas básicas para llegar a la verdad que consistieron en pensar con claridad, lógicamente y sin prejuicio, reducir los problemas a subproblemas, trabajar en forma sistemática de lo simple a lo complejo y revisar el trabajo. Estas formulaciones fueron revolucionarias en su época, pues de acuerdo con él, la única forma de llegar a la certeza de la verdad era llegar a ella por uno mismo, basándose en el uso de las propias facultades de razonamiento. Además estableció que el ser humano tenía ideas innatas, derivadas del uso de su capacidad de razonamiento y también tenía ideas derivadas, resultado de su experiencia en el mundo. Debido a su postura de ideas innatas, Descartes puede ser considerado como innatista y racionalista. Su distinción entre ideas innatas y derivadas prefigura uno de los temas más recurrentes en psicología: la relación entre naturaleza y crianza (Sánchez-Barranco, 1996).

René Descartes ha sido considerado el dualista por excelencia en la historia pues abogó por una separación entre mente y cuerpo, postulando que se diferenciaban por las propiedades de extensión y movimiento. Los cuerpos ocupan espacio y se mueven a través de éste, mientras que la mente no posee ni extensión ni movimiento. El eje de la mente sin extensión es la capacidad de razonar, mientras que el cuerpo es, en esencia, una máquina, sin embargo, ejercían una influencia directa entre sí, esta distinción fue denominada dicotomía cartesiana, que tuvo implicaciones separando a los seres humanos de los animales (Goodwin, 2009). Todo este proceso aunque es autorregulado de manera mecánica, la mente lo dirige mediante su interacción constante con el cuerpo a través de la glándula pineal, teniendo como estaciones intermedias el cerebro y los nervios. Con dicha distinción, Descartes trató de ubicar a la mente en una estructura biológica, que bien pertenece al dominio de la naturaleza y no de lo supernatural o divino, pero que sin embargo, llevó a tomar caminos que fueron en contra del progreso de la Psicología por sus concepciones dualistas (Kantor, 1990; Sánchez-Barranco, 1996).

En el continente europeo, la filosofía predominante fue racionalista, sobre todo después de los postulados hechos por Descartes, sin embargo, en Inglaterra surgió una tradición diferente casi al mismo tiempo en que se extendía la influencia de Descartes. La tradición filosófica inglesa fue el empirismo, el cual se basa en la idea de que nuestros conocimientos del mundo se construyen a partir de nuestras experiencias en él. Debido a que estos conocimientos se entrelazan con las asociaciones que se generan entre nuestras ideas, el empirismo inglés se liga estrechamente con las doctrinas del asociacionismo. Esta corriente filosófica inglesa, tiene sus orígenes en el pensamiento de sir Francis Bacon y las teorías sociales de Thomas Hobbes, contemporáneo de Bacon y Descartes, sin embargo John Locke ha sido considerado el fundador de este movimiento (Goodwin, 2009).

John Locke (1632-1704), en su *Ensayo sobre el entendimiento humano* formuló las bases del empirismo inglés, poniendo énfasis en la búsqueda de las reglas que regían a la mente. Rechazó el planteamiento de las ideas innatas y discutió que la mente era como una hoja de papel en blanco en la que se escribían nuestras experiencias. Estas ideas resultantes de la experiencia tenían dos fuentes: la sensación y la reflexión. Locke empleó un modelo atomista, suponía que las ideas complejas se formaban a partir de los elementos básicos de las ideas simples. Postuló que las cualidades primarias (como la extensión) existían

independientes de quien las percibe, pero las cualidades secundarias (por ejemplo, la percepción del color) dependen de la percepción. De acuerdo con Kantor (1990), Locke fue para el desarrollo de la Psicología, quien reconoció en el alma un carácter mundano único y la dotó de funciones cognoscitivas humanas. A partir de sus estudios, Locke hizo algunas recomendaciones en el ámbito de la educación, por ejemplo, diciéndole a los padres que asumieran un papel activo en la educación de sus hijos, que a los niños se les alentara con elogios y no con recompensas concretas, y que debía evitarse el castigo como estrategia educativa.

George Berkeley (1685-1753), sucesor inmediato de Locke, compartía sus concepciones acerca de las ideas y su fuente generadora, la experiencia. Sin embargo, en su *Tratado sobre los principios del conocimiento* de 1703, estableció que el contacto con el mundo externo que permite la experiencia, depende de la percepción, es decir, todo existe en tanto es percibido. Escribió un análisis exhaustivo de la percepción visual basado en argumentos empiristas, describiendo, en el proceso, fenómenos visuales como la convergencia, la acomodación y los efectos de la imagen invertida en la retina. Rechazó la distinción establecida por Locke entre cualidades primarias y secundarias y, para contrarrestar el materialismo, propuso que no podemos estar seguros de la realidad de los objetos salvo por la creencia que tenemos en Dios, el Perceptor Permanente (Goodwin, 2009; Kantor, 1990).

David Hume (1711-1776) fue un empirista asociacionista notable por haber distinguido entre las impresiones derivadas de la sensación, y las ideas que eran, según estableció, copias apenas perceptibles de las impresiones, por lo que sentir es lo primordial. También identificó las reglas de la asociación como semejanza, contigüidad, y causa y efecto. Consideraba que no podemos conocer la causalidad en forma absoluta, sólo que ciertos sucesos ocurren juntos regularmente. Realizó trabajos como *Un tratado sobre la naturaleza humana* en 1739 y *Una investigación sobre el entendimiento humano* en 1748. Hume defendió la concepción naturalista que establece que los seres humanos son parte de la naturaleza y por lo tanto deben ser estudiados mediante los métodos de las ciencias naturales, a fin de describir y explicar científicamente los sistemas de ética, conducta política, criticismo y razón, así como la conducta moral del hombre. Así la psicología deja

de estudiar el alma y se centra en el estudio de la mente y su funcionamiento (Goodwin, 2009; Hothersall, 1997).

A David Hartley (1705-1757) se le considera el fundador del asociacionismo debido al esfuerzo sistemático que hizo por resumir todo lo que se conocía sobre éste y su argumento de que la esencia de la asociación era la contigüidad tanto espacial como temporal y la repetición. Hartley creó un modelo del sistema nervioso basado en el concepto newtoniano de las vibraciones, y su postura sobre el problema entre mente y cuerpo se inscribió en el paralelismo psicofísico. Su formación en medicina le permitió establecer a la mente en el cerebro y sostuvo que los objetos del mundo externo actúan sobre los órganos sensoriales a través de vibraciones que llegan a los nervios y luego al cerebro, generándose las postimágenes. Dentro del cerebro las vibraciones se asocian con las ideas cuando ocurren en forma simultánea y un número consistente de veces. Gracias a su base biológica, es considerado como el precursor de la psicología fisiológica, además de desarrollar con más precisión el paralelismo psicofísico al establecer que las sensaciones, ideas y otros eventos mentales suceden al lado de otros de naturaleza más corporal pero no son afectados por éstos (Goodwin, 2009; Keller, 1990).

John Stuart Mill (1806-1873), fue el principal filósofo británico del siglo XIX, que describió la mente recurriendo a una metáfora química más holista, argumentando que las ideas complejas son mayores que la suma de las ideas simples individuales. Mill analizó la lógica de la ciencia y describió varios métodos para tratar de llegar a una verdad científica inductiva: el método del acuerdo y el método de la diferencia, que son la base del método experimental moderno, y el método de la variación concomitante, similar al método correlacional moderno (Goodwin, 2009; Sánchez-Barranco, 1996).

Gottfried Wilhelm Leibniz (1646-1716), desafió la analogía de la hoja de papel en blanco realizada por Locke e instituyó que la mente era más bien como un mármol vetado, cuyas vetas eran análogas a las ideas y capacidades innatas que dan forma a nuestras experiencias. También desafió el interaccionismo de Descartes, arguyendo una postura paralelista, empleando la metáfora de dos relojes sincrónicos para plantear su argumento. Su monadología sentó las bases de los conceptos de inconsciente y umbrales sensoriales.

A Immanuel Kant (1724- 1804), se le conoce por sus libros *Crítica de la razón pura* (1781), *Crítica de la razón práctica* (1788), y *Crítica del juicio* (1790). Reconoció la importancia de las experiencias en el desarrollo de nuestra comprensión del mundo, pero sostuvo que la experiencia misma no era posible sin el fundamento de un conocimiento *a priori* que constituyera el marco para nuestras experiencias. Además postuló que la psicología no podría alcanzar la condición de ciencia, pues señaló que, en comparación con los objetos físicos, los fenómenos mentales no podían observarse directamente ni tampoco podían definirse o medirse con la precisión de las matemáticas (Goodwin, 2009).

Los avances logrados en el Renacimiento y el Posrenacimiento, hicieron importantes contribuciones al desarrollo de la psicología. Los trabajos de Galileo y Newton comenzaron la revolución científica occidental y la tradición científica adoptó una cierta metodología que consistió en observar de manera cuidadosa y de ser posible cuantificar los fenómenos, hacer predicciones matemáticas sobre los efectos de ciertas variables y verificar aquellas predicciones de manera empírica, estos procedimientos se prometían descubrir la verdad, y se convirtieron en los criterios de la ciencia occidental y en consecuencia, fueron adoptados por los primeros psicólogos al intentar establecer una ciencia de la mente. La psicología heredó algunos postulados filosóficos, como los propuestos por René Descartes que establecieron el escenario para convertirse en una disciplina independiente de otras ciencias al afirmar que la mente está separada del cuerpo y bajo el dominio de sus propias reglas y principios. También recibió la influencia de otras dos corrientes filosóficas: el nativismo (hace hincapié en las características heredadas y pone menos énfasis en el medio ambiente) y el empirismo (enfatisa la igualdad en el potencial de todos los seres humanos, la importancia de los factores del medio ambiente sobre el desarrollo del individuo, dando origen al conductismo), que han contribuido en la definición de diversos temas psicológicos (Hothersall, 1997; Sahakian, 1970).

Los primeros empiristas Thomas Hobbes, John Locke y George Berkeley hicieron énfasis en los efectos de la experiencia sobre una mente pasiva. Mientras que los empiristas que aparecieron más tarde: David Hume, David Hartley y John Stuart Mill, consideraron el papel de la mente activa en la formación de asociaciones, dando lugar a lo que constituiría el fundamento en el estudio del aprendizaje y la memoria. En Alemania, los filósofos Gottfried Wilhelm Leibniz e Immanuel Kant perpetuaron el nativismo al postular que los



contenidos de la mente no son sólo producto de la experiencia sino que están influenciados por su estructura innata. Un nuevo conocimiento surgió a partir de la observación y la experimentación, que daría los fundamentos para el desarrollo de la psicología fisiológica, dejando de hacer contribuciones especulativas como las anteriormente citadas. El desarrollo para el estudio del cerebro y la medula espinal, y su aplicación en escenarios clínicos y experimentales, orientaron los fundamentos para entender las estructuras y funciones del sistema nervioso, que proporcionaron las bases para entender la sensación, la percepción, la emoción, el lenguaje y la cognición (Hothersall, 1997).

Johann F. Herbart (1776-1841), discípulo de Kant, empezó a defender el carácter científico de la psicología, afirmando que en la mente existían ideas más fuertes que otras, y por tanto, podrían ser medidas de alguna manera. Así la psicología podía cumplir con el requisito kantiano de que un objeto para poder ser estudiado por una ciencia, debería ser cuantificable. Para Herbart, en la mente existían contenidos cuyas relaciones dinámicas podían, de algún modo, expresarse con fórmulas matemáticas. Las sensaciones, imágenes e ideas tenían energía, unas más que otras, algunas eran incompatibles y se rechazaban mutuamente, desplazando la que tiene más energía a la otra. La idea dominada pasaba a un estado de menor conciencia, no desaparecía totalmente y de alguna manera seguía influyendo en la mente. Para esbozar lo anterior, Herbart recurrió al término de *limen* o *umbral de la conciencia*, con el que se refería al límite o frontera por debajo del cual existen ciertas ideas forzadas por otras, Freud insistió en este aspecto, mientras que Fechner trató de medir el valor de ese limen o umbral absoluto inferior de la sensación (que representa la intensidad de energía física necesaria para que empezemos a percibir de tal estimulación). A pesar de que Herbart era un gran filósofo y ofreció ideas interesantes a los psicólogos, nunca trabajó empíricamente con ellas, los primeros en intentarlo fueron Weber y Fechner (García, 2003).

Fueron Charles Bell y Francois Magendie, por una parte, y Johannes Müller y Hermann Ludwig Ferdinand von Helmholtz, por otra, los que dieron el gran empuje a la fisiología, facilitando indirectamente la cristalización de la psicología como ciencia autónoma. Charles Bell (1774-1842) y Francois Magendie (1783-1855) descubrieron en 1811 y 1822 respectivamente y de manera independiente, la autonomía de la vía motora y sensorial, que tenían funciones particulares (Sánchez-Barranco, 1996).

Hermann Ludwig Ferdinand von Helmholtz (1821-1894), realizó aportaciones que resultaron esenciales en la evolución de la psicofisiología. En 1847 formuló el principio de la conservación de la energía, el cual plantea que el universo consiste en un conjunto de procesos en los que continuamente se está redistribuyendo la energía, siendo su cantidad total siempre la misma. En el proceso mediante el que una causa produce un efecto, se libera una determinada cantidad de energía. Además estableció la velocidad del impulso nervioso a partir de sus estudios experimentales con ranas y seres humanos. Primeramente, diseccionó el nervio motor del músculo del anca de una rana, con objeto de observar la contracción ante la estimulación eléctrica. Helmholtz estimó la velocidad del impulso nervioso a partir de la demora entre la estimulación del nervio y la contracción muscular. Posteriormente, entrenó a sujetos humanos para que presionaran un botón al sentir una estimulación aplicada a sus piernas. Los tiempos de reacción variaron según el lugar de la pierna en el que se aplicaba la estimulación. Estos procedimientos, característicos de la fisiología experimental del siglo XIX, son los que después aplicarían los primeros psicólogos experimentales (Aragón, 2011; Martín, 2003).

Franz Joseph Gall (1758-1828) y Johann Gaspar Spurzheim (1776-1832), desarrollaron la frenología que recibió una notable aceptación en el siglo XIX y consistió en realizar una descripción detallada de la función del cerebro, estableciendo que la forma del cráneo, muy semejante a la del cerebro, correspondía al desarrollo de ciertas capacidades mentales, de tal manera que las características de la personalidad y la inteligencia más desarrolladas producen determinadas protuberancias craneales (Hothersall, 1997).

Johannes Peter Müller (1801-1858), fisiólogo y psicólogo alemán, enunció la ley de Müller, en la cual planteó la energía específica de los nervios, y postuló que la sensación es parte fundamental de todos los sentidos, pero el modo de las sensaciones es diferente, argumentó que un agente externo no puede producir una sensación que no se produzca internamente, la misma causa interna o externa produce sensaciones diferentes dependiendo del sentido que se trate, y que cada sentido tiene un nervio particular con cualidad o energía peculiar. Aseguró que la mente puede intervenir en las sensaciones intensificándolas, diferenciándolas e interpretándolas (Sahakian, 1970). Con ello, se oponía a lo postulado por Wundt, quien mantenía que todas las vías nerviosas y estaciones centrales eran

fundamentalmente semejantes, procediendo las distintas cualidades sensoriales de la diversidad estimular (Sánchez-Barranco, 1996).

Marie-Jean Pierre Flourens (1794-1867) fue el investigador más importante de las funciones en el cerebro, eminente cirujano francés, empleó el método de la ablación, un procedimiento experimental, en el cual áreas específicas del cerebro son removidas quirúrgicamente. Realizó diversos estudios con el cerebro de animales, concluyendo que la percepción, las funciones superiores de la mente como la voluntad, la memoria y el juicio, y todas las acciones voluntarias se localizan en los lóbulos cerebrales. Además concluyó que el cerebelo controla y coordina las actividades motoras involucradas en caminar, saltar, volar y ponerse de pie. Flourens también estudió la recuperación de las funciones después de una lesión cerebral y postuló que pequeñas áreas del cerebro pueden dañarse sin que representen una pérdida de funciones y que los efectos de una ablación dependen de la cantidad de tejido extirpado. Además reportó que algunas funciones que se pierden de inmediato después de un daño cerebral pueden recuperarse con el tiempo, lo cual dio paso al concepto de plasticidad cerebral (Hothersall, 1997).

El cirujano y neurólogo Pierre-Paul Broca (1824-1880), enfatizó la acción del cerebro como un todo y criticó los intentos de localizar funciones tales como el lenguaje (Hothersall, 1997). Además resaltó la correspondencia que se presenta entre un daño cerebral específico y la pérdida de habilidades mentales, centró sus estudios en el lenguaje hablado, y señaló que el hemisferio izquierdo es el responsable de lograr conciliar las ideas y las palabras para poder nombrarlas. Mencionó que en los pocos casos en que no puede identificarse esta predominancia se debe a que el hemisferio derecho, ante el mal funcionamiento temprano del hemisferio izquierdo, suple sus funciones (Sahakian, 1970).

Para el estudio de la función cerebral, en los comienzos del siglo XX, se desarrollaron dos técnicas: la ablación y la estimulación eléctrica en el cerebro. Los intentos por comprender el aprendizaje, la memoria y otros procesos psicológicos a través de técnicas neuropsicológicas no resultaron suficientes para que la Psicología fuera considerada como una ciencia independiente con un propio objeto de estudio y con sus propios métodos distintos de investigación (Hothersall, 1997).

Asimismo, durante los siglos XIX y principios del siglo XX, una gran cantidad de estadounidenses estudiaron ciencias en Europa, especialmente en Alemania. En la segunda

mitad del siglo XIX, muchos de ellos se fueron a Leipzig, para estudiar la nueva aproximación a la psicología que ahí se desarrollaba. El sistema educativo alemán fomentaba la filosofía de *Wissenschaft*, la cual hacía hincapié en la libertad de cátedra y la investigación, lo cual generó un ambiente propicio para la aparición de ideas nuevas, incluida la de una nueva Psicología (Goodwin, 2009).

En esta misma época, Wilhelm Wundt, Ernst Weber, Gustav Fechner intentaron introducir la manipulación experimental de lo mental, partiendo de los conocimientos desarrollados en la biología y las matemáticas, sugirieron que el estudio de la mente debía ajustarse a las mismas reglas para poder reconocer a la psicología como ciencia, sin embargo, había un gran inconveniente, pues la mente ocupaba una dimensión diferente de los eventos físicos (Kantor, 1990; Vargas, 2006).

Wilhem Wundt (1832-1920), es considerado el fundador de la psicología experimental. Se propuso crear una nueva psicología que hiciera hincapié en los métodos experimentales, que se extrajeron de la fisiología (Goodwin, 2009). Estableció en 1879 el primer laboratorio en Leipzig para la experimentación psicológica y sus trabajos tuvieron que ver con la fisiología y la demostración de entidades metafísicas (Kantor, 1990; Vargas, 2006). Además de la primera revista dedicada a describir los resultados de las investigaciones psicológicas. La nueva ciencia de Wundt consistió en estudiar la experiencia consciente inmediata bajo condiciones de laboratorio controladas. Dado que los procesos mentales superiores como el lenguaje no podían someterse a control experimental y replicación, tenían que estudiarse por medio de métodos que no eran de laboratorio (como la observación). En el laboratorio de Wundt, la mayor parte de las investigaciones tenían que ver con procesos sensoriales y perceptuales básicos, además se produjeron estudios de cronometría mental, con los cuales trataba de medir la cantidad del tiempo que se llevaban varias actividades mentales (Goodwin, 2009). A Wundt se le acredita por haber fundado la psicología como una disciplina separada de la filosofía y la fisiología, debido a esto, la Asociación Americana de Psicología (APA) eligió el año 1979 como el centenario de la psicología. Wundt es recordado como un defensor de una aproximación estricta, la introspección, y como un experimentalista estricto. Sus trabajos fueron continuados por sus pupilos, especialmente por aquellos provenientes de Estados Unidos, que fundaron laboratorios psicológicos y departamentos de psicología. Dos de sus estudiantes europeos,

Edward Titchener y Hugo Münsterberg también tuvieron un importante papel en el desarrollo de la Psicología en Estados Unidos (Hothersall, 1997).

Tanto Edward Titchener como Hugo Münsterberg emigraron a Estados Unidos en 1892, cada uno de ellos dirigió un importante laboratorio de psicología Titchener en Cornell y Münsterberg en Harvard. Titchener definió la psicología como la ciencia de la mente y considero que su tarea debía ser la búsqueda de los elementos básicos o la estructura de la mente humana y la introspección bajo condiciones experimentales rígidamente controladas sería el método adecuado para llevar a cabo el estudio de la mente. Llegó a mantener que la psicología no sólo debía ser experimental, sino también pura, sin ningún objetivo práctico o aplicado. Paralelamente insistió en que la introspección experimental era el único método adecuado para la investigación psicológica, oponiéndose a cualquier otro acceso, como la observación, por lo que dejó fuera de sus intereses los estudios del animal o del ser humano incapacitado para la introspección (niños pequeños, sujetos anormales). Su enfrentamiento al funcionalismo fue total, al igual que al naciente conductismo, mostrándose menos rígido con la psicología gestalt, aunque opinó que sus componentes no hacían psicología sino fenomenología experimental, en cuanto al psicoanálisis, manifestó que el inconsciente era un invento y una esfera de la ficción. Titchener cumplió un papel relevante en la psicología, conduciendo el wundtismo experimental hacia su momento cumbre, partiendo también de la consideración de la experiencia inmediata, aunque dándole una matización peculiar (Sánchez-Barranco, 1996).

Mientras que Münsterberg se negó a definir su psicología pues consideraba que ninguna definición podría ser lo suficientemente inclusiva, su objetivo era estudiar las funciones de la mente: cómo aprendemos, recordamos, percibimos y juzgamos; favorecía el trabajo fuera del laboratorio y las aplicaciones del conocimiento psicológico a diversos escenarios como la clínica, la industria y las cortes de la ley (Hothersall, 1997).

A diferencia de Wundt y sus seguidores, muchos otros fisiólogos y psicólogos alemanes como Ernst Weber, Gustav Fechner, y Hermann Ebbinghaus, restringieron su trabajo al estudio de la psicofísica, la sensación, la percepción, la solución de problemas o la memoria (Hothersall, 1997).

Ernst Weber (1795-1878), propuso estudiar la mente mediante la experimentación, empleando la observación de datos análogos a la actividad orgánica y encontró que,

apoyado en el estudio de la fisiología podría hallar relación entre las reacciones en los organismos y la estimulación relativa (Kantor, 1990; Vargas, 2006). En relación con la percepción, postuló que ésta es posible a partir de diferencias significativas que se puedan apreciar de los estímulos y que la discriminación sensorial se apoya y desarrolla a través de la experiencia (Sahakian, 1970). Además en los experimentos en los que observadores compararon dos pesos, Weber descubrió que la capacidad para distinguir entre ellos dependía de las diferencias relativas más que de las absolutas en los pesos, lo cual fue denominada Ley de Weber (Goodwin, 2009).

Gustav Fechner (1801-1887), ahondó en las investigaciones de Weber y se considera que su obra *Elementos de la psicofísica* fue el primer texto de psicología experimental (Goodwin, 2009). Fechner es considerado el fundador de la psicofísica, se dedicó a estudiar la percepción y la relación entre el alma y el cuerpo (Kantor, 1990; Vargas, 2006). Estableció la ley del paralelismo psicofísico junto con su colega Weber, la señala que al incrementar un estímulo se incrementa la sensación paralela (Sahakian, 1970). Su mayor contribución es haber delimitado que el psicólogo se dedica a estudiar lo que hace el organismo en las condiciones dictadas por el investigador (Kantor, 1990; Vargas, 2006). Además de haber desarrollado varios e importantes métodos de psicofísica que se utilizan en la actualidad como el método de los límites, el método de los estímulos constantes y el método del ajuste, así como su precisión al medir los umbrales absolutos y diferenciales (García, 2003; Goodwin, 2009).

La mayor aportación de Hermann Ebbinghaus (1850-1909), fue su investigación experimental sobre la memoria. Para investigar el desarrollo de nuevas asociaciones entre estímulos no asociados, inventó silabas sin sentido. Ebbinghaus midió la retención en términos de la cantidad de esfuerzo ahorrado en el aprendizaje. Su famosa curva del olvido demostró que el olvido ocurre a un ritmo muy rápido poco después del aprendizaje inicial y luego disminuye. También documentó los beneficios de la práctica distribuida y los efectos de las asociaciones remotas. Además realizó un trabajo pionero en la medición de la inteligencia (Goodwin, 2009; Hothersall, 1997).

Oswald Külpe y sus discípulos crearon la escuela de psicología de Wurzburg, la cual desafió a Wundt al estudiar el pensamiento en condiciones de laboratorio y liberalizar el método de la introspección. En sus investigaciones, descubrieron evidencias de la

disposición mental, el pensamiento sin imágenes y las actitudes conscientes (Goodwin, 2009).

Por su parte, la importancia para el desarrollo de la psicología, sobre los trabajos realizados por Franz Brentano (1838-1917) descansa en su formulación acerca de una aproximación rival contemporánea a la de Wundt. Su Psicología del acto influyó en la psicología de la gestalt, en el psicoanálisis e incluso en el funcionalismo norteamericano. Brentano, filósofo y sacerdote católico, publicó su obra *La Psicología desde el punto de vista empírico* en 1874, en la que definió la psicología como una ciencia descriptiva de los actos psicológicos, que se caracterizan por su intencionalidad, siendo esto una consciencia acerca de actos y no de contenidos directamente puestos en marcha por el objeto. Este factor era decisivo para diferenciar el estudio del hecho psíquico del estudio del hecho físico: en el primer caso estaríamos ante la consideración de un conjunto de relaciones intencionales y no ante un mero conjunto de representantes del mundo externo, lo que estaba en contradicción con el criterio de Wundt. Así todo fenómeno psíquico tenía una estructura determinada, un acto en el que el sujeto tiene consciencia acerca del objeto o contenido, sin ser un mero contenido directamente derivado del mismo. Los fenómenos constituyentes de tales actos serían tres: representación, juicio y actividad afectiva (amor y odio), siendo la representación el fundamento de los otros dos (Sánchez-Barranco, 1996).

A excepción de Weber, Fechner y Ebbinghaus, muchos psicólogos alemanes de finales de los siglos XVIII y IX quedaron en la oscuridad, debido a que su trabajo y contactos internacionales se vieron interrumpidos por la Primera Guerra Mundial y los eventos de la Segunda Guerra Mundial. La situación política impidió la comunicación entre psicólogos alemanes y estadounidenses, por lo cual muchas de sus ideas se perdieron. También, el desarrollo de otros enfoques en Estados Unidos, como el funcionalismo y el posterior conductismo, sirvieron para desplazar la aproximación cognitiva alemana. La única aproximación alemana del siglo XIX que se arraigó en Estados Unidos fue la psicología gestalt, desarrollada por psicólogos que huyeron de la Alemania nazi al inicio de la Segunda Guerra Mundial y se refugiaron en Estados Unidos (Hothersall, 1997).

Durante las primeras décadas del siglo XX, la psicología de la gestalt (*gestalt*, palabra alemana que significa forma o contorno), representó una alternativa y un desafío al estructuralismo, al funcionalismo y al conductismo. Se fundó en el periodo de 1910 a 1912

en Alemania y llegando al oeste de Estados Unidos, convirtiéndose en 1930 en una influencia importante en ese país. Su fundador Max Wertheimer (1880-1943), con ayuda de Kurt Koffka y Wolfgang Köhler, realizó una investigación sobre el movimiento aparente al que denominó phi. Al proyectar luces aisladas a ciertos intervalos, el observador percibe una luz en movimiento, y la experiencia en su conjunto no puede descomponerse en las partes que la componen, llegando a la conclusión de que la totalidad es diferente de y determina la naturaleza de sus partes (Goodwin, 2009; Hothersall, 1997).

Max Wertheimer describió muchos principios básicos que determinaron cómo se organizan nuestras percepciones. Estos principios de organización de la gestalt incluían agrupaciones de figura y fondo (cada percepción se configura como una totalidad, en donde la porción más estructurada se constituye en figura y el componente más indiferenciado se instaure como fondo), por proximidad (elementos que están próximos o cercanos tienden a ser agrupados), por semejanza (elementos iguales y similares forman grupos o unidades), por buena continuación (en igualdad de condiciones, tenderemos a percibir como formando parte de una misma figura aquellos elementos que poseen continuidad) y por inclusión (implica que los elementos del estímulo perceptivo se agrupan a partir de su cercanía, dirección de movimiento común, etc.). Nuestras percepciones se rigen por *pragnänz*, es decir, la tendencia a organizar las percepciones en la totalidad significativa más simple. A menudo construimos esas buenas figuras llenando vacíos, fenómeno que fue denominado cierre (el cierre se refiere a la tendencia de llenar o completar las partes faltantes de una configuración para así hacerla perceptualmente completa y cuando una figura permite hacer eso fácilmente, es una buena gestalt) (Goodwin, 2009; Hothersall, 1997; Sánchez-Barranco, 1996).

Kurt Koffka (1886-1941), uno de los observadores de Wertheimer en el estudio sobre el movimiento aparente, obtuvo su doctorado bajo la dirección de Stumpf. Es conocido por haber introducido el movimiento de la gestalt en Estados Unidos, tanto por medio de sus publicaciones como de sus visitas. Fue el primer gestaltista en mudarse a Estados Unidos en forma permanente, aceptando un puesto en Smith College en 1927. Fue el principal teórico de la gestalt y extendió las ideas de esta teoría al ámbito de la Psicología del desarrollo. Realizó una distinción entre el mundo como existe en la realidad, el ambiente geográfico y el mundo como lo percibe el individuo, el ambiente conductual. Estipulando



que en nuestro comportamiento el segundo influye más. Postuló que la conducta no ha de analizarse en forma de elementos conscientes o unidades separados, sino considerarse como un todo. A través de sus experimentos aplicó sistemáticamente los principios gestálticos a un amplio rango de problemas específicos. Koffka continuó sus trabajos sobre la percepción publicando obras de gran envergadura como *Percepción: Introducción a la Teoría de la Gestalt* en 1922 (Goodwin, 2009; Hothersall, 1997).

Wolfgang Köhler (1887-1967), también obtuvo doctorado con Stumpf y ayudó a Wertheimer en el estudio del movimiento aparente. De 1913 a 1920 estudió el comportamiento de los primates en un centro de investigación alemán en las islas Canarias, en donde realizó investigaciones sobre resolución de problemas por *insight*, de acuerdo con el que las soluciones del aprendizaje se basan en una reestructuración perceptual del problema, no depende de recompensas, las soluciones por insight se caracterizan por generalización o grandes cantidades de transferencia positiva, de un problema a otro. Se mudó a Estados Unidos en 1935, donde se convirtió en el vocero más importante de la gestalt. El principio de isomorfismo propuesto por Köhler planteaba que la realidad fenomenológica y la realidad física subyacente del sistema nervioso eran funcionalmente equivalentes entre sí (Goodwin, 2009).

Más tarde, Kurt Lewin (1890-1947), adoptó esta perspectiva y desarrolló una teoría de campo que empleó para tratar diversos temas como el desarrollo infantil, la industria y la psicología social. El trabajo realizado por Kurt Lewin, fue calificado como altamente social, introdujo el concepto de espacio vital para definir la totalidad de los hechos que determinan la conducta de un individuo dado, en un momento determinado, no se trataba del espacio geográfico sino del espacio que contiene todo lo que afecta al individuo, esté o no en su espacio físico y en el que tienen importancia las metas que busca una persona, lo que trata de evitar y las barreras que lo separan de esos objetivos. Además afirmó que la psicología topológica o teoría de campo, determina cuáles son las conductas posibles e imposibles de cada sujeto. Rechazó los intentos por explicar la conducta presente por las circunstancias pasadas pues para él, la conducta en el momento actual depende del espacio vital en el momento actual (Hill, 1974). A Lewin suele considerársele uno de los fundadores de la psicología social modernas. Su obra más famosa en este campo consistió en estudiar las consecuencias de diferentes tipos de estilos de liderazgo. Los adolescentes

eran más efectivos cuando los dirigía un líder democrático que un líder autocrático o liberal. A buena parte de sus investigaciones se les ha denominado investigación-acción debido a su relevancia social. Como activista comprometido, Lewin creía que su investigación contribuiría al mejoramiento de la sociedad. Entre los ejemplos de su investigación-acción se hallan estudios sobre el prejuicio y su reducción, la lealtad en los grupos y la efectividad de los procesos de grupo. Su interés en la dinámica de la acción de los grupos lo condujo a la creación de grupos de capacitación (grupos T), diseñados para mejorar las habilidades de comunicación y liderazgo dentro del grupo (Goodwin, 2009).

Frederick Perls (1893-1970), fue quien más se identificó con el desarrollo del movimiento de la terapia gestalt, la cual se enfoca en la experiencia presente y en la conciencia inmediata sobre la emoción y la acción. Establece que estar en contacto con los sentimientos reemplaza la búsqueda de los orígenes de la conducta y que los problemas existenciales se expresan como un fracaso para encontrar significado a la vida. (Phares y Trull, 1999).

La psicología gestáltica fue un movimiento que criticó continuamente a los psicólogos que se basaban en la idea de que para entender el comportamiento y los procesos mentales había que descomponerlos en las partes que los constituía. En Estados Unidos criticó regularmente al conductismo. Los psicólogos estadounidenses eran más eclécticos que los gestaltistas, y estaban dispuestos a aprender de los principios de la gestalt, pero no a comprometerse completamente con la psicología de la gestalt. Los estadounidenses también criticaron la tendencia de los gestaltistas a basarse más en la teoría que en la investigación y la aplicación.

Otra de las perspectivas psicológicas que se desarrolló fue la teoría psicoanalítica, elaborada por Sigmund Freud (1856-1939), ésta representa la contribución más amplia al estudio de la personalidad y abrió paso a la psicología clínica (Phares y Trull, 1999). El movimiento psicoanalítico introdujo el estudio de los procesos inconscientes que influyen en las actividades de los hombres y destacó la meta del equilibrio homeostático de las energías inconscientes de la personalidad. Freud, aprovechó las observaciones que hizo con Charcot y Breuer para idear métodos terapéuticos necesarios para el tratamiento de la histeria y las neurosis (asociación libre, interpretación de los sueños), más tarde amplió sus formulaciones en una teoría psicodinámica del crecimiento de la personalidad, dependiente

de la reducción de la tensión. Además, las aseveraciones de Freud sobre el inconsciente condujeron a nuevas interpretaciones de las manifestaciones artísticas. Otros teóricos modificaron sus planteamientos para incluir las influencias culturales (Jung), y las necesidades sociales (Adler y Horney). Asimismo, fueron integrando al modelo psicoanalítico planteamientos de campo (Sullivan) y premisas existenciales (Fromm). Como movimiento contemporáneo, el psicoanálisis aún ejerce una influencia en el campo de la psicología clínica y la psiquiatría. Sin embargo, como modelo viable de la psicología, el psicoanálisis se alejó de los fundamentos empíricos de la ciencia psicológica y comparte poco con otros sistemas que dependen de esos planteamientos metodológicos (Brennan, 1999).

En Estados Unidos, los funcionalistas formaron la primera escuela importante no alemana de psicología, que al igual que los psicólogos de la gestalt, veían una psicología nueva, más dinámica, pero en su caso estudiaban las funciones de la mente y el valor adaptativo de la conciencia. Sus intereses y preocupaciones se debieron al clima intelectual del siglo XIX, durante la Ilustración, algunos científicos empezaron a cuestionar la explicación ofrecida por la Biblia acerca de la creación de las especies. Empezaron a cuestionarse sobre cómo se originaron las especies, por qué eran tantas y cómo podría explicarse la extinción, los avances les permitieron examinar en forma científica la naturaleza mientras mantenían sus creencias religiosas. Erasmus Darwin, abuelo de Charles Darwin, propuso una primera teoría acerca de la evolución en la cual omitió toda referencia a la deidad (Goodwin, 2009; Hothersall, 1997).

El primer evolucionista reconocido fue el naturalista francés Jean Baptiste Lamarck (1748-1829) quien propuso una teoría más interesante en la cual se incluyó el concepto de la herencia de características heredadas. Postuló que la materia orgánica e inorgánica eran diferentes y que cada especie viviente tenía un impulso que la llevaba a perfeccionarse a sí misma de manera innata. La adaptación se daba gracias al esfuerzo del organismo por encajar en su ambiente y al lograrla, el organismo debía modificarse y heredar dichas características a sus descendientes; a este proceso se le conoció la herencia de los caracteres adquiridos, que se consolidó como una de las principales líneas del pensamiento evolucionista (García, 1992; Sánchez-Barranco, 1996).

Herbert Spencer (1820-1903), un filósofo inglés, publicó un artículo en el estableció que la diversidad de formas de los seres vivos se debía a la evolución y en su texto *Principles of Psychology* de 1885, afirmó que la mente podía ser comprendida como algo en evolución, a partir de principios de asociación que hasta cierto punto se volvieron metáforas y asimilaciones artificiales de lo que considero como psicológico (Hothersall, 1997; Sánchez-Barranco, 1996).

Sin embargo, el clima intelectual de la época estuvo dominado por la teoría de la evolución de Charles Darwin (1809-1882), un naturalista inglés, que ha sido considerado uno de los biólogos más importantes de su época. Formuló los principios de evolución y selección natural que revolucionaron la biología. Observó que, a lo largo de generaciones sucesivas, los miembros específicos de una especie experimentan, de manera espontánea, cambios. Su teoría se encuadra en el funcionalismo, pues afirma que las características de los organismos vivos desarrollan funciones útiles (Villarreal y Avendaño, 2012). Darwin interesado en estudiar los problemas de adaptación, supervivencia y continuidad de las especies, viajó a los Mares del Sur durante cinco años (1831-1836) como botánico oficial del bergantín inglés “Beagle” (Sáiz, 2009).

Las mayores aportaciones de Darwin al campo de la psicología fueron sus escritos *El origen de las especies* de 1859, en la cual concebía a los animales y plantas en un estado de cambio constante en el que progresan gradualmente de una forma u otra para adaptarse a su medio cambiante, también estableció que las distintas especies se adaptan y subsisten y otras se extinguen, debido al mecanismo de selección natural a esto lo denominó “la supervivencia del más apto”. La teoría de las especies favoreció el estudio de las diferencias individuales en Psicología y junto con el tratamiento matemático de los datos y la aplicación del método científico, influyó para que surgiera una nueva concepción de la inteligencia, la cual quedó definida como una capacidad adaptativa. Al plantearse el concepto de inteligencia en estos términos, una primera consecuencia fue la inminente necesidad de operativizarlo y hacerlo cuantificable. En tanto que fenómeno psicológico, la inteligencia debía ser susceptible de análisis experimental y estimable en términos cuantitativos. Y su escrito *La expresión de las emociones en los animales y en el hombre* de 1872, para el cual estudió las expresiones faciales asociadas con diferentes emociones en hombres y otros animales, registrando los movimientos de los músculos faciales. Creía que

las emociones crudas existen en los hombres igual que en otros animales y que a tales emociones con frecuencia se les da “incontrolada rienda suelta por parte de los locos” (Darwin, 1872, citado en Hothersall, 1997). Estableció que los locos eran individuos que, a través de su enfermedad, pierden la estructura protectora mediante la cual el hombre civilizado controla su expresión de la emoción. De manera que los locos e idiotas constituyen una ligadura faltante con nuestro pasado emocional (Gilman, 1979, citado en Hothersall, 1997).

La teoría de la evolución de Darwin proporcionó un marco de referencia para todas las ciencias, aunque no fue psicólogo, dio pauta para el desarrollo de una nueva psicología al estudiar la vida como función adaptativa y no el contenido de la mente cual era el objeto de estudio de Wundt, gracias a sus contribuciones, se inició un movimiento en pro del estudio de los mecanismos de adaptación del organismo al ambiente, que culminaron con el funcionalismo americano y con las modernas teorías conductistas.

Una de las repercusiones de la teoría de Darwin fue el descubrimiento de que existía una continuidad entre las especies. Esto condujo al desarrollo de la psicología comparada, el estudio de las diferencias y semejanzas de rasgos entre las especies. George Romanes (1848-1894), quien es considerado el fundador de la psicología comparada, hizo exhaustivas descripciones del comportamiento de muchas especies. Para ello se basó en observaciones anecdóticas y fue demasiado antropomórfico en sus interpretaciones de los comportamientos que describía. Douglas Spalding adoptó un método más experimental y demostró que ciertos comportamientos eran resultado del instinto, no de la experiencia. C. Lloyd Morgan (1852-1936) discrepó del antropomorfismo excesivo que mostraban otros psicólogos comparados y abogó por explicaciones más simples, más parsimoniosas. Por ejemplo, algunos comportamientos se explicaban en forma por demás parsimoniosa como casos de aprendizaje por ensayo y error que como un pensamiento racional (Goodwin, 2009).

Un continuador de los trabajos de Darwin fue su primo Sir Francis Galton (1822-1911), el segundo precursor del funcionalismo, que siguiendo las investigaciones acerca de las diferencias individuales, entendiendo estas últimas como factores condicionantes de la adaptabilidad de los seres humanos a las exigencias de las nuevas sociedades, realizó importantes contribuciones en el ámbito del tratamiento estadístico de los datos. Entre otras

cosas, se le atribuye la invención de los percentiles y el índice de correlación. En 1884, Galton estableció un laboratorio antropométrico en la Exhibición Internacional de Salud en Londres, que posteriormente llevaría a South Kensington y a otros lugares. En estos laboratorios aplicó tests para estimar toda clase de parámetros psicofísicos, desde los umbrales de percepción al tiempo de reacción, pasando por la agudeza visual, la capacidad respiratoria o la sensibilidad auditiva. Los índices obtenidos fueron objeto de tratamiento estadístico. Se estima que entre las décadas de 1880 y 1890 examinó a unos 17.000 individuos (Aragón, 2011; Martín, 2003).

Galton fue el primero en aplicar esta metodología al análisis de datos psicológicos arrojados por pruebas objetivas, inaugurando así una tradición que se prolonga hasta la actualidad. A su entender, la inteligencia podía estimarse a partir de la evaluación cuantitativa de diversas funciones sensoriales y motoras. Si los datos sobre los que opera la inteligencia han de ser previamente filtrados por los sentidos, aquellos que estén dotados con unos receptores más eficaces poseerán una mayor inteligencia. De acuerdo con esta hipótesis, Galton se ocupó primeramente de medir factores físicos y sensoriales. Posteriormente, hizo lo mismo con las diferencias psicológicas. Para ello recurrió a cuestionarios diversos, pruebas de memoria, tareas de asociación, estudios de imágenes mentales, etc. Entre los numerosos experimentos que desarrolló, la medida del tiempo de reacción aparece como una técnica básica (Aragón, 2011; Martín, 2003).

Cabe mencionar que Galton es responsable de la ciencia eugenésica, propuesta con la cual pretendía sustituir la selección natural por una selección inteligente, encaminada a mejorar la raza. Su intención fue llevar esto a cabo desde el conocimiento científico. De su interés por mejorar la raza surgió un programa de investigación científica y el desarrollo de diversos instrumentos de medida. Éstos estaban destinados a estimar las diferencias humanas en aspectos tanto físicos como mentales. Al igual que Spencer, Galton (1883) asumió la continuidad entre las dimensiones física y psíquica. Las diferencias individuales se suponían determinadas por un sustrato fisiológico, y por consiguiente eran heredables. Su hipótesis básica fue que las aptitudes naturales eran una propiedad del sistema nervioso central. Estas aptitudes terminarían identificándose con la inteligencia, y su cuantificación planteándose como un instrumento legítimo para la planificación y el control social (Aragón, 2011; Martín, 2003).

James McKeen Cattell (1860-1944), alumno de Wundt y admirador del trabajo de Galton, fue otro importante iniciador de la psicología de diferencias individuales y promotor del uso de la estadística en psicología. Se interesó en los tiempos de reacción y aplicó el método antropométrico de Galton en sus investigaciones. También es ampliamente conocido por el uso y comercialización de pruebas mentales mediante la empresa *The Psychological Corporation*, que fundó. Su compañía publicó, entre otras, las pruebas de inteligencia de Wechsler. Fue profesor e impulsor de psicólogos como Robert S. Woodworth y Edward K. Strong (Villarreal y Avendaño, 2012).

William James (1842-1910), durante los últimos años del siglo XIX y los primeros años del siglo XX fue ampliamente reconocido como el primer psicólogo estadounidense, tuvo reputación internacional y en Europa fue considerado por muchos como el padre la Psicología estadounidense (Hothersall, 1997). Aunque estudió medicina y en última instancia se concebía como filósofo, llevó la nueva psicología a Harvard y escribió el que puede ser considerado el libro más importante en la historia de la psicología *Principios de la Psicología* de 1890, en el cual James discrepó de quienes para estudiar la conciencia la descomponían en sus elementos pues sostenía que era más conveniente concebirla como una corriente, un flujo. La conciencia era personal, cambiaba constantemente, era continua, selectiva y activa, y le servía al hombre dado que le permitía adaptarse rápidamente a nuevos entornos. El hábito también tenía un valor para la supervivencia, ya que permitía evitar tener que pensar en ciertas actividades para poder dejar la conciencia para problemas más difíciles o novedosos (Goodwin, 2009).

Para James, el objeto de estudio de la psicología eran los procesos cerebrales de los que destacó que cuando dos procesos elementales del cerebro son activados al mismo tiempo o se suceden de modo inmediato, la repetición de uno de ellos tiende a propagar al otro su excitación (esta hipótesis científica sería confirmada experimentalmente por el psicólogo ruso Iván Pétrovich Pávlov), por lo cual el psicólogo debía limitarse a señalar las correlaciones empíricas entre los estados mentales y los procesos nerviosos subyacentes, dejando para la filosofía el problema de la realidad de la mente y del mundo externo. Estableció que toda conciencia es motriz, es decir, toda impresión de los nervios aferentes produce una descarga en los eferentes y bajo este principio dio explicación acerca de los fenómenos motores y procesos cognoscitivos, sensaciones, percepciones, imágenes,

recuerdos y pensamientos (Villarreal y Avendaño, 2012). La metodología seguida por James fue muy abierta puesto que participó la introspección de un observador agudo con controles adecuados (comparación de informes) (García, 2003).

La teoría de las emociones elaborada por James estableció que las respuestas emocionales se identificaban con las reacciones corporales que acompañaban a la percepción de algún suceso. Además planteó que tratar de concebir las emociones sin la excitación fisiológica no conducía a ningún lugar. Sin embargo, uno de los problemas de esta teoría es que exige que exista un patrón de excitación reconocible distinto que pueda asociarse con cada una de las diferentes emociones. En sus últimos años, William James se interesó en la posibilidad de que el espiritismo pudiera tener cierta validez. Pese a la crítica de que con ello perjudicó la frágil condición científica de la nueva psicología, él creía que el espiritismo y los médiums debían investigarse con una mentalidad abierta (Goodwin, 2009).

A G. Stanley Hall (1844-1924) se le conoce más por profesionalizar la psicología. Fundó en Estados Unidos el primer laboratorio de psicología en la Universidad Johns Hopkins, la primera revista académica *American Journal of Psychology* y la *American Psychological Association*. Hall se interesó en muy diversos temas que se pueden englobar en el concepto general de psicología genética, el estudio de los orígenes y el desarrollo de la conciencia y el comportamiento. La importancia de la evolución fue un tema recurrente en sus trabajos. Fomentó la investigación en psicología del desarrollo, psicología anormal y psicología comparada y en la década de 1890, realizó estudios sobre el aprendizaje en laberintos con ratas. Como psicólogo del desarrollo, Hall fomentó el movimiento a favor del estudio de los niños y es el responsable de identificar la adolescencia como una etapa específica del desarrollo. Caracterizó a la adolescencia como un periodo atormentado y de estrés. Posteriormente escribió sobre los cambios del desarrollo asociados con la vida adulta y la vejez. Creía en la teoría de la recapitulación la cual postula que el desarrollo del organismo individual es un reflejo de la evolución de las especies (Goodwin, 2009).

A finales del siglo XIX, la psicología en Estados Unidos había madurado en forma considerable y había pasado de la psicología de las facultades a la nueva psicología experimental basada en investigaciones de laboratorio (Goodwin, 2009). En los inicios del siglo XX comenzó a notarse una tendencia a romper la subordinación de la psicología a la



filosofía, la teología y la biología, lo cual se consolidó paulatinamente en lo que hoy se conoce como conductismo por lo cual es importante reconstruir su historia, integrada principalmente por Ivan Petrovich Pávlov, John Broadus Watson y Burrhus F. Skinner (Vargas, 2006).

La historia del conductismo inicia con Ivan P. Pávlov (1849-1936) que influenciado por Sechenov se especializó en la fisiología con la firme intención de crear una psicología apoyada en la experimentación y no en la indagación de la conciencia (Hothersall, 1997). Según Pávlov, las investigaciones sobre la localización de las funciones cerebrales apenas ofrecían una adecuada información de las leyes del funcionamiento de la actividad nerviosa superior, que desde su perspectiva podían ser estudiadas adecuadamente mediante el reflejo condicionado, mecanismo con el cual explicó porque se da una respuesta ante un estímulo, sin necesidad de acudir a hipótesis animistas o de índole subjetiva. De acuerdo a Pávlov es el estímulo y ciertas condiciones o circunstancias, lo que determina la respuesta (Villarreal y Avendaño, 2012). A partir de sus investigaciones realizadas sobre la digestión, observó que los perros salivaban al oír los pasos del cuidador o al ver la bandeja de la comida, unos estímulos que no eran los instigadores naturales del reflejo salival. Pavlov estableció el reflejo psicológico que consistía en aparear un estímulo que de forma orgánica provocaba una respuesta fisiológica, con otro, cuyas propiedades no lo inducía, consiguió que el segundo adquiriera las propiedades del primero y producir la respuesta (Pavlov, 1993, citado en Vargas, 2006). Además estableció ocho condiciones de formación y una de mantenimiento del reflejo psicológico o condicionado y los procesos cerebrales de inhibición, desinhibición y excitación, así como las leyes de esos procesos: concentración, excitación e inducción (Villarreal y Avendaño, 2012).

Aunque es difícil encuadrar el trabajo realizado por Edward Lee Thorndike (1874-1949), por su postura objetivista está más próximo al conductismo que al funcionalismo. Thorndike realizó experimentos con pollitos, observando cómo aprendían a llegar a un punto determinado de un laberinto en el que estaba la comida, posteriormente realizó estudios con gatos y perros en su famosa caja truco, de las cuales, el animal, que estaba hambriento, podía salir accionando un dispositivo que abría la puerta y así conseguía un plato de comida que le esperaba afuera. Como resultado de estos estudios escribió *Inteligencia animal: estudios experimentales*. La consecuencia directa de estas

investigaciones fue un grupo de leyes del aprendizaje de las que la más importante es la conocida *ley del efecto*, llamada así porque el efecto que sigue a una respuesta es lo que determina que se repita o no experiencias sucesivas (García, 2003).

A muchos psicólogos anteriores a Watson les preocupaba cada vez más la objetividad de sus mediciones. Una de sus influencias fue la teoría de la evolución que lo condujo al estudio del comportamiento animal. Estudiar a los animales significó crear mediciones conductuales y los psicólogos estadounidenses hicieron justamente, por ejemplo, los estudios con la caja truco de Thorndike. Las filosofías del empirismo y el asociacionismo, que hacían hincapié en la importancia de la experiencia, sentaron las bases del pensamiento conductual. También contribuyó el positivismo, según el cual el único conocimiento válido se obtiene mediante la inducción y observaciones sistemáticas. Muchos psicólogos se interesaron en mediciones más objetivas de los fenómenos psicológicos pues eran cada vez más críticos de la introspección (Goodwin, 2009).

Con las contribuciones realizadas por John B. Watson (1878-1958) la psicología tuvo un objeto de estudio propio, un poco más alejado del trascendentalismo de los años anteriores, y dio paso a una disciplina científica independiente. En su artículo *La Psicología tal como la ve el conductista* de 1913 publicado en la *Psychological Review*, Watson declaró “La psicología..., es una rama puramente objetiva y experimental de la ciencia natural. Su meta teórica es la predicción y el control de la conducta...En sus esfuerzos por obtener un esquema unitario de la respuesta animal, el conductista no reconoce línea divisoria entre el hombre y el bruto...Parece haber llegado el momento de que la psicología descarte toda referencia a la conciencia; de que no necesite ya engañarse al creer que su objeto de observación son los estados mentales” (Caparros, 1980, p.61). Gracias a ello, la psicología dejó de lado sus intentos por medir lo mental y paso a estudiar la conducta manifiesta y observable de los organismos, a través de su composición biológica, cuya finalidad era la observación, la predicción y el control de esa conducta (Hothersall, 1997).

Para Watson, todos los hombres normales tienen las mismas posibilidades, por parte de su estructura, para cualquier tipo de realización, ese equipo con el que cuenta originariamente tiene como característica fundamental la rápida moldeabilidad, es decir, se halla listo para ser moldeado esto hace expresar a Watson la tan conocida frase: “Dadnos una docena de niños sanos, bien formados y un mundo apropiado para criarlos, y

garantizamos convertir a cualquiera de ellos, tomado al azar, en un determinado especialista: médico, abogado, artista, jefe de comercio, pordiosero o ladrón, no importando los talentos, inclinaciones, tendencias, habilidades, vocaciones y raza de sus ascendientes”(Villarreal y Avendaño, 2012, pp.119-120).

Su paradigma E-R, hacía referencia a la observación de los Estímulos, es decir, los objetos o fenómenos del ambiente, y su relación directa con las Respuestas de los animales, que comprendía su actividad muscular, glandular u otra identificable; adoptando así el paradigma del condicionamiento pavloviano, empleando como unidad básica de análisis la respuesta condicionada de la conducta y estableciendo que era de ésta forma como se desarrollaba el aprendizaje (Caparros, 1980).

Sin embargo, el paradigma de Watson no estaba alejado de los conceptos dualistas de los que estaban impregnadas las propuestas teóricas anteriores, pues el conductismo clásico se basó en el principio de que los estados psíquicos no existen, y adoptó en su lugar a la teoría fisiológica de la actividad psicológica, “...lo que hace es establecer constructos que se refieren a los procesos internos, bajo la suposición de que el intercomportamiento complejo es análogo a las actividades de tejidos u órganos en particular”(Kantor, 1990, p.25), volviéndose organocéntrico, reduciendo el comportamiento a las actividades fisiológicas.

La psicología estadounidense no se hizo predominantemente conductista como resultado inmediato del programa de Watson. Sin embargo, el conductismo empezó a tomar fuerza en los años de 1930, en parte por la propaganda continua de Watson, pero también porque se dispuso por primera vez la traducción completa de las investigaciones de Pávlov.

El positivismo lógico, permitió que las teorías incluyeran conceptos abstractos, pero insistía en que estos conceptos se ligaran a sucesos observables, creó un terreno fértil para la evolución del conductismo. El operacionalismo, que se originó en la física a finales de los años 1920, también ayudó a crear un ambiente favorable para ideas conductistas objetivas. Las definiciones operacionales definían los conceptos en términos de un conjunto de operaciones, bajo el control del investigador, que se supone que provocan el término en cuestión. Los neoconductistas no estaban de acuerdo en muchos aspectos, pero coincidían en que a) la continuidad entre las especies permitía derivar reglas generales de comportamiento a partir de especies no humanas, b) entender el comportamiento exigía un

conocimiento profundo de cómo aprende el organismo, y c) los resultados de las investigaciones debían tener aplicaciones prácticas (Goodwin, 2009).

Uno de los neoconductistas más reconocidos, Edward C. Tolman (1886-1959), en gran parte de sus investigaciones recurrió al aprendizaje en laberintos e investigó tanto la confiabilidad general del laberinto como un aparato y como la forma en que las ratas aprenden a resolver los laberintos. Según Tolman, las ratas en un laberinto no aprenden una serie de conexiones E-R, sino un mapa cognitivo general del laberinto. Esta capacidad espacial queda de manifiesto en estudios sobre aprendizaje latente, en los cuales puede demostrarse que los animales aprenden a resolver un laberinto aunque el aprendizaje no se refleje en su desempeño hasta que se ha dispuesto del reforzamiento, y en el aprendizaje espacial, en el cual los animales aprenden a ir a un sitio con mayor rapidez de lo que aprenden a dar una determinada respuesta. Tolman consideraba que el comportamiento se dirigía a fines o era propositivo y que la unidad de estudio debía ser el comportamiento molar y no el molecular. No consideraba que el reforzamiento fuera necesario para que se diera el aprendizaje. Desarrolló el concepto de variable interviniente, un factor hipotético interno al organismo que interviene entre el estímulo y la respuesta, y que se define en forma operacional. Muchas de las variables intervinientes en el sistema de Tolman como la expectativa eran cognitivas (García, 2003; Goodwin, 2009).

Clark Hull (1884-1952), conocido principalmente por su teoría del aprendizaje basada en estudios con animales, estudió también el desarrollo del aprendizaje de conceptos en los seres humanos, las pruebas de aptitudes y la hipnosis experimental. Basado en el modelo de la física newtoniana y congruente con los dictados del positivismo lógico, el sistema hipotético- deductivo de comportamiento propuesto por Hull comprendió el desarrollo de una teoría en la que se crearon experimentos específicos para poner a prueba hipótesis derivadas de postulados sumamente formalizados. Los resultados de las investigaciones fortalecerían entonces la fe en los postulados o generarían su revisión. La teoría de aprendizaje de Hull es una teoría de reducción de pulsiones. Propone que el aprendizaje (es decir, un aumento en la fuerza del hábito) supone una contigüidad de estímulo y respuesta acompañada de reforzamiento. Los reforzadores son estímulos que reducen las pulsiones, pueden ser primarios o basados en la biología (alimentos) o secundarios (es decir, aprendidos por medio de asociación con reforzadores primarios). Hull empleó muchas

variables intervinientes. La más importante fue el potencial de reacción sER, es decir, la probabilidad de que una respuesta ocurra en un momento dado. Se decía que en ésta influían numerosos factores, incluida la pulsión (D) y la fuerza del hábito (sHR), los cuales consideraba necesarios para que se diera el comportamiento (García, 2003; Goodwin, 2009).

Derivado de los estudios de Pavlov y los principios de Watson, el trabajo realizado por Burrhus F. Skinner (1904-1990) representó la consolidación del conductismo siendo el paradigma fundamental el condicionamiento operante y la forma en que el organismo afecta el ambiente (Sahakian, 1970).

Skinner rechazó las teorías más formales de Tolman y Hull y defendió un conductismo más inductivo y descriptivo que simplemente buscara evidencias de conductas que pudieran predecirse y controlarse (Goodwin, 2009). Defendió al igual que Watson, que el ser humano es una máquina cuyo comportamiento está determinado por leyes objetivas, perfectamente controlables, pero, en vez de seguir como Watson el modelo de condicionamiento clásico de asociación por contigüidad de un estímulo y una respuesta, sigue a Thorndike (estímulo-respuesta-efecto), pero objetivizando todas las variables del modelo (Villarreal y Avendaño, 2012).

Se le conoce más por haber distinguido entre condicionamiento clásico y operante y por investigar el segundo. Para ello, creó la caja de Skinner, una cámara experimental en la cual un registrador acumulativo registra continuamente la frecuencia de alguna respuesta como picotear una tecla o presionar una barra. El condicionamiento operante ocurre cuando el comportamiento se moldea en función de sus consecuencias inmediatas. Si éstas son positivas, es más probable que la conducta que se da en un determinado ambiente ocurra en ese ambiente en el futuro; si son negativas, es menos probable que el comportamiento ocurra. Skinner rechazó el uso de lo que llamó ficciones explicativas, factores hipotéticos que al parecer explican un fenómeno, pero que en realidad no hacen más que reclasificarlo. Por tanto, criticó las explicaciones del comportamiento basadas en el sistema nervioso y nunca aceptó la idea de que la Psicología cognitiva pudiera encontrar explicaciones del comportamiento. Skinner exigía una tecnología de la conducta que mejorara la crianza infantil, la educación y la sociedad en su conjunto mediante el empleo de técnicas

conductuales. En *Walden Dos*, resumió cómo podía funcionar toda una comunidad en función de principios operantes (García, 2003; Goodwin, 2009).

Muchos de sus principios fueron aplicados a la investigación básica como en ámbitos tecnológicos, sin embargo, al expandir su uso, fueron detectadas sus limitaciones, pues era insuficiente para dar explicación a fenómenos conductuales complejos, como el lenguaje por lo que era necesario que el conductismo avanzara (Ribes, 1982, citado en Vargas, 2006).

La psicología humanista ha sido considerada la tercera fuerza de la psicología, pues rechazó el determinismo del psicoanálisis y el conductismo, y propuso que los seres humanos están en libertad de desarrollar y controlar su propia vida, en lugar de estar ligados a su pasado. Los psicólogos humanistas consideran que todos los seres humanos tienen posibilidades de crecimiento personal y autorrealización.

Después de la Segunda Guerra Mundial, los psicólogos empezaron a estudiar cada vez más los procesos mentales, lo cual dio paso a la psicología cognitiva. El movimiento cognitivo cobró ímpetu a partir de los problemas que se generaron dentro de la tradición conductista, los desarrollos de las ciencias computacionales, la teoría de la información y la lingüística, contribuyeron a la evolución de la psicología cognitiva. Los investigadores empezaron a crear modelos de procesos cognitivos en los que se utilizaba el programa de cómputo como metáfora e hicieron hincapié en el concepto del individuo como procesador de información y no como replicador de estímulos. Durante la década de 1950, aparecieron varios trabajos y libros que marcaron un hito como el trabajo de Miller sobre la capacidad limitada para procesar la información de la memoria inmediata.

Además del ámbito de la psicología cognitiva hubo importantes contribuciones, desarrollándose la psicología social siendo Floyd Allport y Kurt Lewin sus pioneros, pero León Festinger (discípulo de Lewin) desarrolló la teoría más importante de la psicología social del siglo XX, la teoría de la disonancia cognitiva. Los experimentos de Festinger fueron muy conocidos por la precisión y elegancia de su diseño y por el uso generalizado que hizo del engaño.

En la psicología del desarrollo, la figura más importante del siglo XX fue el psicólogo suizo Jean Piaget, cuya epistemología genética, es decir, el interés por entender el crecimiento y desarrollo del conocimiento en el individuo y la teoría de las etapas del

desarrollo cognitivo ejercieron una gran influencia en Estados Unidos, sobre todo después de que los psicólogos estadounidenses empezaron a interesarse más en los procesos cognitivos que en el comportamiento (García, 2003).

## 1.2 Ciencia Interconductual

Gracias a las contribuciones realizadas desde el conductismo, la psicología tuvo una aproximación a las ciencias naturales, pues definió un objeto de estudio propio que pudiera ser observable y medible, sin embargo, estos avances no fueron suficientes para que la psicología pudiera dar explicación a los comportamientos complejos ni dejar atrás el reduccionismo, debido a dichas deficiencias, resultaba indispensable generar explicaciones alternativas para poder explicar el comportamiento del ser humano.

Afortunadamente, y contemporáneo al desarrollo del conductismo, Jacob Robert Kantor (1888-1984), profesor, filósofo y psicólogo, desarrollaba la metateoría Interconductual, estableciendo a la interconducta como objeto de estudio de un campo integrado, instaurándolo en sus obras: *Principios de Psicología* de 1924-1926, *Psicología Interconductual de 1959* y *La evolución científica de la Psicología de 1963-1969*; además fundó la editorial *Principia Press* en 1930 en la Universidad de Indiana cuya finalidad fue publicar trabajos escolares y en 1937, instauró *The psychological record*.

En su obra *Principios de Psicología* da una explicación del comportamiento estrictamente psicológico, diferenciándolo de sus componentes biológicos y sociales, describe de forma naturalista los eventos psicológicos, señalando que pueden ajustarse a los métodos experimentales y que el problema principal reside en lo conceptual, indicando que la Psicología sigue impregnada de términos espiritualistas. En la obra *Psicología Interconductual de 1959*, ofrece un metasistema de la interconducta, abordando los antecedentes y el desarrollo de la Psicología Interconductual, haciendo énfasis en la oposición a la filosofía y lógica trascendental y su apego al sistema científico (Vargas, 2006).

Para Kantor el metasistema de la Psicología Interconductual surgió debido a la necesidad de la construcción de una Psicología científica y para combatir los postulados generados desde los conceptos mentalistas. Retomando lo dicho por el autor "... la

hipótesis Interconductual se ha formulado para sobreponerse a los errores e insuficiencias de las primeras construcciones” (Kantor, 1980, p.16).

A pesar de considerarse como partidario del conductismo, difería de la concepción reflexológica de la Psicología, consideraba esta disciplina separada de la biología, por lo que consideraba como necesaria la construcción de un paradigma específico para su objeto de estudio (Ribes y López, 1985).

Los esfuerzos realizados desde conductismo por alejar a la Psicología de las concepciones trascendentalistas, más allá de eliminarlas, las adaptó al colocar en el sistema nervioso las fuerzas psíquicas, volviéndose organocéntrica. Además con el conductismo radical de Skinner, la psicología se volvió reduccionista ya que de los eventos psicológicos, sólo se analizaba una parte de la compleja red de interacciones presentes en el evento psicológico (Kantor, 1980).

En su propuesta por hacer de la psicología una ciencia naturalista, Kantor definió a la Psicología como el estudio de la interacción de organismos con objetos, eventos y otros organismos, así como sus cualidades y relaciones específicas; generó teoremas y constructos para la teoría y ley psicológicas; estableció los sistemas y subsistemas psicológicos; para finalmente describir como se inserta la psicología dentro de la constelación científica (Vargas, 2006).

Kantor representó los eventos psicológicos a partir de la siguiente formula:

$$EP=C(k, ef, rf, hi, dt, md)$$

*“donde C significa que el campo consiste en todo el sistema de factores en interacción; k simboliza la singularidad de los segmentos de conducta o campos Interconductuales; ef, el acto o función del objeto de estímulo y rf, el del organismo; hi el hecho de que la interacción presente se basa en contactos previos del organismo y de los objetos en condiciones especificadas...el símbolo dt atrae la atención sobre los factores disposicionales que facilitan u obstruyen el que se produzca una interacción particular y, finalmente, md simboliza los medios que hacen posible las interacciones de los organismos” (Kantor, 1990, p. 587).*

A partir de lo que postuló, Kantor dejó sentado que en la Psicología Interconductual, los eventos psicológicos debían investigarse como campos complejos en los que intervienen factores interconductuales primarios con otros factores periféricos, mismos que



debían manejarse haciendo referencia directa a la unidad de la cual se le separó (Kantor, 1980).

La unidad descriptiva de los eventos psicológicos es el *segmento de la conducta*, y estableció para los datos de la Psicología Interconductual que:

- a. Los estímulos y las respuestas constituyen funciones simétricas y recíprocas.
- b. Los medios interconductuales constituyen factores habilitadores esenciales en los segmentos de la conducta.
- c. Los factores contextuales como circunstancias generales que operan como condiciones inhibitoras o facilitadoras.
- d. La historia interconductual consiste en la evolución de los campos psicológicos: la biografía de reacciones y la evolución de estímulos. La biografía de las reacciones está constituida por las actividades del organismo que se intercomporta. A través de estas reacciones se desarrollan los factores conductuales (sistema de reacción, patrones conductuales) de los campos psicológicos. Mientras que la evolución de estímulos es el proceso del desarrollo de la función de estímulo de los objetos en la interconducta psicológica.

Lo anterior en su conjunto da como resultado el *sistema interconductual*, el cual constituye una propuesta para estudiar los eventos psicológicos, sin retomar las concepciones tradicionales, dejando de lado constructos como *mente, cuerpo, ego, sensación* (Kantor, 1980).

El análisis realizado por Kantor lo condujo a postular que en la Psicología Interconductual:

- a. Los eventos psicológicos consisten en campos multifactoriales, y los eventos específicos que investiga la Psicología consisten en la interacción de los organismos con objetos, eventos u otros organismos, así como sus cualidades y relaciones específicas.
- b. Los eventos psicológicos se interrelacionan tanto con los eventos sociales, como con los biológicos y los físicos.
- c. Los eventos psicológicos se desarrollan a partir de la interconducta ecológica

- d. Los eventos psicológicos implican la participación de los organismos de manera total, y no sólo de órganos o tejidos específicos.
- e. Los eventos psicológicos son ontogenéticos.
- f. La interconducta psicológica varía en detalles específicos de otros tipos de interconducta, pues todos los eventos están compuestos de interconducta de varios tipos, es decir, en un mismo evento puede haber interconducta biológica, física, social, etc.
- g. Las construcciones psicológicas son continuos con los datos crudos de los eventos, dado que el investigador no puede incorporar factores que no se hayan derivado del contacto natural con los eventos psicológicos.
- h. Los eventos psicológicos constan de factores interrelacionados que no admiten determinantes internos o externos (extraído de Kantor, 1980).

De acuerdo con Ribes (1984), las aportaciones hechas por Kantor a la psicología, son sus insistencias en los problemas conceptuales a través del desenvolvimiento histórico que ha sido delimitado social y culturalmente.

Desafortunadamente, el trabajo realizado por Kantor no obtuvo tanta influencia como el realizado por Skinner, y a pesar de que ambos autores coincidieron en algunos momentos, nunca colaboraron el uno con el otro (Ribes, 1984). Cuando Kantor publicó su obra *Psicología Interconductual*, la obra de Skinner ya había acaparado a los estudiosos de la psicología, por lo cual la difusión de su trabajo se vio relegado.

A partir del trabajo realizado por Kantor, autores como Sidney Bijou, William Schoenfeld y Emilio Ribes, han contribuido en el desarrollo paulatino de la teoría y metodología Interconductual, y se han generado múltiples investigaciones e intervenciones que han derivado en propuestas conceptuales, metodológicas y tecnológicas, contribuyendo al desarrollo de la Psicología Interconductual (Vargas, 2006).

Sidney Bijou, introdujo el concepto factor disposicional de Kantor en el análisis de la conducta. En el tema del desarrollo infantil inició el examen de las complejas interacciones de los niños y en el retardo del desarrollo planteó la importancia de las instancias biológicas y socioculturales en las prácticas de crianza. Por su parte, William Schoenfeld, comenzó a estudiar los fundamentos del condicionamiento operante desde una

óptica experimental y conceptual, estableciendo que los principios interconductuales daban para una psicología científica, publicando las obras *J. R. Kantor's objective psychology of grammar and psychology and logic: a retrospective appreciation*; en 1970 publicó su obra *The theory of reinforcement schedules* en la cual reunió varias investigaciones para cuestionar el condicionamiento operante, en 1972 junto con Cole publicó *Stimulus schedules: the t-□ systems*, que consiste en un análisis interactivo en el cual introdujeron el planteamiento de la participación del organismo en la organización del ambiente y su afectación recíproca, para 1983, Schoenfeld publicó *Contemporary state of behavior theory* en la cual señaló la importancia del reconocimiento de lo social en la conducta del hombre (Vargas, 2006).

La Psicología Interconductual, se fue consolidando hasta establecerse como una teoría de campo, proceso en el cual, el Doctor Emilio Ribes Iñesta, adquirió un papel importante para el establecimiento y consolidación de la teoría interconductual. Nació en 1944 en España, emigrante de la posguerra civil española, naturalizado mexicano, ingreso en 1960 a la Facultad de Filosofía y Letras de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), donde cursó la licenciatura en Psicología. En 1968 realizó su maestría en la Universidad de Toronto y para 1995 obtuvo el grado de Doctor en la UNAM. Sus contribuciones en el campo de la psicología han ido desde académico y profesional hasta profesor- investigador; fundó la *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta* en 1975, *Acta Comportamentalia* en 1992; además organizó el *Primer Congreso Mexicano de Psicología* en 1967, el *Primer simposio Internacional de Modificación de Conducta* en 1971, el *Primer y Segundo Congreso Mexicano de Análisis de la Conducta* en 1974 y 1975; fundó la *Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta* en 1975 y ha colaborado con el Instituto del Fondo Nacional para la Vivienda de los Trabajadores (INFONAVIT), la Secretaría de Salud (SS) y en la iniciativa privada en Xerox (Varela, 2010; Vargas, 2006).

Gracias al contacto que tuvo con diversos autores como Schoenfeld, Ullman, Wolpe, Krasner, Salter, Bijou y Kantor; Ribes fue cambiando su postura de ser un estudiante ecléctico, salir de las concepciones psicoanalíticas de la época y acercarse a la aproximación conductista Skinneriana para posteriormente adoptar al Interconductismo de Kantor.

A Kantor lo conocería en su viaje a Toronto para realizar la maestría, en el homenaje que la Asociación Americana de Psicología (APA, por sus siglas en inglés) le realizaba; mientras cursaba la maestría Ribes se interesó en el conductismo Skinneriano como en el Kantoriano (Vargas, 2006).

Después de que publicara en 1972 el libro *Técnicas de modificación de conducta* en el cual hizo un ejercicio de la aplicación del condicionamiento operante, sus escritos se encaminaron a cuestionar los principios postulados en el conductismo skinneriano. En 1985, la influencia de Kantor se vio reflejada en su libro *Teoría de la conducta: un análisis de campo y paramétrico* que fue refinado en 1990 con su obra *Psicología general* y en 1999 con su libro *Teoría del condicionamiento y lenguaje: un análisis histórico y conceptual*. En 1985 junto a López, Ribes planteó la taxonomía funcional de la conducta como campo de interacción apoyándose en la teoría de campo y las categorías funcionales de Kantor así como en los planteamientos teóricos y metodológicos de Bijou y Schoenfeld (Vargas, 2006).

La obra realizada por Ribes y López, (1985), dio respuesta a las incoherencias e imposibilidad que presentaba la teoría del condicionamiento para explicar los comportamientos complejos tales como el lenguaje o la conducta social. Se necesitaba generar nuevas formas categoriales que permitieran delimitar las diferencias entre los comportamientos animal y humano y estas nuevas formas categoriales las encontraron en la teoría de campo formulada por Kantor y su concepto de interconducta.

La taxonomía de Ribes y López, aun cuando se basa en la metateoría de Kantor, no está desarrollada directamente de ésta, puesto que los autores consideran que la metateoría no formulaba categorías sistemáticas necesarias para el ejercicio científico de la psicología, por lo cual propusieron la *Teoría de la Conducta*.

La taxonomía funcional de la conducta propuesta por Ribes y López, tuvo cuatro objetivos y dos premisas básicas. Los objetivos con los cuales guiaron su trabajo fueron:

1. Brindar una organización conceptual más apropiada para los eventos psicológicos;
2. Recuperar los datos y cuestiones que han sido abordados de manera deficiente o que se han ignorado en el análisis del comportamiento;
3. Redefinir los problemas empíricos de la teoría de la conducta; y
4. Que la taxonomía propuesta se volviera un sistema heurístico.

Mientras que las premisas en las que se fundamentó su taxonomía fueron:

1. La ubicación de las funciones de estímulo-respuesta, como formas particulares de interacción, en un campo de contingencias afectado por el contexto y la historia Interconductual del organismo individual, y
2. El reconocimiento de niveles jerarquizados de organización de la conducta, que representa formas cualitativas distintas de función estímulo-respuesta (Ribes y López, 1985).

En su propuesta de sistematización de los supuestos teóricos para el establecimiento de la taxonomía de la conducta Ribes y López (1985) establecieron tres niveles básicos: a) los supuestos epistemológicos del sistema psicológico, b) la lógica de su construcción teórica, y c) la reflexión acerca de las características metodológicas de la investigación empírica que lo sustenta.

Considerando como objeto de estudio de la Psicología Interconductual a la conducta de los organismos en lo individual y como objetivo identificar las condiciones históricas, situacionales y paramétricas de los factores que participan en la interacción, estableciendo que el campo de interacción funcionalmente está compuesto por la función estímulo-respuesta, los factores disposicionales y el medio de contacto, constituyendo un sistema de contingencias organizado y estructurado en distintos niveles funcionales inclusivos-progresivos de mediación, siendo éstos: nivel contextual, nivel suplementario, nivel selector, nivel sustitutivo referencial y el nivel sustitutivo no referencial (Vargas, 2006).

Las tesis o supuestos epistemológicos aluden a que lo psicológico:

- a. Es irreductible a lo biológico o a lo social, debido a que las condiciones físico-químicas y biológicas son necesarias más no suficientes para su ocurrencia y la incorporación del nivel social no puede explicarlo.
- b. En conjunto con las dimensiones físico-químicas, biológicas y sociales se conforma una historia particular de organización.
- c. Está inmerso en las leyes específicas de la termodinámica, la filogenia, la ontogenia y las sociales en tanto son progresivamente subordinadas.

- d. Tiene como objeto de estudio la interacción del organismo individual con su medio ambiente físico-químico, biológico y social nombrada como conducta, volviendo irrelevante la distinción interno-externo.
- e. Se manifiesta como cambios en la ontogenia, es decir, el desarrollo individual, y la filogenia, es decir, el desarrollo de la especie.
- f. Como proceso interactivo puede organizarse en distintos niveles cualitativos inclusivos-progresivos de complejidad denominados funciones conductuales, siendo su objetivo identificarlas junto con los procesos que las sustentan.
- g. Considera que el ser humano y los animales por sus características biológicas y sociales mantiene interacciones diferentes en complejidad, las cuales se ven encausadas y delimitadas por la filogenia.
- h. En la forma de lenguaje las funciones sustitutivas son exclusivas del ser humano.
- i. Además reconoce al hombre como parte de los animales con características anatómico- funcionales particulares que en ese sentido lo hacen diferente, pero no mejor o más importante.
- j. Reconoce que el lenguaje no se limita a la función sustitutiva de uso de la palabra oral o escrita humana, sino como formas de comunicación progresivamente complejas en la escala animal vinculadas a las condiciones físico-químicas, biológicas y sociales de la interacción.
- k. Reconoce, en consecuencia de la definición de lenguaje, que lo social en la escala animal son formas de interacción entre organismos progresivamente complejas vinculadas a las condiciones físico-químicas, biológicas y sociales de la interacción (Ribes y López, 1985; Vargas, 2006).

Respecto de lo metodológico, Ribes y López establecen que lo psicológico:

- a. Ocurre como campos de interrelaciones múltiples cuya organización funcional representa su estructura;
- b. Debe estudiarse en el contexto molar (cualitativo) al analizarlo molecularmente (cuantitativo);

- c. Es un campo de eventos organizados funcionalmente en la forma de interdependencias cualitativas y cuantitativas de todos los elementos que lo constituyen, las causas se refieren a los momentos en que son identificados;
- d. Puede ser descrito en términos de variables sólo en su nivel operacional de observación y experimentación, pero no a nivel explicativo;
- e. Al ser alterado en uno de sus componentes altera todos los demás factores constituyentes, sin poder determinar empíricamente todos los cambios hablando en este caso de probabilidad;
- f. Como campo es un segmento analítico de un proceso como sucesión de transiciones definitorias de una función o los momentos estables de dicho proceso, para su delimitación integra componentes funcionales, formales u operacionales, aparentemente autónomos;
- g. Al identificar la mediación lo hace al elegir un nivel y tipo de segmento, sin inferir que sean fundamentales;
- h. No puede ser evaluado sólo por estados terminales, al tratarse de un proceso puede analizarse cualitativa y cuantitativamente en el continuo (Ribes y López, 1985; Vargas, 2006).

Por último, las tesis lógicas establecen que la teoría de lo psicológico:

- a. Comprende definiciones taxonómico-funcionales (criterios lógicos de clasificación) y operacionales (descripciones formales de la actividad del experimentador y de las propiedades funcionales de los eventos como tales), y conceptos descriptivos cuantitativos (medidas y lenguaje de datos), de proceso (abstracción en un concepto de eventos concretos) y metasistémicos (propiedades lógicas de un sistema referencial) (Vargas, 2006).

Para establecer una taxonomía de la conducta que cumpliera con las tesis anteriores, Ribes y López (1985) retomaron el interconductismo de Kantor y sistematizaron sus conceptos y categorías y para poder comprender lo expuesto en la teoría interconductual y en la taxonomía funcional de la conducta, es indispensable tener en cuenta, el término de *interconducta*, entendida como la interacción del organismo con su ambiente. Ésta

interacción está compuesta por un sistema de relaciones recíprocas y no unidireccionales y que el *campo de interacción o campo interconductual*, es una representación conceptual de un segmento de interacción del organismo individual con su medio ambiente, cuya configuración está dada por un sistema de relaciones recíprocas cuyos componentes son los expuestos en la fórmula planteada por Kantor. Sin embargo, estos componentes son agrupados de manera funcional por Ribes y López en tres grupos principales: la función estímulo-respuesta, los factores disposicionales y el medio de contacto (Ribes y López, 1985; Vargas, 2006).

1. La función estímulo-respuesta es los estímulos y respuestas que interactúan funcionalmente en un sistema determinado de relaciones (no limitado al contacto directo de naturaleza mecánica) y que define formas cualitativas de interacción; se subdivide en límite de campo, objetos y eventos de estímulo, estímulos, función de estímulo, organismo, respuestas y función de respuesta.
  - a. El límite de campo es la delimitación de la interacción que se analiza en relación a los eventos y objetos funcionales con respecto al organismo individual.
  - b. Los objetos y eventos de estímulo son los cuerpos y acontecimientos físico-químicos con los que el organismo tiene contacto.
  - c. Los estímulos son las dimensiones energéticas de objetos y eventos.
  - d. La función de estímulo es inseparable de la función de respuesta, representa el contacto funcional recíproco (interacción).
  - e. El organismo es la unidad biológica.
  - f. Las respuestas son los sistemas reactivos no determinados directamente por la configuración biológica del organismo.
  - g. La función de respuesta es inseparable de la función de estímulo, representa el contacto funcional recíproco (interacción).
2. Los factores disposicionales que son conjuntos de eventos de dimensiones múltiples y eventos de naturaleza histórica que no entran en contacto directo en la interacción pero la probabilizan; se subdividen en factores situacionales e historia interconductual.



- a. Los factores situacionales son todas aquellas variaciones del organismo o ambientales (contexto) no configuradas directamente en la interacción.
  - b. La historia interconductual es la evolución del estímulo (variaciones de estímulo pasadas) y de la biografía reactiva (variaciones de respuestas pasadas) como elementos de las anteriores interacciones.
3. El medio de contacto es el conjunto de circunstancias físico-químicas, ecológicas y normativas que posibilitan un tipo particular de función en una interacción.

El tercer elemento importante dentro de la teoría interconductual y la taxonomía planteada por Ribes y López, se refiere a la *mediación*, que designa las formas cualitativas de organización funcional de la conducta, y que se construyen de manera progresiva e inclusiva. Estos niveles están basados en lo que los autores denominaron *desligamiento funcional*, entendido como “...la posibilidad funcional que tiene el organismo de responder de forma ampliada y relativamente autónoma respecto a las propiedades fisicoquímicas concretas de los eventos, y de los parámetros espaciotemporales que las definen situacionalmente” (Ribes y López, 1985, p.59)

Los niveles de mediación están constituidos por:

- a. La mediación contextual es la función más simple de estímulo- respuesta donde la respuesta del organismo depende de la contingencia entre estímulos (la respuesta del organismo depende de la presentación del estímulo apareado).
- b. La mediación suplementaria es la función en que la respuesta del organismo estructura la contingencia (la presentación del estímulo depende de la respuesta del organismo).
- c. La mediación selectora es la función donde un segmento media una contingencia suplementaria (la respuesta del organismo es condición necesaria para presentar otra respuesta de la cual depende la presentación del estímulo).
- d. La mediación sustitutiva referencial es la función donde interactúan dos organismos mediando los eventos de estímulo (la conducta de un organismo media los eventos de estímulo para otro organismo).
- e. La mediación sustitutiva no referencial es la función que constituye una relación entre eventos puramente convencional (una respuesta convencional del organismo

produce las condiciones necesarias para relacionar eventos de estímulo convencionales).

Cabe mencionar que los niveles funcionales inclusivos- progresivos de mediación:

- La mediación sustitutiva referencial no es exclusiva del hombre si tomamos en cuenta que el lenguaje no se limita a la función sustitutiva de uso de la palabra oral o escrita humana, sino como formas de comunicación progresivamente complejas en la escala animal.
- Entonces la mediación sustitutiva no referencial aludiría a las interacciones donde el lenguaje convencional de tipo oral y escrito incluye y/o prescinde de la participación de otro organismo, objetos y/o eventos de estímulo (Vargas, 2006).

De esta manera quedó establecida la taxonomía funcional de la conducta, partiendo de las aportaciones realizadas por Kantor y sus colaboradores, mismas que han contribuido a la psicología, permitiendo la identificación de distintos niveles de complejidad en las formas de interacción, la comprensión de dichos niveles de organización conductual en estados evolutivos, la existencia de criterios funcionales y paramétricos que permiten identificar los factores implicados en las interacciones y, la separación de lo psicológico de lo biológico, fisicoquímico y social, reconociendo que todos estos factores son necesarios para que se dé la interacción (Ribes, Ibáñez y Hernández, 1986).

Las aportaciones dentro de la Psicología Interconductual siguen desarrollándose, Vargas (2006), menciona las contribuciones que se han realizado de manera progresiva: Riera en el deporte (1985); Ribes y colaboradores (1985) en el área clínica; Ribes (1990) en la salud; Mares y Rueda (1993) en la educación; Guevara y Mares (1984) en el retardo en el desarrollo; Ibáñez (1994) en pedagogía; Ribes y Varela (1994) en la evaluación del comportamiento inteligente; Carpio y colaboradores (2001), Martínez (2001), Tena y colaboradores (2001), Mares (2001), Cortés y Delgado (2001) en la investigación básica; Carpio y colaboradores(2001) en lo conceptual; Vargas (2002) en la tecnología; Guevara y Plancarte (2002) en la educación especial; Moreno, Chacón y Martínez (2002) en la enseñanza; Vargas y Velasco (2002) en lo organizacional; entre otros.

El presente trabajo, basado en la teoría interconductual, se enfocará en el área tecnológica de la Psicología clínica, por lo cual en el capítulo siguiente se muestra su historia así como la metodología que ha sido empleada y las limitantes que se han encontrado.

## 2. TECNOLOGÍA PSICOLÓGICA: PSICOLOGÍA CLÍNICA

### 2.1 Diferenciación entre ciencia y tecnología

Antes de comenzar a hablar acerca del área tecnológica de la psicología clínica es pertinente dejar por sentado la diferencia que existe entre el conocimiento que se da desde la psicología como ciencia y el conocimiento que surge a partir de la psicología como tecnología.

Cabe señalar que, el conocimiento psicológico no es un conocimiento preexistente, no existen fenómenos psicológicos *per se*, sino que se constituyen a partir de la aplicación de criterios específicos que parten de un marco teórico que justifica su existencia. Además, el conocimiento psicológico parte de dos fuentes, la ciencia y la tecnología.

El conocimiento psicológico científico procede analíticamente, es decir, se lleva a cabo un análisis abstrayendo de los objetos y eventos concretos propiedades comunes, desligándose de los objetos y acontecimientos singulares, para establecer propiedades genéricas, construyendo una realidad conceptual con la cual cubre dichos acontecimientos sin referirse a ellos, puesto que busca propiedades genéricas de objetos singulares distintos. Mientras que el conocimiento psicológico tecnológico procede sintéticamente, es decir, integra el conocimiento analítico a casos particulares o únicos (Díaz-González y Carpio, 1996).

Resumiendo, el conocimiento psicológico científico tiene como finalidad representar un segmento de la realidad, mientras que la finalidad del conocimiento psicológico tecnológico va dirigida hacia transformar esa realidad (Ribes y López, 1985).

Esta distinción debe tenerse en cuenta debido a que desafortunadamente el área clínica de la psicología ha sido considerada como una aplicación de la psicología cuando en realidad representa el uso tecnológico de la misma, debido a que los requerimientos y demandas sociales hacia el profesional de la psicología dentro de dicha área requieren de *resultados y efectos*.

Para llevar a cabo el ejercicio de la psicología en cualquier área tecnológica, es necesario terminar de comprender la importante diferencia entre la aplicación de una ciencia y su uso tecnológico. La ciencia, a través de su estructura lógica y conceptual,

deriva procedimientos de investigación que se sujetan a métodos de comprobación, los cuales permiten generalizar y representar sus relaciones. Su aplicación se produce cuando estos elementos lógicos y conceptuales se llevan análisis teóricos y experimentales. Por otra parte, la tecnología hace referencia al empleo de los conocimientos básicos de la ciencia a los requerimientos sociales concretos (Vargas, 2002).

La psicología, así como otras ciencias, fue llevada a cubrir demandas sociales, que en algunos casos han estado fundamentadas en ideologías erróneas respecto de lo que nuestra disciplina puede o no realizar como un procedimiento tecnológico. De acuerdo con Vargas (2002), la tecnología psicológica contribuye en cuanto al análisis, evaluación, modificación y predicción de la conducta en interrelación con los factores ambientales de un contexto particular, por tanto, se encarga de atender aquellas demandas sociales en las que el comportamiento sea identificado como el factor fundamental.

Para delimitar las áreas tecnológicas y establecer una distinción apropiada entre la aplicación y la tecnología, Vargas (2002) introdujo el término de *operación tecnológica* como "...la adaptación de conocimiento básico para transformar condiciones particulares reportadas como demandas sociales, mediante un conjunto de acciones que integren el conocimiento analítico en procedimientos específicos." (págs.5 y 6). A partir de ésta definición estableció que para el ejercicio tecnológico dentro de la psicología se encuentran ocho puntos primordiales que vinculan la ciencia psicológica con la operación tecnológica de la misma, a saber, dichos puntos son:

1. El interés por el organismo en lo individual y otros organismos que conforman el campo a analizar.
2. Delimitar que el interés está centrado en la conducta del organismo, entendida como su interacción con el ambiente.
3. Por lo anterior, las operaciones se dan frente a los elementos que participan de la interacción, particularmente en lo referente a repertorios interactivos del organismo.
4. Los elementos que componen el ambiente se consideran objeto de operación en la medida en que se reconozcan las limitaciones de dicha intervención, así como las restricciones de sus posibles efectos.
5. Bajo la teoría de campo, es imprescindible comprender que el control sobre los objetos, eventos y otros organismos que componen la interacción es muy relativo,

por lo que la operación tecnológica se centra en las interacciones del organismo particular, ya que son los elementos con los que, en mayor medida, se puede llevar a cabo un análisis, evaluación, modificación y predicción de la interacción.

6. La operación tecnológica al estar inmersa en un contexto social, se verá influida por las características temporales, espaciales y convencionales de dicho contexto en cuanto a sus procedimientos se refiere, lo cual no quiere decir que se deban alterar sus fundamentos para llevar a cabo dicho procedimientos.
7. Las conclusiones producto de la operación no son determinantes de las decisiones en el servicio, sino es más bien el individuo o el grupo social demandante el que toma las decisiones con asesoría del psicólogo.
8. Por último, no hay que perder de vista que la operación tecnológica de la psicología participa de manera multidisciplinaria en los diferentes contextos sociales, por lo que sus juicios se establecen, en primera instancia, en relación con la ciencia básica y en segundo lugar, en función de otras disciplinas y contextos.

Además es necesario resaltar la diferencia que existe entre una operación tecnológica de la psicología con respecto a las demandas sociales y las operaciones tecnológicas de otras ciencias, por lo que Vargas (2002), menciona que es necesario en primer lugar, definir desde la psicología el área tecnológica de interés y su objetivo; y en segundo lugar, delimitar las competencias del psicólogo en dicha área tecnológica, sin olvidar el trabajo conjunto multidisciplinario. Además, se requiere el establecimiento de un sistema conceptual y de categorías que permitan al psicólogo mantener el contacto con la ciencia básica, y al usuario la comprensión adecuada de la operación tecnológica de la psicología, a partir de una terminología pertinente. Los términos que se empleen para la descripción de elementos y/o relaciones entre ellos debe realizarse en función del contexto de operación; que algunas denominaciones particulares sólo pueden emplearse en áreas específicas suscritas a la psicología; que la pertinencia del lenguaje tecnológico tiene que ser revalorado en función de la teoría y los procedimientos de intervención existentes, en la medida en que sus objetivos e impacto social lo vuelven altamente diferenciable; y, que al ser uno de los objetivos el dominio general de los hallazgos de la ciencia básica a través de

la tecnología, se hace necesaria la adecuación de los términos y la instrucción primaria de los usuarios para que conozcan sus principios fundamentales.

De esta manera se constituyen como conceptos básicos de operación el *observar*, *valorar*, *variar* y *probabilizar* la conducta. Respecto del primer concepto, se entiende *observar*, como la primera etapa de análisis y delimitación del campo interconductual tanto para el profesional de la psicología como para el usuario. En cuanto a *valorar*, para el psicólogo se trata de establecer las correspondencias en el campo específico de análisis, determinando el nivel de operación en el que puede incidir, y de esta forma, explicar al usuario la manera en que ocurre el evento de su interés y los factores que se encuentran involucrados en el mismo. *Variar*, representa para el psicólogo la implementación del o los procedimiento (s) a seguir, mientras que el usuario realiza una evaluación de la propuesta y su participación en ella. Finalmente, el *probabilizar* significa para el psicólogo la estimación de los efectos de la intervención y las posibles tendencias que se generen en posteriores interacciones, mismas que se le muestran al usuario como los resultados, en relación a su demanda, de la intervención para que valore sus efectos e implicaciones (Vargas, 2002).

A partir de las consideraciones anteriores respecto de las operaciones tecnológicas como un nexo entre la ciencia básica y la tecnología, Vargas (2002) presenta cuatro procedimientos tecnológicos psicológicos que se pueden llevar a cabo dentro las diferentes áreas:

1. Descripción psicológica: Referida a la identificación de los factores que constituyen un campo de interacción, así como sus características específicas.
2. Contrastación psicológica: que se trata de una evaluación del comportamiento respecto al contexto, situaciones de criterio y criterios de logro que lo definen.
3. Intervención psicológica: que implica acciones concretas encaminadas a mantener o alterar el comportamiento mediante un procedimiento específico, y
4. Estimación psicológica: que se refiere, en términos de probabilidad, a la proyección de la intervención sobre el comportamiento de interés.

El énfasis en un procedimiento u otro está dado por el objetivo general de la operación correspondiente a la demanda del usuario; los alcances que cada procedimiento,

y en conjunto, tienen están determinados bajo los criterios que los establecen como procedimientos enfocados al contraste de la funcionalidad del comportamiento y no a la medición de lo psicológico, que además analizan o estiman las interacciones de un individuo y no las determinan o predicen. Además, cabe resaltar, de estos procedimientos, que su empleo para cumplir requerimientos específicos no los separan de los fundamentos teóricos, por lo que dichos fundamentos tampoco pueden verse afectados por las características particulares del contexto en el que se enmarca la demanda. También, es importante recalcar que la conducta del sujeto se establece como el punto de comparación dado su carácter singular, por lo que la representación del comportamiento en curvas de distribución *normal* o índices generales de población no tiene sentido alguno. Finalmente, cabe mencionar que la implementación de un procedimiento específico dependerá del usuario del servicio y que el papel del psicólogo será entonces, de informarle y asesorar al usuario respecto de las consecuencias de llevar a cabo determinadas acciones.

## **2.2 Panorama histórico de la psicología clínica**

La psicología como profesión, surgió antes de que se consolidara una ciencia psicológica, en respuesta a las demandas sociales que no eran resueltas por otras profesiones. Concretamente, la psicología clínica, es decir, el área tecnológica de la psicología encargada de alterar el comportamiento de los organismos en lo individual ante problemáticas específicas en un contexto específico denominado ambiente clínico; tuvo sus orígenes en los diversos intentos por alterar el comportamiento de las personas a través de prácticas místicas, creencias religiosas, explicaciones médicas y procedimientos psicológicos (Hothersall, 1997).

La magia, los espíritus o designios misteriosos fueron las primeras explicaciones para el comportamiento de las personas que salían de lo normal o común, y la manera en que intervenían era a partir de pócimas, ritos o ceremonias. En las prácticas místicas, se entrelazaban sus creencias mitológicas con los problemas del comportamiento; por todo el mundo antiguo surgieron mitos que fungieron como criterios de normalidad y anormalidad, y dieron paso a maneras de intervenir para curar o cambiar a quienes eran diferentes o



anormales, después considerados como enfermos mentales (Bernstein, 1982; Vargas, 2006).

Una manera de catalogar a quienes eran calificados como diferentes o anormales, fue a través de las enfermedades mentales, las cuales han sido abordadas por historiadores, filósofos, teólogos, sacerdotes, médicos, psiquiatras y psicólogos. Los primeros datos que se tienen acerca de las enfermedades mentales datan de los legados filosóficos de griegos como Tales, Hipócrates y Aristóteles, quienes las visualizaron de manera científica, sin embargo, el declive de la civilización grecorromana representó un retroceso en el modo de proceder (Cullari, 2001; Hothersall, 1997).

La aparición de la religión cristiana significó un cambio en el modo de proceder sistemático del uso de la razón planteada por los griegos y destruyó las tradiciones de los pueblos antiguos. Las creencias religiosas cristianas influyeron fuertemente en el desarrollo de la cultura occidental; ésta religión explicó el comportamiento de los seres humanos empleando criterios de bondad y maldad, explicando cómo posesión o castigo divino, las diferencias que observaban en algunas personas y la forma de curarlos era acercarlos a la salvación empleando métodos como el exorcismo, la tortura o la muerte. El período en que la religión cristiana dictó las maneras de proceder con los enfermos mentales abarcó desde el siglo I hasta finales del siglo XVIII, con un mayor auge entre los siglos IV y XV. Desde sus inicios intentó hacerse cargo de los desamparados, entre ellos los endemoniados, pecadores perversos y castigados por sus pecados que incluían personas con comportamiento diferente, deformidades, enfermedades, origen étnico, diferencias religiosas, preferencias personales, e incluso diferencias políticas (Cullari, 2001; Hothersall, 1997).

Martín Lutero, en su escrito *Charlas de mesa* describió a los enfermos mentales como ateos, poseídos por el diablo, sin razón ni alma, permanentemente condenados y sometidos a abusos bárbaros, relacionados con la brujería. La culminación de la influencia de las creencias cristianas acerca de los enfermos mentales, su identificación, características y tratamiento a las brujas se encuentra en el *Malleus Maleficarum (El Martillo de las brujas)* realizado por dos sacerdotes dominicos alemanes Johann Sprenger y Heinrich Kraemer publicado en 1510. La creencia en la demología iniciada en Europa se

extendió al Nuevo Mundo y generó muertes y persecuciones (Hothersall, 1997; Vargas, 2006).

La fuerte influencia de la religión cristiana en las actividades sociales del siglo XVI en la cultura occidental comenzó a impregnarse de una postura compasiva derivada del desarrollo de las ciencias y las artes del renacimiento italiano durante los siglos XV y XVI; los primeros hospitales aunque controlados por religiosos, comenzaron a ser una alternativa para la atención de las personas que pasaron de ser poseídos y endemoniados a locos (Hothersall, 1997).

Durante los siglos XVII y XVIII los hospitales sirvieron como centros de reclusión y aislamiento social de quienes sufrían de locura, su atención se limitaba a una repugnante alimentación y cobijo, a quienes se trataba por medio de sangrías, purgas y vómitos, pasando la mayor parte del tiempo encadenados y azotados por sus cuidadores. En 1547, se creó el primer lugar para albergar a personas enfermas mentales y fue establecido en el Hospital santa María de Bethlehem en Londres, seguido por creación de muchos otros, en los cuales los reclusos eran encadenados, azotados y aislados, se les alimentaba con bazofia, se les daban purgas y vomitivos, y eran sometidos a sangrías (Hothersall, 1997).

A finales del siglo XIX se iniciaron movimientos de reforma en las instituciones para enfermos mentales que dieron como resultado una mejora en la atención que se brindaba a los enfermos mentales gracias a los impulsos humanitarios, los cuales fomentaron los débiles comienzos de las profesiones de salud mental (Phares y Trull, 1999).

Uno de los personajes que participaron en dicho movimiento fue Philippe Pinel (1745-1826), un médico francés, considerado como el padre de la psiquiatría científica, dedicado al estudio y tratamiento de las enfermedades mentales. Pinel se convirtió en un pensador que constituyó la clínica médica como observación y análisis sistemático de los fenómenos perceptibles de la enfermedad mental. Estableció la primera clasificación de enfermedades mentales. Provocó una revolución en el cuidado y el tratamiento de los enfermos mentales. Propugnó la humanización del trato que se daba a las personas con enfermedades mentales, eliminando, como primera medida, su encadenamiento a las paredes. Al llegar a ser director del manicomio de Bicêtre y después de Salpêtriére, con su bondad y humanidad obtuvo grandes logros que en parte fueron inspirados por la filosofía

de Rousseau y del idealismo de la Revolución Francesa, constituyendo un pilar en el desarrollo de la psiquiatría, el enfoque de la salud mental y de la propia psicología clínica, y a quien incluso se le ha considerado el padre de la Psicología científica (Bercherie, 1986; Hothersall, 1997; Phares y Trull, 1999).

Los esfuerzos realizados por Johann Guggenbühl (1816-1863) al tratar de curar lo que denominó cretinismo (lo que sufrían las personas con deformidad física y retraso mental) al brindarles el aire puro de las montañas, la belleza de los Alpes, una dieta natural, ejercicio y medicamentos naturales (vitaminas, minerales y sales), han sido considerados como los orígenes de la idea y práctica del cuidado institucional para los débiles mentales (Hothersall, 1997).

Casi al mismo tiempo, William Tuke (1732-1822), un próspero comerciante de té inglés retirado, estableció un hospital para el tratamiento humanitario de enfermos y perturbados. Mientras que en Estados Unidos, Eli Todd desarrolló un retiro en Hartford para enfermos mentales, remarcando el cuidado civilizado, de respeto y moralidad (Phares y Trull, 1999).

Dorothea Lynde Dix (1802- 1887), otra estadounidense, realizó campañas en Washington para obtener mejores instituciones para los enfermos mentales, consiguiendo la construcción de un hospital para enfermos mentales, el primero en una procesión de más de 30 estados en hacerlo, predicando siempre su evangelio de trato humano y beneficios adecuados para los dementes y retardados (Hothersall, 1997; Phares y Trull, 1999).

Gracias a las contribuciones de personas como las mencionadas anteriormente, se establecieron las bases de la psicología clínica, sin perder de vista las condiciones sociales que se vivieron en el siglo XIX, en la que los filósofos y escritores proclamaban dignidad e igualdad de todos los seres humanos y la ciencia profesionalizada que empezaba a surgir contribuyó a dicho movimiento, prevaleciendo la adquisición de conocimiento a través de la experimentación.

El establecimiento de la psicología clínica se dio con la fundación de la primera clínica psicológica en Estados Unidos por Lightner Witmer (1867- 1956) en la Universidad de Pennsylvania en marzo de 1896. Witmer, quien estudió con Cattell y acudió al laboratorio de Wundt en Leipzig, describió la psicología clínica en su conferencia ante la *American Psychological Association* (APA) como derivada de los resultados obtenidos en

el examen individualizado de muchos seres humanos, una institución pública abierta al servicio de la sociedad, a la investigación propia, y a la formación de los estudiantes (Belloch, s. f.). Witmer, discípulo de Wilhelm Wundt y cabeza del departamento de psicología de la Universidad de Pensilvania, utilizó el término “psicología clínica” por primera vez en 1907 para describir la práctica que había realizado durante diez años en una clínica para niños establecida en 1896 en la Universidad de Pensilvania. También fundó la primera revista de psicología clínica, *Psychological Clinic*. El llamado de Witmer para el involucramiento de los psicólogos dentro del aspecto clínico fue de lenta aceptación. Mientras Witmer se enfocó en niñas y niños con retrasos intelectuales y déficits, otras clínicas surgieron con un enfoque en malestares emocionales, y la psicología se estaba desarrollando en hospitales mentales, por cuanto, psicólogos clínicos asumían puestos reconocidos hasta ese momento para psiquiatras. En 1904 colaboró con Edward B. Titchener en la formación de la *Sociedad de Psicólogos Experimentales (Society of Experimental Psychologists)*. En 1907 fundó la primera revista psicológica titulada *The Psychological Clinical (COP)*. Y para 1908 estableció una escuela residencial privada cerca de Wallingford, Pensilvania en la cual buscaba tener el control del medio ambiente de sus pacientes con el fin de obtener un cambio en la conducta de los niños (Barón, 2006; López, 2008). Cabe mencionar que, el tratamiento que se daba a los enfermos mentales en esta época era tratamientos físicos radicales y farmacológicos.

Walter Freeman (1895-1927), un neurólogo neuropsiquiatra estadounidense, fue el responsable de la adopción de la psicocirugía como tratamiento para la demencia. La segunda clase de tratamientos radicales consistió en el uso de fármacos que tenían efectos psicológicos, la clorpromazina fue la más utilizada para tratar a los esquizofrénicos (Hothersall, 1997).

El cambio que se dio en las concepciones de las enfermedades mentales, fue de gran importancia en el desarrollo de las terapias psicológicas. Jean Esquirol (1772-1840), asistente de Pinel y sucesor como director en el Salpêtrière, fue la primera persona en establecer frecuencias relativas de diferentes condiciones mentales, su promedio de duración y sus pronósticos usuales. Tuvo una aproximación descriptiva y estadística de la enfermedad mental. Se comenzó a utilizar el mesmerismo, tratamiento elaborado por el médico Franz Antón Mesmer (1734-1815), que consistía en curar las enfermedades

mentales a partir de la utilización de magnetismo, y la hipnosis, término acreditado por el médico y cirujano inglés James Braid (1795-1860), en 1843, y que sería popularizado por los trabajos realizados por Charcot y el trabajo realizado por Freud (Hothersall, 1997). Así se marcó la pauta para el desarrollo de la psicología clínica en áreas específicas como lo fueron: diagnóstico y evaluación, intervención, investigación y aspectos profesionales (Phares y Trull, 1999).

En el área del diagnóstico y evaluación, desde sus inicios (1850-1899) estuvo enmarcada en conocer las diferencias entre personas, que se muestra en trabajos como los realizados por el inglés Francis Galton y James McKeen Cattell (quien acuñó el término de pruebas mentales para describir sus mediciones) (Bernstein, 1982).

Emil Kraepelin, psiquiatra en 1913, dividió la enfermedad mental en aquella derivada de factores exógenos o curables y aquella producida por factores endógenos o incurables. Sus descripciones y clasificaciones heurísticas de sus pacientes, han servido para estimular la psicopatología (Hothersall, 1997).

Entre los años 1900-1919, se dio el surgimiento de la medición mental o de las pruebas psicológicas diagnósticas, y cuya mayor aportación fue el trabajo de Alfred Binet junto a su colaborador Theodore Simon en 1908 desarrollando la Escala Binet- Simon cuya finalidad fue distinguir de manera objetiva entre los diversos grados de subnormalidad entre los niños con defectos. Henry Goddard introdujo las pruebas de Binet a Estados Unidos y Lewis Terman produjo una revisión en 1916. A la par, se estaba dando el reconocimiento y progreso en el área de las pruebas de personalidad. Carl Jung comenzó a utilizar métodos de asociación de palabras de 1905 para descubrir los complejos inconscientes. En 1910 se publicó la prueba Kent- Rosanoff de asociación libre (Phares y Trull, 1999).

Cuando Estados Unidos entró a la Primera Guerra Mundial en 1917, surgió la necesidad de detectar y clasificar a los grupos de reclutas militares, por lo que el Departamento de Medicina del Ejército nombró un comité de cinco miembros de la *American Psychological Association (APA)* cuyo presidente fue Robert Yerkes, tuvo a su cargo la tarea de crear un sistema de clasificación de soldados de acuerdo a sus niveles de capacidad y diseñó la prueba *Army Alfa* y *Army Beta* en 1917. Su contemporáneo Robert Woodworth desarrolló su *Inventario Psiconeurótico* el primero en poner de manifiesto conducta anormal. Durante los años entre las guerras (1920-1939), se dio un progreso en las

pruebas psicológicas diagnósticas, por ejemplo, se publicó la técnica del dibujo de la Figura Humana de Goodenough para la medición de la inteligencia en 1926. Se desarrollaron pruebas tanto de aplicaciones individuales como grupales; verbales y no verbales, como las pruebas de aptitud o de interés. Uno de los principales avances en el movimiento de pruebas de inteligencia ocurrió en 1939 cuando David Wechsler publicó su prueba Wechsler- Bellevu que media individual y satisfactoriamente la inteligencia adulta. Sin embargo, el gran logro fueron las pruebas proyectivas, con Hermann Rorschach, un psiquiatra suizo que publicó *Psychodiagnostik*, que empleo el uso de manchas de tinta para diagnosticar a pacientes psiquiátricos (Bernstein, 1982; Cullari, 2001; Phares y Trull, 1999).

Después de la Segunda Guerra Mundial (a partir de 1940), el éxito de la psicología clínica con las pruebas de inteligencia fue de suma importancia para su posterior cambio hacia la evaluación de la personalidad. Gracias a las pruebas desarrolladas, se consideraba a los psicólogos clínicos como expertos en psicodiagnóstico, siendo el uso e interpretación de las puntuaciones en pruebas psicológicas la base para la formación del diagnóstico así como para la planificación del tratamiento. Sin embargo, se presentaron desavenencias dentro de los profesionales en cuanto a si las medidas objetivas o las proyectivas de evaluación eran las más adecuadas para describir en forma precisa a la personalidad y a la psicopatología. Las medidas objetivas se basaban en un enfoque nomotético de la evaluación, en las que las puntuaciones de la prueba se interpretaban utilizando reglas con base empírica que implican la comparación entre la puntuación obtenida y la puntuación promedio obtenida de una gran muestra representativa. En cambio, las medidas proyectivas se interpretaban utilizando un enfoque ideográfico, colocando el centro de atención en el individuo y con frecuencia las interpretaciones se guiaban tanto en la teoría psicodinámica como por las reglas con sustentación empírica (Phares y Trull, 1999).

El principal desafío para las pruebas de personalidad provenía del movimiento denominado conductismo radical, a finales del decenio 1950, quienes sostenían que sólo podía medirse la conducta explícita y no era útil inferir el nivel o existencia de rasgos de personalidad a partir de pruebas psicológicas. La evaluación de la personalidad comenzó a sufrir ataques y la psicología clínica se inclinó hacia lo conductual, estableciéndose que las situaciones y no algún conjunto de rasgos, eran los responsables de las formas en que uno

se comportaba, y para el decenio de 1970, se dio el surgimiento de la evaluación conductual. Las conductas eran comprendidas dentro del contexto de los estímulos o de las situaciones que los precedían o seguían.

Sin embargo, para los años 1980 y 1990 se dio el resurgimiento de la evaluación de la personalidad debido a la presentación y cobertura de una variedad de trastornos de personalidad en el sistema diagnóstico estadounidense para los trastornos mentales y la introducción de varios inventarios de la personalidad (Phares y Trull, 1999).

El sistema de clasificación diagnóstica estadounidense oficial ha tenido una gran influencia en el campo de la psicología clínica, su primera aparición fue en 1952 del *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-1)* de la *American Psychiatric Association* al cual se le han hecho varias revisiones a lo largo del tiempo, además se estimuló el crecimiento de herramientas de evaluación, las entrevistas diagnósticas estructuradas, que consisten en una lista estandarizada de preguntas cuyas claves de calificación proceden de los criterios diagnósticos para diversos trastornos en el DSM. También se dio el interés por la evaluación neuropsicológica que fue utilizada para valorar fortalezas y deficiencias relativas de los pacientes, con base en relaciones cerebro-conducta establecidas de manera empírica (es decir, respuestas a prueba). Dentro de esta evaluación se pueden encontrar dos enfoques, algunos utilizan un grupo uniforme o batería de pruebas para todos los pacientes. Otros utilizan, en un inicio, un pequeño subconjunto de pruebas y después, con base en los resultados de estas pruebas iniciales, emplean pruebas adicionales para resolver y responder algunas de las preguntas de referencia. Las baterías de pruebas neuropsicológicas más populares han sido la *Halstead-Reitan* y la *Batería Neuropsicológica Luria-Nebras* (Phares y Trull, 1999).

En el área de las intervenciones, en sus inicios (1850-1899) el enfoque de Kraepelin se situó sobre la clasificación de la psicosis, mientras que otros investigaban nuevos tratamientos para pacientes neuróticos, como la sugestión y la hipnosis. Jean Charcot, obtuvo reconocimiento por sus investigaciones con pacientes histéricos a partir de sus demostraciones clínicas con pacientes hipnotizados. Otros criticaban el trabajo de Charcot, como Hippolyte Bernheim, quien consideraba que la sintomatología de la histeria no era otra cosa que la sugestibilidad. Pierre Janet, por otra parte, consideró a la histeria como una manifestación de una “personalidad dividida” y un tipo de degeneración hereditaria. Casi

al mismo tiempo, se dio la colaboración entre Josef Breuer y Sigmund Freud. En 1880, Breuer da tratamiento a una joven histérica llamada “Anna O.” que contribuiría a descubrimientos teóricos que influirían en la práctica psicoterapéutica en los siguientes años. Para 1895 Breuer y Freud publicaron *Estudios sobre la histeria*. Esta colaboración sirvió como base para el lanzamiento del psicoanálisis, el desarrollo teórico y de tratamiento con mayor influencia en la historia de la psiquiatría y de la psicología clínica (Cullari, 2001; Phares y Trull, 1999).

Para los años 1900-1919, de advenimiento a la era moderna. En 1900, Freud publicó *La interpretación de los sueños*, libro con el cual se dio el apogeo del movimiento psicoanalítico. Las ideas de Freud no fueron un éxito instantáneo, a pesar de que el reconocimiento tardó en llegar comenzaron a presentarse seguidores como Alfred Adler, Carl Jung, A. Brill, Paul Federn, Otto Rank, Ernest Jones, Wilhelm Stekel, Sandor Ferenczi (Hothersall, 1997).

En el periodo entre guerras (1920-1939) el psicoanálisis se dedicaba al tratamiento de adultos y lo practicaban exclusivamente analistas cuyo entrenamiento básico estaba en la medicina. , así la profesión médica se apoderó de la terapia psicoanalítica.

La entrada de los psicólogos a las actividades terapéuticas fue derivada de sus primeros trabajos con niños en diversas clínicas de orientación, específicamente a la valoración de capacidades intelectuales de niños, que implicaba la consulta con padres y maestros. Los psicólogos buscaban los principios psicológicos que los ayudaran en sus esfuerzos de ofrecer consultoría, y los trabajos de Sigmund Freud y Alfred Adler los impresionaron. El trabajo de Freud parecía residir en los adultos y en los antecedentes sexuales de sus problemas, mientras que Adler restaba importancia al papel de la sexualidad en la economía psicológica de una persona y colocaba su interés en la estructura de las relaciones familiares, lo cual parecía acercarse más a los sentimientos de los profesionales de la salud mental estadounidense dentro del campo. Para 1930, las ideas de Adler estaban firmemente asentadas en las clínicas estadounidenses que enfrentaban problemas infantiles. La segunda tendencia que influyó en el trabajo con los niños fue la terapia de juego, derivada de los principios freudianos tradicionales, técnica que se fundamenta en los poderes curativos de la liberación de ansiedad u hostilidad a través del



juego expresivo. En 1928, Anna Freud, hija de Freud, describió un método de terapia de juego que se derivaba de los principios psicoanalíticos (Hothersall, 1997).

También había otras maneras de intervenir, como la propuesta por John Watson en 1920, que describió el famoso caso de Albert y la rata blanca, en el que se condicionó a un niño pequeño a tener un temor hacia objetos blancos y con pelo (Watson y Rayner, 1920). Unos años después, Mary Cover Jones en 1924 mostró la manera en que esos miedos podían retirarse mediante condicionamiento. Después J. Levy en 1938 describió la terapia de relación. Estos últimos tres eventos marcaron los inicios de la terapia conductual, un grupo muy popular de métodos terapéuticos de gran influencia que se utiliza en la actualidad (Phares y Trull, 1999).

La Segunda Guerra Mundial, además de dejar un gran número de muertes, contribuyó a las dificultades emocionales que se desarrollaron en muchos hombres. Los médicos y psiquiatras militares eran muy pocos para enfrentar esos problemas. Por lo cual, los psicólogos comenzaron a incidir en la salud mental, al principio, con un papel de subordinados y principalmente llevando a cabo psicoterapia de grupo. Sin embargo, cada vez incidían en mayor medida en la psicoterapia individual, y tenían una buena ejecución tanto en metas a corto plazo de regresar a los hombres a combate como en aquellas de largo plazo en la rehabilitación. Su exitoso desempeño junto con sus habilidades en investigación y evaluación, en forma gradual, produjeron que hubiera una mayor aceptación de los psicólogos como profesionales de la salud mental. La experiencia de la guerra estimuló el apetito de los psicólogos por una mayor responsabilidad en el campo de la salud mental (Feixas y Miró, 1993).

La terapia psicoanalítica era tan dominante en esta época que cuando Carl Rogers publicó en 1942 *Terapia centrada en el cliente*, ésta fue la principal alternativa a la terapia psicoanalítica. Para los años cuarenta comenzaban a proliferar nuevas formas de terapia, por ejemplo, Perls introdujo la terapia gestalt y Frankl en 1953 hablaba de la logoterapia y su relación con la teoría existencial. En 1958, Ackerman describió la terapia familiar y en 1962 Ellis explicó su Terapia Racional Emotiva (TRE). Además apareció el análisis transaccional o AT de Berne en 1961 (Feixas y Miró, 1993).

Pero la psicoterapia no era lo único. Los conductistas comenzaron a desarrollar una rama más práctica de la terapia. Andrew Salter en 1949 escribió el libro *Terapia de reflejos*

*condicionados*, el trabajo pionero de lo que después constituiría los métodos de desensibilización. En 1953, Skinner impulsó la terapia conductual cuando explicó su aplicación de los principios operantes a las intervenciones terapéuticas y sociales. Después Joseph Wolpe, en 1958, introdujo la desensibilización sistemática, una técnica con base en principios de condicionamiento.

El movimiento de la terapia conductual tomó fuerza y popularidad debido a su menor duración y la valoración empírica de los resultados obtenidos con éste, además ayudó a estimular el crecimiento del campo de la investigación en psicoterapia, lo cual se notó con el número creciente de investigadores y practicantes que utilizaban métodos empíricos para investigar la efectividad de diversas técnicas de tratamiento. Sin embargo, a medida que se trabajaba con los tratamientos conductuales y psicoanalíticos, se dio un descontento con los resultados que ofrecían, pues la efectividad de los primeros se veía limitada y la dificultad de contrastación de los supuestos psicoanalíticos, su larga duración y la cuestionada evidencia sobre la eficiencia de las terapias psicodinámicas, dieron lugar al origen del conductismo mediacional o covariante y la emergencia de la Psicología cognitiva, hechos que constituyeron el inicio de la Psicología cognitivo-conductual (Feixas y Miró, 1993).

El modelo cognitivo-conductual resalta la interdependencia de múltiples procesos: pensamientos, sentimientos y conductas del individuo, así como de las consecuencias ambientales. Dos líneas específicas de teorización e investigación contribuyeron al surgimiento del enfoque de las terapias cognitivo-conductuales. La primera es derivada de los esfuerzos de los teóricos cognitivos semánticos, tales como George Kelly, Albert Ellis y Aaron Beck. La segunda línea deriva de los desafíos sobre la adecuación de los procedimientos de la terapia de conducta basada en la teoría del aprendizaje, como ha quedado reflejado en los trabajos de Julián Rotter, Albert Bandura, Walter Mischel, Michael Mahoney y Meichenbaum (Meichenbaum, 1988).

Quizá por el sorprendente conjunto de orientaciones terapéuticas y opciones de tratamiento, muchos clínicos se convirtieron en eclécticos. Estos clínicos empleaban las técnicas de más de una orientación teórica; su selección de técnicas se basaba en los problemas particulares que se presentaban en el cliente o paciente individual. En relación con ello, muchos psicólogos clínicos estaban interesados en integrar diversos enfoques en

una modalidad terapéutica, al igual que en identificar los factores comunes que subyacen a diferentes enfoques de tratamiento (Frank, 1971, citado en Phares y Trull, 1999).

En cuanto al área de investigación, en los primeros años (1850-1899), la psicología le debe mucho al trabajo de hombres como Wilhelm Wundt, un alemán al que se le atribuye a creación del primer laboratorio psicológico formal en Leipzig en 1879. En ese mismo decenio, William James, estadounidense, también estableció un laboratorio y en 1890 publicó su texto clásico *Principios de Psicología* (Phares y Trull, 1999).

En la era moderna (1900-1919) se puede encontrar a Iván Pavlov, quien daba conferencias acerca de los reflejos condicionados. Su trabajo en condicionamiento clásico dejó un importante legado en la psicología clínica. Otro desarrollo importante fue la investigación acerca de la evaluación de la inteligencia. En 1905, Binet y Simon ofrecieron evidencia de la validez de su prueba y en 1916, apareció la investigación realizada por Terman con la prueba de Binet-Simon, así como el desarrollo de las pruebas Army Alfa y Beta. Entre los años 1920 y 1939, gran parte del trabajo de investigación desarrollado fue la construcción de pruebas y en cuanto a investigación académica, se destacaron tanto el conductismo como la psicología gestalt. El conductismo señaló a los clínicos el poder del condicionamiento en el desarrollo y tratamiento de trastornos de conducta. La psicología gestalt remarcaba la importancia de comprender las percepciones únicas de pacientes como factores contribuyentes a sus problemas (Phares y Trull, 1999).

Después de la Segunda Guerra Mundial, en el decenio de 1960, el diagnóstico y evaluación se volvieron menos importantes. Un desarrollo muy importante en la investigación durante estos años fue el surgimiento de estudios acerca del proceso y efectividad de la psicoterapia. Uno de los pioneros de la investigación en terapia fue Carl Rogers en 1951) al utilizar sus grabaciones para estudiar el proceso de terapia. Otro pilar fue la publicación *Social Learning and Clinical Psychology* de Julian Rotter en 1954 en la que presentó una teoría del aprendizaje social y además una serie de estudios controlados que proporcionaban fundamento empírico a la teoría. Hans Eysenck fue otra figura de influencia en este movimiento de investigación, acuñó el término terapia conductual y escribió un importante libro sobre el tema en 1960. Mientras que Mary Smith y Gene Glass en 1977 publicaron una investigación que prestaba apoyo a la eficacia de la terapia. Otras áreas de investigación que tuvieron un crecimiento, fueron los campos del diagnóstico y

clasificación, y los relacionados con las pruebas y la medicina psicológica (Phares y Trull, 1999).

### **2.3 Enfoques psicológicos predominantes en la psicología clínica**

Como se puede observar, el conocimiento psicológico tecnológico se creó para dar respuesta a las demandas sociales impuestas tales como los trastornos del comportamiento y la medición de aptitudes, siendo el psicoanálisis, la terapia conductual y la terapia cognitiva, las terapias encargadas en cubrir dichas demandas.

#### **2.3.1 Enfoque psicoanalítico**

Antes de que se desarrollaron enfoques propiamente psicológicos, hubo un modelo o enfoque general acerca de la conducta anormal y su tratamiento que dominó las profesiones relacionadas con la salud mental conocido como modelo médico o modelo basado en el concepto de enfermedad. Este modelo tuvo una aceptación amplia dentro de la psicología y la psiquiatría constituyendo un intento por explicar la conducta desviada o desadaptativa. Su aplicación en la psicología y la psiquiatría representó un intento por extrapolar un enfoque que había resultado satisfactorio dentro de la medicina para explicar los desórdenes físicos. Al aceptar dicho modelo en la psicología, se aceptó la creencia de que las conductas desadaptativas eran síntomas provocados por procesos subyacentes análogos a la enfermedad. Resultando satisfactoria y suficiente al explicar conductas perturbadas producto de factores biológicos, sin embargo, cuando se intentó aplicar el modelo médico a conductas perturbadas que carecían de una base orgánica, surgió un descontento con dicha extrapolación. Por lo que en el caso de las conductas perturbadas carentes de base orgánica, el modelo fue considerado como un modelo de enfermedad mental o intrapsíquica, de acuerdo con el cual, los procesos psicológicos perturbados eran la causa de las conductas desadaptativas o síntomas psicológicos. Por lo que la conducta anormal fue entendida en términos de sintomatología o patología. Y al ser retomada la orientación médica tanto en la psiquiatría como en la psicología clínica, se adoptaron términos tales como enfermedad

mental, salud mental, tratamiento y terapia (Castillo, 2002; Kazdin, 1983; Phares y Trull, 1999).

A pesar del éxito que tuvo el modelo orgánico con respecto a la enfermedad mental, existía también una tendencia nueva hacia otras líneas de investigación, debido a que no existían pruebas de patología orgánica en un conjunto amplio de trastornos mentales. Al comenzar a aparecer insatisfacciones ante el modelo médico, y comenzaron a aparecer diversos problemas e insuficiencias que no podían resolverse dentro del modelo o enfoque vigente, comenzó a darse la aparición de un nuevo enfoque que se enfrenta al enfoque tradicional (Castillo, 2002; Kazdin, 1983).

A finales del siglo XI, el modelo de enfermedad comenzó a ser modificado por otros que intentaban explicar la conducta anormal a partir de factores psicológicos y no biológicos, respaldados por informes que describían la aplicación de técnicas psicológicas en el tratamiento de la conducta anormal con resultados satisfactorios, desarrollándose procedimientos basados en la sugestión como el mesmerismo y la hipnosis, como métodos de tratamiento eficaces en múltiples conductas anormales tales como la neurosis y la histeria.

Sin embargo, no se contaba con una teoría que diera cuenta de la manera en que los factores psicológicos provocaban la enfermedad mental, ni de cómo los tratamientos psicológicos podían curar las conductas sintomáticas (Kazdin, 1983).

Tal carencia fue subsanada por Sigmund Freud al desarrollar su teoría de la personalidad y su propio sistema terapéutico, el psicoanálisis. El psicoanálisis, como teoría de la personalidad, es un complejo sistema de mecanismos psicológicos, estructuras, impulsos y fases evolutivas que explican la conducta. Freud suponía que el desarrollo de la personalidad se debía a la expresión de la energía biológica o sexual a la cual denominó libido, y a las fuentes de gratificación hacia las que esa energía se dirige. Sostenía que los procesos psicológicos se desarrollaban en la infancia cuando la gratificación instintiva está en función de las diferentes fuentes de estimulación. Explicó el desarrollo psicológico como una serie de etapas psicosexuales determinadas fundamentalmente por el lugar del cuerpo donde se manifiesta la energía libidinal entre las que se encuentran la etapa oral, anal y genital, así como diversos mecanismos psíquicos que suponía actuaban durante cada una de estas etapas (Castillo, 2002; Kazdin, 1983; Phares y Trull, 1999).

Se centró en explicar la conducta neurótica, considerando a los síntomas neuróticos como gratificaciones sustitutivas de los impulsos inconscientes a los que se había impedido manifestarse, por lo que, el objetivo de la terapia era descubrir esas represiones y procesos inconscientes y encontró que los temas sexuales, normalmente relacionados con la infancia, estaban implicados en los problemas del paciente. Además, propuso una serie de conceptos relacionados entre sí, tales como estructuras de la personalidad (Ello, Yo, Superyó), mecanismos para desviar o expresar de otra forma los impulsos amenazantes (represión, sublimación, formación reactiva, desplazamiento) y procesos para explicar tanto la conducta normal como anormal o desviada (procesos primarios y secundarios). Una de las razones por las cuales Freud se basó en una visión orgánica de la psicopatología, fue la formación académica que tuvo, pues lo predispuso para dar una explicación fisiológica y neurológica de los fenómenos psicológicos, además de la notable influencia del modelo médico (Castillo, 2002; Kazdin, 1983; Phares y Trull, 1999).

En la mayoría de sus conceptos, se observa un interés por la energía psicológica y sus transformaciones, por ejemplo, la noción de que los síntomas psicopatológicos constituían una expresión de impulsos libidinales y el alivio a dichos síntomas dependía de la eliminación de o recanalización de la fuente de energía que se manifestaba en el síntoma, por lo que la finalidad de una terapia psicoanalítica era la eliminación de los síntomas, y la única manera final y efectiva de hacerlo era ayudando al paciente a lograr un *insight*, entendido como la comprensión total de los determinantes inconscientes de los propios sentimientos, pensamientos o conductas irracionales, responsables de la infelicidad del individuo. Una vez comprendido estas razones inconscientes, desaparecía la necesidad de defensas y síntomas neuróticos y los procedimientos que empleó para llevar a cabo dicha finalidad fueron las asociaciones libres, el análisis de los sueños y las interpretaciones de conductas manifiestas conocidas como actos fallidos y olvidos, resultando en la mayoría de los casos lenta, tediosa y, con frecuencia, muy larga, constituyendo años de tratamiento. El psicoanalista, consideraba que los síntomas de las neurosis eran signos de conflictos entre el ello, el yo y el superyó y las demandas de la realidad. Las fobias, los rasgos indeseables del carácter y la dependencia excesiva de los mecanismos de defensa son, todos, signos de un problema más profundo. En general, los síntomas indicaban un problema inconsciente

que necesitaba resolución. El propósito del psicoanalista era disolver las defensas y confrontar al inconsciente en la relación terapéutica con el paciente (Phares y Trull, 1999).

Como se observa, la aportación de Freud y su psicoanálisis, fue un elaborado marco conceptual para determinar en qué consistían los factores psicológicos anormales. Dicha teoría desarrollo un enfoque particular sobre los procesos que podían dar cuenta de la conducta anormal y sugirió un tratamiento específico que podía ser aplicado para aliviarlos de trastornos. Otra de sus aportaciones fue el alcance de los conceptos del psicoanálisis para explicar el funcionamiento psicológico general y no sólo las acciones anormales, generalizó su teoría de la conducta individual a los procesos sociales, al desarrollo de la cultura, a la antropología y a la historia (Castillo, 2002; Kazdin, 1983; Phares y Trull, 1999).

En el caso de la evaluación clínica y debido a las demandas sociales, el psicoanálisis realizó procedimientos de evaluación que pusieran de manifiesto los procesos inconscientes, tales como las técnicas proyectivas que constituyen un producto genuino del modelo de enfermedad en la psicología clínica, y cuya característica principal es enfrentar al paciente con una tarea ambigua. Los inconvenientes de dichas técnicas van dirigidas hacia su fiabilidad y validez (Castillo, 2002).

Por su parte, la psiquiatría, al aplicar el modelo de enfermedad a la conducta anormal, dio lugar a diversos intentos de desarrollar un método para identificar desórdenes o entidades patológicas específicas susceptibles de tratamiento, dando origen a la utilización de clasificaciones de las enfermedades mentales y el diagnóstico psiquiátrico, según las cuales servirían para descubrir su causa, proporcionar un tratamiento y predecir el resultado de éste, siendo pionero de este trabajo Emil Kraepelin. Su trabajo introdujo la enfermedad mental (conducta anormal o desviada) en el ámbito de la medicina, siendo reconocida como muy semejante a la enfermedad física, con su etiología específica (Castillo, 2002; Kazdin, 1983; Phares y Trull, 1999).

El diagnóstico actual que se realiza dentro de la psiquiatría se basa en un sistema que intenta clasificar a los pacientes en base a categorías nosológicas específicas, denominado *Diagnostic and Statistical Manual of the Mental Disorders (DSM)* publicado y revisado periódicamente por la *American Psychiatric Association*. Más que el contenido específico del sistema de diagnóstico es su evidente orientación médica en la que la mayor

parte de los desórdenes, se consideran como evidencia de un trastorno psicológico subyacente, es decir, como una enfermedad mental.

Las críticas principales respecto al diagnóstico psiquiátrico tienen que ver con la concepción de un sistema psiquiátrico per se y las suposiciones que llevan implícito el etiquetar a las personas como enfermos mentales en base a su conducta, además de su cuestionable fiabilidad del diagnóstico ante diferentes diagnosticadores. Teniendo como punto de partida el modelo de enfermedad, se derivaron dos categorías de tratamiento en la práctica clínica: la psicoterapia y la institucionalización. En el caso de la psicoterapia, el psicoanálisis tuvo un gran impacto, pues antes de que éste, la psicoterapia utilizaba fundamentalmente métodos basados en aconsejar al paciente o en la sugestión. A diferencia de estos métodos, el psicoanálisis puso en práctica un tratamiento basado en un marco teórico que explicaba el desarrollo de la psicopatología y proporcionó directrices terapéuticas. La terapia de orientación psicoanalítica terminó convirtiéndose en el tratamiento por excelencia en la psiquiatría y la psicología clínica. Sin embargo, fue criticada ampliamente por la falta de evidencia sobre su eficacia, su complejidad y larga duración (Castillo, 2002).

Por otra parte, el tratamiento institucional, fue el primer destino de aquellas personas cuya conducta se alejaba en gran medida de lo normal. En un inicio, durante la Edad Media, las prisiones y los santuarios religiosos eran los encargados de custodiar a dichos individuos, poco a poco se le delegó esa responsabilidad a los hospitales, en los cuales los tratos que recibían eran inhumanos, que gracias a los esfuerzos de diversos personajes como Phillippe Pinel, William Tuke y Dorothea Dix, el trato otorgado a las personas consideradas como anormales o enfermos mentales fue más humanitario. Actualmente, los psiquiátricos son los que otorgan una atención institucionalizada a las personas tipificadas con estas características. Algunas de las críticas que se han hecho respecto a la atención institucionalizada han sido poner en práctica tratamientos terapéuticos específicos, sin tomar en cuenta las características particulares (Castillo, 2002).



### 2.3.2 Enfoque conductual

Cuando Sigmund Freud formuló sus interpretaciones a finales del siglo XIX y principios del XX, la psicología aún estaba poco desarrollada y por tanto no estaba preparada para ofrecer explicaciones teóricas muy sofisticadas sobre la adquisición, modificación y eliminación de la conducta. La psicología del aprendizaje generó diversas teorías de la conducta que constituyeron una alternativa al modelo psicoanalítico. Sin embargo, la investigación y teorización acerca del aprendizaje comenzaba a desarrollarse a principios del siglo XIX, momento en el que la tradición psicoanalítica ya era del dominio público y había recibido una amplia aceptación. Cuando la psicología del aprendizaje se había desarrollado hasta constituirse como una teoría de la conducta, la teoría de la personalidad propuesta por Freud, había alcanzado un prestigio y aceptación generalizada. Aunque el estudio y tratamiento de la conducta anormal ya estaba dentro del dominio de la psiquiatría, dentro de la psicología, no hubo propuesta que debatiera la propuesta realizada desde el psicoanálisis, sin embargo, no incorporaba hallazgos empíricos (Kazdin, 1983).

A diferencia de ésta, la teoría de la conducta, se basó en la investigación para poder ofrecer otra explicación de la conducta desviada y su modificación. El modelo conductual de la desviación, desarrollado a partir de la investigación psicológica, ayudó a proporcionar a la psicología una identidad independiente de la medicina. El estudio y la alteración de la conducta, en lugar del tratamiento de la enfermedad, permitió a la psicología abordar los problemas desde una perspectiva distinta.

La teoría de la conducta constituyó una alternativa al modelo de enfermedad y al psicoanálisis en temas como el desarrollo de la conducta desviada, la teoría del cambio de la conducta y las recomendaciones para la práctica terapéutica (Kazdin, 1983).

La ciencia de la conducta ofreció mejoras en la metodología, debido a que la teoría y la terapia psicoanalíticas se habían desarrollado a partir del trabajo clínico y de las observaciones de casos concretos, a partir de las cuales, Freud ponía a prueba sus interpretaciones hechas en terapia, las revisaba según los progresos conseguidos por el tratamiento empleado o bien por la personalidad de sus pacientes, que le permitieron ir afinando sus planteamientos, sin embargo, sus observaciones no fueron objetivas y no podían ser replicadas, además de que sus planteamientos teóricos y sus prácticas nunca

fueron sometidos a una evaluación experimental, pues sus postulados procedían de la interpretación, la intuición y el juicio del terapeuta o psicoanalista, ni el método de apoyo que utilizaba ni los resultados obtenidos podían ser replicables (Kazdin, 1983).

A diferencia del psicoanálisis, el modelo o enfoque conductual, representó una superación a las deficiencias detectadas en el psicoanálisis como teoría científica. Las técnicas de tratamiento se desarrollaron a partir de la extrapolación de las investigaciones realizadas en el laboratorio y descritas en un modo que permite su verificación empírica. El cambio proporcionado por la modificación de conducta implicó una desviación en tanto contenidos teóricos y metodológicos del enfoque tradicional.

El modelo tradicional y sus limitaciones, constituyeron el punto de partida para el desarrollo de la modificación de la conducta. La limitación más evidente dentro del modelo de la enfermedad, fue el cambio de la conducta, desde la terapia y fue justamente en esta área donde la modificación de conducta contribuyó para conseguir subsanar las limitaciones y avanzar en la investigación partiendo desde un enfoque científico conductual (Kazdin, 1983).

La aparición de la modificación de conducta representó una revolución en el campo de la salud mental, dado que el conocimiento psicológico tecnológico surgió a partir de las demandas sociales en distintos campos, sin una vinculación con una ciencia psicológica, sino a partir de la adopción de aspectos médicos. La Modificación de conducta represento un cambio radical ante esta situación, puesto que pretendió aplicar el conocimiento de la psicología como ciencia, a la solución de los problemas humanos.

Su tradición científica parte de los fundamentos propuestos por el paradigma del reflejo, elaborado por Pavlov, la psicología experimental comparada de Thorndike, la filosofía del conductismo propuesta por Watson en la que retomó el paradigma del reflejo y aspectos elaborados por Thorndike en su teoría sobre el aprendizaje, y sobre todo del modelo propuesto por Skinner acerca del conductismo operante. Estos autores, partieron de sus estudios realizados en el campo básico, dedicándose a la investigación experimental y la formulación teórica. Su paso de la investigación básica al campo aplicado fue gradual (Kazdin, 1983).

Por tanto, la modificación de conducta tuvo sus orígenes a partir del trabajo realizado en el campo básico y de las teorías del aprendizaje y condicionamiento que tenían implicaciones tecnológicas.

Por su parte, el desarrollo de la Terapia de la conducta, tuvo sus inicios en Sudáfrica, durante los años 40 y 50 gracias al trabajo realizado por Wolpe, quien investigó acerca de la producción y eliminación de las neurosis experimentales en gatos y creó la técnica de la desensibilización sistemática fundamentándola en la inhibición recíproca que surgió a partir del paradigma del reflejo. La Terapia conductual estuvo más enfocada a la solución de problemas que a la vinculación con una teoría científica y con el paso del tiempo fue incorporando modelos explicativos que tuvieron su origen en la praxis (Kazdin, 1983).

Mientras que el desarrollo de la Modificación de la conducta comenzó en Inglaterra de manera independiente al trabajo desarrollado por Joseph Wolpe. Uno de sus pioneros fue Eysenck, al enfatizar la necesidad de investigar y aplicar los hallazgos de la psicología experimental a la psicología clínica. Sus fundamentos teóricos partían de las teorías del aprendizaje. Joseph Wolpe y Hans Eysenck, quienes estudiaron la aplicación de los principios del condicionamiento clásico de Pavlov a la comprensión y eliminación del sufrimiento humano, en especial de la ansiedad. Este enfoque no niega la importancia del reforzamiento operante y del castigo en el moldeamiento de la conducta normal y problemática, sin embargo, enfatizan que el aprendizaje ocurre a través de la asociación de los estímulos condicionados e incondicionados.

Tanto Skinner, Wolpe como Eysenck, se centraron en el estudio del comportamiento manifiesto u observable considerándolo objeto de la evaluación y tratamiento clínicos, aunque con algunas especificaciones. Sin embargo, no fueron aceptados de manera universal, considerando que pusieron poca atención a la función que desempeñaban los procesos cognoscitivos o simbólicos en el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta. Otros autores que aportaron a su desarrollo fueron Shapiro, Jones, Meyer y Yates, quienes basaron sus trabajos en las teorías del aprendizaje y del condicionamiento para diseñar técnicas como la graduación de tareas o biofeedback, y posteriormente la inundación, el modelamiento y la terapia aversiva (Kazdin, 1983).

En Estados Unidos Voegtlin y Lemere elaboraron una terapia aversiva para el tratamiento del alcoholismo basada en el principio del reflejo condicionado. Salter creó una técnica de autohipnosis explicándola a partir del paradigma propuesto por Pavlov, después empleó varios procedimientos similares conocidos como autocontrol, ensayo conductual y condicionamiento encubierto, explicándolos en función del modelo del reflejo. La aplicación sistemática del condicionamiento operante a la conducta humana fue un factor determinante para el desarrollo de la modificación de conducta.

Además de haber propuesto la teoría del condicionamiento operante, también puso en marcha su aplicación junto a Lindsley. Por su parte, Lindsley y Bijou estudiaron los métodos operantes con pacientes psicóticos institucionalizados, mientras que Bijou los estudiaba con niños. El método que emplearon puso énfasis en el uso de respuestas operantes libres, estímulos discriminativos, y el control de las consecuencias de las respuestas (Kazdin, 1983).

Para finales de los años 50 y principios de los años 60, en Estados Unidos, se dio un movimiento formal y unificado al que se denominó Modificación de Conducta, su reconocimiento en Inglaterra en los años 60 cristalizó el movimiento en Estados Unidos, al contrastar su trabajo con el realizado desde el movimiento psicoanalítico. Para finales de los años 60, la confrontación con el enfoque psicodinámico disminuyó y la terapia de corte conductual empezó a atraer la atención por la investigación tecnológica realizada apoyado por técnicas terapéuticas y a medida en que se reportaban los éxitos de diversas técnicas conductuales, aparecieron algunos intentos por unificar la terapia conductual con la psicoterapia para subsanar las deficiencias de la última.

Los terapeutas conductuales sostenían la eficacia de sus tratamientos, sin embargo, su mayor apoyo provenía de casos clínicos y no quedaba esclarecida la relación que mantenía la terapia de la conducta y las teorías del aprendizaje (Kazdin, 1983).

Se debe agregar que aspectos como la relación terapéutica, la información y el manejo de expectativas por parte del terapeuta, jugaron un papel importante para la eficacia de algunas técnicas.

El movimiento de la Modificación de conducta fue dejando de ser tan rígido en cuanto a mantener una vinculación estrecha entre el conocimiento científico y su aplicación tecnológica. Las primeras definiciones de la terapia de la conducta se basaron en las

relaciones de la investigación y las teorías del aprendizaje. Sin embargo, a medida que se incursionó en el campo aplicado, la preocupación cambio, y lo que se buscaba era contar con una tecnología eficaz, dejando de lado el conocimiento desarrollado en el campo básico, sin embargo, las premisas en las que se fundamentaron, lo diferenció del enfoque tradicional (modelo médico) (Kazdin, 1983).

Algunas de las premisas en las que basaron su quehacer tecnológico fueron: bajo el modelo conductual de conducta anormal, sostenían que las conductas se aprenden, se mantienen y se modifican, por los principios, independientemente de ser conductas normales o anormales; la modificación de la conducta dependía de los conceptos y procedimientos surgidos en el laboratorio o campo básico; el interés se centraba en la alteración de la conducta manifiesta y no en procesos internos o conductas internas o privadas; el empleo del método de evaluación con respecto a la conducta problema y su énfasis en la medición de la misma; y en cuanto al tratamiento, la modificación de conducta se caracterizó por el empleo de técnicas estandarizadas dirigidas hacia la eliminación de conductas problema.

Por otro lado, una aproximación que se caracterizó por el empleo de las técnicas derivadas del modelo operante, que surgió debido a que dentro del enfoque conductual, la modificación de conducta o terapia conductual no aseguraba homogeneidad teórica o metodológica, se llevó a cabo una distinción entre modificación de conducta y análisis conductual aplicado, éste último, se caracterizó por un interés mayor por la investigación que en la aplicación, y una vinculación con supuestos teóricos y filosóficos de la ciencia básica. El objetivo principal del Análisis Conductual Aplicado fue, demostrar la utilidad del enfoque operante en la investigación del comportamiento humano y determinar si los datos obtenidos en la investigación animal en laboratorio podrían ampliarse al campo humano, resaltando el trabajo realizado por Barret y Lindsley en 1962, Bijou en 1957, Baer en 1962 y Goldiamond en 1965, entre otros (Kazdin, 1983).

A partir de mediados y finales de los años 60, las técnicas operantes se aplicaron en diversos centros de investigación e instituciones, por lo que su objetivo inicial de investigación con conducta humana se transformó por un interés cada vez mayor en la aplicación, que conllevó a la ampliación de métodos y conceptos del laboratorio a situaciones naturales. Sin embargo, al querer extrapolar dichos métodos y conceptos a

escenarios naturales, los analistas conductuales se encontraron con diversas dificultades, entre ellas, que las respuestas en la conducta humana eran mucho más complejas y versátiles, las consecuencias no eran programables, la precisión del laboratorio no era replicable en ambientes naturales, el mantenimiento y transferencia de los logros terapéuticos no se lograban (Kazdin, 1983).

Esas dificultades, condujeron a algunos conductistas a cuestionar el enfoque con el que trabajaban y los supuestos que se planteaban dentro de dicho enfoque en relación con la conducta humana, estableciendo que era una postura ambientalista que consideraba al individuo como un agente pasivo, excluyente de procesos cognitivos e incluso realizando críticas dirigidas hacia la ética con la que se realizaba la manipulación a través de dicho enfoque tales como el reforzamiento, el castigo y la extinción (Kazdin, 1983).

Por su parte Goldfried y Davison (1994) consideraban que la terapia conductual se explica de manera apropiada como el reflejo de una orientación general hacia el trabajo clínico, que se alinea filosóficamente con un enfoque experimental para el estudio de la conducta humana. La suposición básica de esta orientación particular es que las conductas problemáticas que se observan dentro de un ámbito clínico se puede comprender mejor a la luz de aquellos principios extraídos de una amplia variedad de experimentación psicológica y que estos principios tienen implicaciones para el cambio conductual dentro del entorno clínico.

### **2.3.3 Enfoque cognitivo**

A partir de las limitaciones observadas en el enfoque psicoanalista así como en la Modificación de conducta, la Teoría de la conducta y el Análisis Conductual Aplicado, fue que surgió el enfoque cognitivo. Dicho enfoque se desarrolló en forma separada del conductismo propuesto por Watson y de la teoría de conducta operante propuesta por Skinner, lo cual se observa en sus postulados principales.

Algunos autores consideraron que las explicaciones formuladas por dicha teoría de la conducta, no eran suficientes para estudiar el complejo comportamiento de los seres humanos, por lo cual, propusieron diversos modelos con la finalidad de superar lo establecido desde los conductistas. Ejemplo de ello, lo constituye Hull, quien propuso la

Teoría hipotético- deductiva; el Conductismo propositivo planteado por Tolman y la Teoría de los factores elaborada por Mowrer; que tienen en común haber introducido conceptos mediacionales o variables intermedias en las relaciones estímulo-respuesta. Posteriormente, investigadores como Bolles, Bower y Neisser, abordaron temáticas como el pensamiento, los sentimientos y la percepción, pues consideraban que eran temas que habían quedado sin explicación desde la teoría conductista (Kazdin, 1983).

De acuerdo con Kazdin (1989, citado en Rodríguez, 2002), las teorías mediacionales cuestionaron los principios del aprendizaje animal, pues resultaban insuficientes para dar respuesta a los problemas del aprendizaje y pensamiento humano. Guthrie, por ejemplo, consideró que la especificidad de los estímulos no era suficiente para explicar la conducta, y era necesario saber cómo el sujeto percibía los objetos y el significado de esa percepción. Además de las explicaciones ofrecidas por las teorías mediacionales durante los años 50, la Psicología fue receptora de tres importantes influencias durante esta época que impulsaron la creación de modelos cognitivos. La primera influencia fue dada por la invención de la computadora que podía realizar operaciones similares a los seres humanos tales como aprender, almacenar, manipular y recordar información. La segunda influencia partió de la lingüística en la cual se postulaba la existencia de estructuras subyacentes a la comprensión y producción de lenguaje, siendo Chomsky, el autor principal con su obra *Syntactic structures*, presentando un análisis cognitivo de la conducta lingüística. La tercera influencia para el desarrollo de la teoría cognitiva fueron los postulados realizados por Piaget y sus seguidores, quienes se centraron en el desarrollo de las estructuras y procesos que influyen en los cambios evolutivos en el conocimiento humano, resultando la elaboración de una teoría del desarrollo.

A partir de esas tres influencias fue que surgió la psicología cognitiva, distinguiendo dentro de ésta tres escuelas en base a los fundamentos que propusieron, llamadas Clásica, Neoclásica y Cognitivo-conductual. Las tres escuelas, teniendo como objeto de estudio a la cognición, entendido como acontecimientos verbales o figurados en el flujo de la conciencia de la persona, o bien, como el estudio de las ideas, su desarrollo, formación, contenido, interconexiones y efecto dinámico (Zumaya, 1993).

La escuela cognitivo- conductual, fue la que tuvo mayor aceptación, y postuló que la conducta y sus consecuencias está determinada por la manera como la persona entiende,

interpreta y estructura el mundo basándose en actitudes y supuestos propios que ha ido desarrollando a partir de sus experiencias y aprendizajes anteriores. El resultado de esta evaluación se expresa en forma de valoraciones o definiciones muy concretas que incorporamos en nuestro lenguaje interno, o discurso particular que mantenemos constantemente con nosotros mismos y en el que describimos lo que vemos, lo que sentimos, lo que nos está pasando, lo que harán los otros. Las posturas cognitivas, constituidas por concepciones teóricas con las cuales se explica la organización funcional de la mente, los fenómenos cognitivos, el aprendizaje o la conducta, a partir de la cognición y su vinculación con el modelo tradicional de enfermedad; presentaron sus concepciones acerca de las enfermedades mentales o desórdenes cognitivos, así como su corrección, a partir de las llamadas psicoterapias cognoscitivas.

De acuerdo con Zumaya (1993), las tres escuelas surgidas de la psicología cognitiva, constituyen sistemas teórico-metodológicos del tratamiento psicológico, basados en la cibernética, en una concepción psicopatológica y un conjunto de técnicas y principios terapéuticos.

Los conceptos y procedimientos cognitivos se combinaron con las explicaciones y procedimientos conductuales, justificando esta incorporación bajo el supuesto de que el manejo conductual era insuficiente. Además se incluyeron técnicas que estaban desvinculadas en su origen de los procedimientos conductuales tales como la Terapia Racional Emotiva de Ellis, el entrenamiento en autoinstrucción, la detención del pensamiento y la inoculación del estrés de Beck, Entrenamiento en la resolución de problemas de D'Zurilla y Goldfried (1971), basando sus explicaciones en modelos cibernéticos, empleando conceptos tales como: esquema, estructura cognitiva, proposiciones cognitivas, operaciones cognitivas y productos cognitivos.

Las psicoterapias cognitivas son procedimientos activos, directivos, estructurados y de breve duración para el tratamiento de una variedad de trastornos psicológicos. Proponen una colaboración abierta con el cliente para afrontar su problemática, planteando un modelo explicativo simple y sugiriendo estrategias específicas para su resolución. El objetivo de los tratamientos cognitivos es el cambio de las estructuras cognitivas que dificultan el buen funcionamiento psicológico del sujeto. Para ello, se sirven de una diversidad de procedimientos como los mencionados anteriormente y entienden a la psicoterapia como un



esfuerzo de colaboración mutua cliente y terapeuta para un consenso de los problemas del cliente, los fines de la terapia e incluso los medios para alcanzarlos, con lo cual se pretende ajustar las expectativas de la terapia que tienen tanto el cliente como el terapeuta (Phares y Trull, 1999).

Una vez creado un clima de colaboración, terapeuta y cliente pueden cooperar como si de un equipo de investigación se tratara. Los pensamientos del cliente se consideran hipótesis a verificar. Ambos examinan la evidencia disponible y diseñan experimentos para poner a prueba las hipótesis. La evidencia recogida se analiza lógicamente para refutar o apoyar las cogniciones del cliente y éste “descubre” las incoherencias por sí mismo (Phares y Trull, 1999).

El desarrollo de la psicología clínica como se observa, fue de manera pragmática, gracias a las demandas impuestas por la sociedad, no tuvo un sustento teórico y además influenciada en sus inicios por el modelo médico predominante en la época, dio como consecuencia origen a aproximaciones no científicas con diversas limitaciones, subsanadas en primer instancia por la creación de un nuevo modelo surgido desde el terreno científico que sustentó sus prácticas en la investigación básica, pero al cual, con el paso del tiempo, no fue suficiente para dar respuesta a las explicaciones del comportamiento complejo humano. Dadas las limitaciones de la postura conductual, se desarrollaron teorías mediacionales que agregan un elemento a la relación estímulo-respuesta, para después dar paso a la influencia de tres elementos, a saber, la computación, la lingüística, y la teoría del desarrollo desarrollada por Piaget, generándose la terapia cognoscitiva-conductual.

#### **2.4 Limitaciones en los diversos enfoques empleados en la psicología clínica**

Los tres enfoques abordados anteriormente, a partir de su puesta en práctica, tuvieron insuficiencias que dieron paso a nuevos enfoques que trataban de subsanar dichas limitantes, sin embargo, los planteamientos y procedimientos que desarrollaron, aún estaban permeados por el modelo tradicional (modelo médico) con la concepción de conductas normales-anormales e incluso considerando las conductas como enfermedades per se, además de utilizar en sus explicaciones abstracciones vagas, metáforas tomadas

como una realidad y metodologías que hacían difícil e incluso imposible su replicación y comprobación.

En el caso concreto del psicoanálisis, a diferencia de las posturas científicas que deben ser capaces de producir hipótesis fácilmente contrastables, verificables a partir de pruebas empíricas, las suposiciones y afirmaciones del psicoanálisis, al estar constituidas por abstracciones vagas, difíciles o casi imposibles de ser verificadas de manera científica. Además la relación que plantea entre los procesos psicodinámicos y la conducta no es clara, pues la ausencia o presencia de una conducta, no tiene por qué ser una prueba necesaria de un proceso psicológico. Las interpretaciones psicoanalíticas de un proceso psicológico, una expresión simbólica o una conducta manifiesta pueden variar drásticamente para llegar a conclusiones distintas sobre una misma conducta. Debido a que pueden derivarse inferencias contradictorias de una misma información sobre un paciente, hace prácticamente imposible la verificación de las hipótesis que plantea (Díaz y Nuñez, 2010; Kazdin, 1983).

Es una postura inflexible y cerrada en la que cualquier fenómeno estudiado es interpretado en función de que resulte una confirmación de sus principios regidores, es decir, cualquier comportamiento es explicado a partir de los deseos inconscientes y encasillado dentro de alguna patología preestablecida. Debido a que se basa en el modelo médico (salud-enfermedad), tiene como finalidad dar un diagnóstico, por lo que perpetua la idea de tener que adjudicar una o varias etiquetas a las personas que son tratadas (Díaz y Nuñez, 2010; Kazdin, 1983).

Otra de sus limitaciones es la hipótesis acerca de la formación y eliminación de los síntomas, pues al suponer que las conductas anormales o desadaptativas son síntomas de trastornos subyacentes. La noción de síntoma psicológico presupone una posición teórica concreta que determina no sólo cuál es el problema del paciente sino también el objetivo adecuado del tratamiento. La enfermedad psicológica, y no la conducta problema, es lo que debe tratarse (Díaz y Nuñez, 2010; Kazdin, 1983).

En cuanto a la teoría conductual, a diferencia del psicoanálisis, representó un progreso para la psicología, debido a que se tomó como objeto de estudio a la conducta observable, medible y verificable, sin embargo, en su práctica fue cuestionada debido a que dicha postura reducía a los seres humanos a un conjunto de respuestas ante estímulos

específicos, es decir, el comportamiento quedaba reducido a relaciones mecanicistas del organismo con el ambiente, dejando de lado factores tales como la constitución biológica o bien, la historia del organismo, lo cual hizo que su campo de aplicación e incidencia se viera reducido, limitándose a las conductas medibles. A pesar de contar con un sustento teórico desarrollado desde la ciencia básica, la aplicación dentro del ámbito de la psicología clínica no se apegó del todo a los principios del aprendizaje desarrollados en el laboratorio, con condiciones controladas, pues el medio natural en el que se encuentra el individuo no podía controlarse ni manipularse del mismo modo, resultando no tan científico o válido en comparación con la ciencia básica (Díaz y Nuñez, 2010; Kazdin, 1983).

Los conceptos que fueron postulados en la teoría psicoanalítica y cognitiva resultan vagos, pues parten de la creencia de que existen procesos internos distintos de la conducta manifiesta.

Los tres enfoques mencionados anteriormente, además tienen limitantes en común, que son:

- a) El dualismo: desde el momento de la formulación, la psicología adoptó los planteamientos del cartesianismo, tanto en el psicoanálisis, la teoría de la conducta y las teorías cognitivas, resultó incuestionable la existencia de un aparato mental o bien de estructuras internas, aceptando la creencia de la existencia de un mundo no material que interactuaba con uno material: la conciencia en interacción con la conducta; el aparato intrapsíquico en interacción con los desórdenes emocionales; la mente en interacción con la conducta. Se creyó que el hombre compuesto de dos sustancias, una que funciona como principio rector (alma, mente, conciencia, cognición) y otra que solamente reflejaba lo verdaderamente importante (conducta manifiesta).

Incluso la teoría de la conducta, a pesar de partir de la ciencia básica y teniendo como objeto de estudio a la conducta observable y medible, nunca cuestionó la existencia misma de los procesos internos.

Muchos de los problemas dentro del estudio de los fenómenos psicológicos no es, querer estudiar fenómenos como la memoria, la imaginación, la percepción, la inteligencia, entre otros, sino la manera en cómo son abordados, es decir, considerando a los fenómenos psicológicos como algo preexistente que sólo

necesita ser estudiado bajo el amparo de una teoría, que existen antes de su referenciación.

Estas concepciones dualistas planteadas en los marcos teóricos de los diferentes enfoques tuvieron implicaciones al momento de pretender crear una tecnología, pues al tener como objetivo incidir en la transformación de la realidad y el cambio de los comportamientos considerados como anormales o desviados, los condujo a la desvinculación con el conocimiento básico, generándose dicotomías tales como interno-externo; público-privado; objetivo-subjetivo; observable-inobservable que se aplicaban siguiendo una lógica inapropiada.

Otro de los inconvenientes de adjetivar las relaciones como si fueran observables, externas y a otras como internas o inconscientes, es el olvidarse de que lo que se estudia en psicología son interacciones, para intentar reducir el comportamiento a conductas concretas. Lo que se ha nombrado como emociones, pensamientos, imaginación, inteligencia, empleando el lenguaje ordinario y no un lenguaje propio o técnico; no son conductas ni tampoco procesos internos, sino que forman parte de una interacción, que en muchas ocasiones no refieren a variables discretas, o internas, sino a tendencias o estados no observables.

Otras de las limitantes es desmitificar las morfologías de las conductas, es decir, las formas en las que una persona se relaciona con su ambiente. Un individuo puede comportarse de manera aparente, por ejemplo cuando le dice algo a alguien; o bien, de manera no aparente, por ejemplo, cuando se dice algo a sí mismo y esto no implica que se presenten funciones diferentes. El comportamiento no aparente es algo que surge después de saber hacerlo de manera aparente y por tanto, no es una manifestación de un mundo interno con una mayor complejidad.

En el caso de tomar la cognición como objeto de estudio, es un ejemplo de un error surgido a partir del dualismo, acuñado para aquellas variables que no podían ser explicadas tales como estados emocionales, valores, ideologías, motivos, etcétera; pretendió convertir a la cognición como la causa del comportamiento observable, y que condujo a la creación de teorías como las cibernéticas, en las que se adoptó una metáfora de la computadora como modelo explicativo del comportamiento, para después asumirla como realidad.

El hecho de asumir dicotomías como las mencionadas, son aplicables a aquello que tiene una ubicación espacial y siempre con referencia a algo, tomando como objetos de estudio fenómenos per se y no interacciones del individuo con su ambiente, su historia particular, etcétera.

- b) Causalidad: la adopción del dualismo, dio paso a otra de las limitantes de los enfoques (psicoanálisis, teoría de la conducta, teoría cognitiva) pues se ofrecieron explicaciones lineales, es decir, lo que ocurre antes y lo que ocurre después, de contacto directo en tiempo, por lo tanto, el comportamiento es concebido en términos de causas y efectos. La causalidad supone relaciones de contacto y asigna el valor explicativo a un elemento de la relación (los procesos inconscientes, la variable independiente, cognición, respectivamente), excluyendo elementos importantes presentes en las interacciones del individuo con su ambiente tales como las variables contextuales como los estados de ánimo, hábitos adquiridos, en la historia individual, conocimientos, experiencia, entre otros.

En el caso del campo aplicado, el comportamiento es explicado en función de alguno de los componentes de la relación. Por ejemplo, en el enfoque cognitivo, se considera que la cognición explica el contacto que se da entre el individuo y su mundo, y a partir de ello, proponen modelos explicativos como la terapia racional emotiva, considerada tanto un modelo cognitivo como un modelo terapéutico.

- c) Misma complejidad en los procesos: en el campo aplicado no existe un interés genuino en comprender los procesos psicológicos involucrados en algún comportamiento, sino en la transformación del mismo. Y las explicaciones ofrecidas en este campo responden a alguna postura teórica o pragmática, que reflejan las limitantes de la aproximación adoptada. De acuerdo al enfoque, se analiza cualquier comportamiento identificándolo como un solo tipo de proceso, cayendo en el reduccionismo, al no contemplar variables o factores contextuales e históricos, no distinguiendo entre niveles de organización de la conducta, entre otros.
- d) La falta de delimitación del objeto de estudio: debido a la demanda social impuesta a la psicología y la necesidad de dar respuesta a dichas demandas, dio lugar a generar conocimiento a partir de la práctica y no partir de conocimiento científico, y considerar como lo más importante, la efectividad, por lo que, la psicología clínica,

es un conjunto de métodos y resultados, sin teoría, dando cabida a prácticas pragmáticas y eclécticas, alejadas cada vez más de la ciencia, que implica sólo el desarrollo de metodologías específicas, una correspondencia entre técnicas y problemáticas, es decir, considerando que técnicas específicas corresponden a problemas identificados per se (Kazdin, 1983).

Los distintos enfoques se han dedicado a construir procedimientos partiendo de criterios tales como considerar que las interacciones particulares de las que forman parte las formas de comportarse de un individuo y que se identifican como problemas, son iguales en todas las personas; que las soluciones están predeterminadas desde el momento en que la anormalidad debe eliminarse; que las técnicas deben encaminarse a eliminar las morfologías o formas de comportarse patológicas, enfermas o desviadas, creyendo que para cada tipo de conducta anormal se podría disponer de paquetes de procedimientos terapéuticos, fundamentados en un análisis técnico de la anormalidad y no de un evaluación funcional genuina de cada comportamiento y tomando como supuesto que la eliminación de la conducta anormal al ser incompatible con la normal, daría lugar a ésta última. Además, no se puede olvidar que la preocupación por resolver las demandas sociales rápido y efectivamente, repercutió en la orientación cada vez más pragmática, en la que el eclecticismo, se ha vuelto una forma válida de practicar la profesión y aplicar los conocimientos, pues lo importante es, el procedimiento y los resultados que se obtengan y no la aplicación derivada del conocimiento y compromiso con un enfoque teórico y científico (Ribes y López, 1985).

Para poder terminar con dichas limitantes y herencias como el modelo médico, la psicología debería encargarse solamente del estudio del comportamiento individual, tomando en cuenta todos aquellos elementos que forman parte de la unidad de análisis y que influyen para que un sujeto en particular, con una historia única, características singulares, determinadas capacidades y condiciones, ingiera cierto tipo de sustancias, en algunas circunstancias, con determinadas personas, teniendo efectos particulares de su comportamiento en relación con otros.

La teoría interconductual, al separarse de dichas limitaciones y, definiendo un objeto de estudio, que le permite delimitar el campo de acción profesional, entendido como la

interconducta, es decir, la interacción construida entre ciertos elementos del ambiente y el organismo, proporciona una alternativa para la generación de una psicología científica (Ribes y López, 1985).

Y para construir una tecnología científica en psicología, al partirse de una teoría empíricamente viable de aplicar y cuyo cuerpo teórico y metodológico tenga las siguientes características: la superación del concepto lineal, lo cual implicaría, dejar de lado las explicaciones causa-efecto, para incluir eventos contextuales e históricos, además de entender el comportamiento como complejas relaciones de interdependencia organismo-ambiente, y planteando que el comportamiento tiene distintos grados de complejidad y, por lo tanto, no puede ser explicado a través de uno o dos procesos paralelos, lo cual es proporcionado por la teoría interconductual.

Partiendo de dicha teoría sustentada en premisas lógicas, teóricas, metodológicas y epistemológicas, que contienen el conocimiento a aplicar, derivado de la ciencia y compuesto por principios generales que no se refieren a un individuo en particular y después pasar por un proceso que permita ir de lo abstracto de la teoría a lo concreto de la aplicación, permitiría el desarrollo de una tecnología científica psicológica y con ello, una alternativa viable para dar solución a las demandas sociales.

Ribes y López en 1985 consideraron que el proceso de transición de la ciencia al campo aplicado, es en primera instancia la creación de una teoría del comportamiento para posteriormente desarrollar tanto una teoría de la personalidad como una teoría del desarrollo que darían cuenta de la evolución de los comportamientos simples a los comportamientos complejos. Entre dichas teorías y su aplicación, debían desarrollarse modelos que orientasen la actividad profesional en los diversos campos de aplicación, en los cuales se deben identificar tanto factores psicológicos relevantes en contextos sociales particulares así como las funciones profesionales que se pueden ejercer y como última fase, desarrollar y aplicar metodologías psicológicas para solucionar problemas, las cuales pueden aplicarse directamente con personas que solicitan ayuda o indirectamente, a través de otros profesionales, paraprofesionales o no profesionales.

Una de las contribuciones que permiten llevar a cabo el desarrollo del proceso señalado anteriormente consiste en la propuesta hecha por Ribes y López (1985) a partir de la taxonomía funcional, en la que se establecen premisas lógicas- epistemológicas y

metodológicas, además de plantear un conjunto de categorías analíticas que dan pie a la conformación de un sistema de análisis y transformación del comportamiento. Esta contribución permite el desarrollo de un sistema tecnológico, que partiendo de dichas premisas, se configure con categorías propias, diseñadas para el comportamiento singular y concreto, que permita analizarlo y transformarlo.

## **2.5 Tecnología Interconductual**

Como una alternativa a los modelos teóricos en psicología y sus deficiencias, se ha desarrollado el interconductismo que de acuerdo con Kantor (1980) representa una revisión y evolución teórica y metodológica del conductismo en los niveles experimental, aplicado y tecnológico.

En su inicio, la propuesta realizada por Kantor acerca del interconductismo se centró en definir lo psicológico y la delimitación del campo de actuación de la psicología separándola de la biología y la sociología, constituyendo así la metateoría y su conceptualización lógica, distinta de las conceptualizaciones psicológicas trascendentales tradicionales, estableciendo como objeto de estudio de la psicología, la conducta de los organismos en lo individual y como objetivo identificar las condiciones históricas, situacionales y paramétricas de los factores que participan en la interacción, sus contribuciones abrieron la posibilidad de generar tecnología dentro de la psicología (Ribes y López, 1985, citado en Vargas, 2008).

Además de haber definido el campo psicológico, Kantor postuló categorías generales de los elementos del medio que hacían posible la interconducta, dichos elementos eran conformados por las funciones de estímulo y la función de respuesta, los factores de contexto que no se limitan a los objetos y acontecimientos físicos, sino que se incluyen los factores históricos que construyen tendencias y capacidades, y los factores disposicionales que son colecciones de ocurrencias que condicionan de manera probabilística una interacción particular (Rodríguez, 2002).

Ribes en 1994 señaló que debido a que el interconductismo de Kantor con un carácter metateórico, no pueda llevarse de manera directa al análisis observacional y experimental de los eventos. Debido a esto, Ribes junto con López en 1985 establecieron



una taxonomía funcional a partir de la metateoría que propuso Kantor y del conductismo como antecesor, que ha sido llevada al ejercicio tecnológico.

En 1980 Kantor en su libro *Psicología Interconductual* expuso a la psicología clínica como un subsistema de la psicología en el cual se enfatizan las formas usuales, deseables y convencionales de la conducta en oposición a las formas de comportarse inusual o indeseablemente. Además, estableció que su interés son las irregularidades conductuales, que los eventos son considerados como problemas de tipo preventivo o correctivo de las dificultades conductuales, y que esas irregularidades conductuales se presentan como continuos con las acciones de ajuste del o los individuos.

Cabe mencionar que en la psicología clínica se han establecido como criterios de irregularidad conductual, sucesos extrapsicológicos y extracientíficos y, finalmente, describe que las irregularidades conductuales van desde la rareza hasta los extremos denominados patológicos.

Kantor postuló que la conducta irregular o anómala, está constituida por ejecuciones distintas de las comunes o exageradas, y que esos criterios de exageración están basados en la insatisfacción o descontento de la conducta del individuo, formulados por él o por los otros. Dicho descontento hacia las conductas y los criterios interrelacionados, se sitúan en condiciones de vida individual y en las relaciones interpersonales.

Cabe resaltar que dentro de la psicología clínica, no hay personas enfermas, debido a que las categorías clasificatorias no pueden ser sustitutas de las reales, lo cual permite omitir y excluir los principios causales y finalmente, postula que los procedimientos terapéuticos deben consistir en efectuar un ajuste de los factores de la situación conductual específica.

Kantor, estableció respecto al diagnóstico que, los eventos psicológicos pueden integrarse a las condiciones de vida individuales, debido a que la conducta irregular está valorada bajo dichas condiciones. Esto puede verse reflejado en lo que se denominó niveles de imbecilidad, idiocia o moronismo, en los que los desajustes conductuales están asociados a fallas en la coordinación de funciones estímulo-respuesta de forma inadecuada para las condiciones de vida de la persona. Por lo cual, señaló a dicha incoordinación de las funciones estímulo-respuesta como la situación primordial de explicación de los desajustes conductuales llevados a “*diagnostico*” dentro de la denominada psicología clínica.

A partir de dichos lineamientos, Kantor expuso en forma de teoremas respecto de lo *terapéutico* que, las medidas terapéuticas deben estar ajustadas al análisis de los eventos totales, por lo que dicho análisis deberá ser realizado adecuadamente, de manera minuciosa y sin dejar de lado cada uno de los factores conductuales que componen el desajuste. El reajuste o reeducación que continua al diagnóstico debe llevarse a cabo en correlación con lo diagnosticado, sin dejar de lado que el tratamiento estará reducido a una serie de conductas, a pesar de que el comportamiento se presente de manera compleja; sin embargo dicha reducción, es funcional en el grado en que el análisis de sus elementos sea considerado como un campo de interacciones. Finalmente, el autor subraya que dentro de los factores de la interacción deben incluirse cada uno de los aspectos de las condiciones de vida del individuo, los cuales tendrán que ser manipulados dentro del ajuste terapéutico determinado.

Cabe mencionar que lo propuesto por Kantor sólo se limita a describir a la psicología clínica como parte de un subsistema de la psicología, lo cual no es suficiente para llevarlo al campo tecnológico. Partiendo de lo propuesto por Kantor, la taxonomía de Ribes y López (1985), brindó la posibilidad del desarrollo de la tecnología psicológica en general y la tecnología psicológica en el área clínica en lo particular.

En su ensayo *Reflexiones sobre una caracterización profesional de las aplicaciones clínicas de análisis conductual*, Ribes (1990) señala que la psicología clínica se dio gracias a la conjunción de técnicas que la condujeron a cuestionar el modelo médico, generando alternativas para el tratamiento, sin embargo, éstas siguieron apegadas al modelo médico que cuestionaron en un inicio. El mayor auge de dichas técnicas fueron las de modificación de conducta, que continúan vigentes hasta nuestros días.

Las teorías que se han desarrollado para dar explicación a los eventos psicológicos (conductual, cognitiva-conductual, psicoanálisis), recurren a concepciones dualistas para realizar dicha labor, lo cual se ve reflejado en el ejercicio tecnológico. Un ejemplo de esto es el haber nombrado a ésta área como clínica, puesto que *etimológicamente* la palabra clínica se refiere a impedimentos, enfermedades e incapacidades, empleada en la antigua Grecia para denominar la práctica médica en la que se atendía a los pacientes, es decir, a aquellas personas que se encontraban sufriendo y yacían recostados, y cuyos padecimientos

se consideraban una disfunción o perturbación biológica intrínseca a las condiciones históricas y presentes del individuo.

Dada la historia en la que ha sido desarrollada la psicología como una práctica en el área clínica, se puede observar que ha sido fundamentada desde una concepción dualista basada en el modelo médico salud-enfermedad, o bien considerando a la conducta como adaptada-inadaptada, además se ha considerado que el individuo que sufre de un problema clínico requiere de una intervención ajena a él para obtener *mejoría* (Ribes, 1990).

Desde la teoría interconductual, se plantea una alternativa para la práctica psicológica en el área clínica, tal como lo mencionó Ribes en 1990 "...definir no lo que el individuo no debe hacer, sino, por el contrario, lo que puede hacer, las diversas opciones disponibles en el ambiente y su historia interactiva para lograrlo" (p. 104). Además, se considera que las interacciones identificadas no pueden ser descritas en términos de anormalidad, puesto que la anormalidad es un juicio de valor impuesto de forma convencional por la ideología mencionada en relación con la práctica clínica y sus procedimientos. En tal caso, lo que sea valorado como anormal debe ser identificado dentro del segmento de interacción como un criterio convencional del individuo y su grupo de referencia (Ribes, 1990).

Ante las limitaciones de los enfoques tradicionales y conductual para proceder en el área clínica, Ribes, Díaz-González, Rodríguez y Landa (1986) propusieron el Análisis interconductual partiendo del enfoque interconductual, que es tanto un sistema como una metodología para el análisis y el cambio del comportamiento humano individual, no limitado al contexto clínico, en el cual se procede identificando la interacción organismo-ambiente en cuatro dimensiones: microcontingencial, macrocontingencial, factores disposicionales y personas, los pasos para su aplicación son: la identificación de las relaciones microcontingenciales, la evaluación del sistema macrocontingencial, la génesis del comportamiento, el análisis de soluciones y la selección, diseño, aplicación y evaluación de los procedimientos de intervención. La aplicación de estos pasos lleva a la estructuración de un programa de cambio absolutamente singular, que se diseña junto con el usuario como producto de la estrategia de desprofesionalización con la cual se aplica esta metodología (Rodríguez, 2002). Y tiene como objetivo "...identificar y definir el problema o los problemas del usuario o los usuarios desde una perspectiva genuinamente funcional"

(p. 118), cuyos fundamentos se encuentran en las consideraciones conceptuales respecto del conocimiento psicológico desarrollado por Ribes y López en 1985.

Para el Análisis contingencial “...el problema no radica en el comportamiento del usuario sino en la red de relaciones de este comportamiento con otros y las prácticas valorativas que lo contextualizan socialmente...-es por ello que- ... la identificación y la definición del problema funcional por parte del usuario son los elementos centrales de todo el proceso de cambio conductual” (Ribes, Díaz-González, Rodríguez y Landa, 1986, p. 118).

Rodríguez y Díaz-González (1997), propusieron que para cada uno de los casos con los que se trabaje, se deben diseñar o seleccionar los procedimientos de cambio pertinentes, tomando en consideración que: a)no existen técnicas ideales para las situaciones valoradas como problemas, ya que ello implicaría categorizar el comportamiento en términos socialmente convencionales y no en términos de lo que realmente es; b)cada comportamiento se presenta de manera única de acuerdo con las relaciones que lo componen, su valoración y su historia; c)si se seleccionan procedimientos estandarizados debe ser bajo criterios funcionales, es decir, al margen de las morfologías de respuesta del usuario; y d)los procedimientos no estandarizados también pueden utilizarse ya que son componentes de toda relación terapéutica y tienen efectos en el comportamiento del usuario.

Dentro del nivel microcontingencial, se analiza la interacción del individuo con la situación particular señalada como problemática, ya que en este enfoque no se consideran los problemas *per se* sino como “[...] singular al individuo en un contexto socio-histórico particular” (Díaz- González, Landa y Rodríguez, 2002). De cada situación particular se analizan las relaciones del individuo con objetos, eventos y acciones de otros individuos en una situación o varias situaciones particulares (microcontingencia) y se identifican cuatro elementos importantes: las situaciones, las conductas del usuario en dichas situaciones, las personas implicadas de manera funcional en la interacción y los efectos de la misma.

En el nivel macrocontingencial se analiza la interacción del individuo con su medio dentro del contexto normativo en el que se ha valorado la situación como problemática (Díaz- González, Landa y Rodríguez, 2002). Mientras que los factores disposicionales se refieren a todos los elementos que probablizan o interfieren con el comportamiento.

Finalmente, se analiza la mediación de la interacción del individuo con la conducta del o las otras personas significativas dentro del comportamiento de interés (Rodríguez, 2002).

Los datos de la evaluación de la génesis del problema, se obtienen mediante la entrevista, en análisis micro y macrocontingencial, para después continuar con el análisis de soluciones y finalmente a la planeación, aplicación y evaluación de un tratamiento pertinente para la persona (Rodríguez, 2002).

El Análisis contingencial constituyó el primer recurso tecnológico dentro del área tecnológica de la psicología clínica desde la teoría interconductual, sin embargo, Vargas (2006) encontró dentro de este sistema inconsistencias conceptuales, metodológicas y prácticas, que a continuación se mencionan:

1. Inconsistencia en presentar la dimensión de personas como una categoría similar a las de los sistemas macro y microcontingenciales, así como en los factores disposicionales, y después mencionar dicha dimensión como un elemento microcontingencial;
2. Considerar a la conducta como una relación entre individuos que descarta las relaciones con objetos elaborados o no por el hombre;
3. Atribuir al comportamiento humano características especiales que no tienen otros animales, dejando de lado que en psicología se estudia la conducta de los organismos y los niveles de complejidad de sus interacciones;
4. La valoración de “problemas psicológicos” puesto que, éstos no existen más que como situaciones que pueden ser observadas desde dimensiones muy variadas y que son valoradas por el usuario, persona o grupo de referencia como problemas, más propiamente dicho, como dificultades; además de conceptualizar dichos “problemas psicológicos” dentro de un marco moral, cuando la valoración puede fundamentarse en otros criterios que no son exclusivos de la dimensión moral del comportamiento valorado como dificultad;
5. La aplicación del análisis contingencial llevada a una intervención carece de técnicas propias que lo hacen recurrir a técnicas conductuales respondientes u operantes.

6. La consideración de representar “...un reto de hacer comunicables las ideas...” (Vargas, 2006: p.33) planteadas, cuando lo que se requiere de la tecnología psicológica es su difusión y uso;
7. Plantear análisis contingencial como si se tratara de un sistema diferente al de la psicología interconductual, cuando se trata de una forma de proceder en el ámbito tecnológico; y por último,
8. La inconsistencia entre la crítica realizada respecto de la participación del psicólogo en ámbitos “aplicados”, que niegan la acción directa de la misma y la inexistencia de áreas tecnológicas; mientras que establece, contradictoriamente, al Análisis contingencial como “La expresión más acabada, vinculada al trabajo aplicado...” (Rodríguez, 2002; citado en Vargas, 2006, p. 33).

Las carencias bajo este panorama, llevaron a Vargas (2006) a generar una alternativa tecnológica diferente para el análisis funcional del comportamiento, proponiendo así la Intervención Interconductual (II) como un procedimiento tecnológico más específico y puntual dentro de la teoría interconductual representada por Kantor y desarrollada por Ribes y López (1985), que puede ser utilizado en cualquier área tecnológica de la psicología.

La Intervención Interconductual (II) es definida como “...un procedimiento tecnológico interconductual general de **análisis, evaluación, regulación y probabilización** de la conducta, para la atención de demandas sociales vinculadas con la psicología (dependiendo de su aplicación total o parcial de las necesidades del usuario, persona o grupo de referencia [UPGr] del área tecnológica que se trate)” (Vargas, 2006, p.36).

Respecto del **análisis**, este se compone de la *identificación* y *denominación* de la interacción de interés, así como de su *especificación* de la función contextual, suplementaria, selectora, sustitutiva referencial o sustitutiva no referencial.

Al hablar de la *identificación*, se hace referencia a la delimitación de los elementos que participan de la interacción, a través del establecimiento de los límites de campo de la interacción, distinguiendo la función estímulo-respuesta, los factores disposicionales esclareciendo los factores situacionales (variaciones del ambiente y del propio organismo)

y la historia reactiva (segmentos previos de interacción relacionados), además del medio de contacto en sus propiedades fisicoquímicas, ecológicas y normativas que posibilitan la interacción.

En cuanto a la *denominación*, se trata de la designación de un nombre en términos de descripción funcional y el nivel requerido de especificidad, que se realiza a partir de la sintetización de los elementos recabados en la identificación.

La *especificación* de la función se refiere a la distinción de la mediación “definitoria”, y se realiza a partir de la diferenciación conceptual de la forma predominante o crítica, distinguida en la identificación.

La **evaluación** está compuesta por la comparación del análisis de la interacción de interés y de su función crítica (contextual, suplementaria, selectora, sustitutiva referencial o sustitutiva no referencial), con la valoración del UPGr, lo que permite identificar el criterio normativo del que proviene.

La **regulación** se compone de la alteración o preservación de la valoración y/o los elementos de la interacción de interés, y en específico de su función contextual, suplementaria, selectora, sustitutiva referencial o sustitutiva no referencial; de acuerdo con la valoración identificada en la evaluación y/o los elementos del análisis, éstos se modifican o conservan.

Por último, la **probabilización**, está compuesta por la estimación del desarrollo posterior de la interacción de interés y de su función (contextual, suplementaria, selectora, sustitutiva referencial o sustitutiva no referencial) crítica.

Cabe mencionar, que el procedimiento de la II es utilizable en cualquier área tecnológica, cambiando únicamente en el énfasis que se dé a alguno de los aspectos del procedimiento según el área tecnológica, por ejemplo, en el área clínica se enfatizará en la intervención y regulación, mientras que en el área organizacional resalta la evaluación y la probabilización (Vargas, 2008a).

Es preciso aclarar, finalmente que los procedimientos tecnológicos difieren de los procedimientos de apoyo que permiten al profesional llevar a cabo su actividad.

Específicamente para el área tecnológica de la Psicología clínica, Vargas desarrollo a partir de la II, la Intervención Interconductual en el Contexto clínico (IICC), la cual es un procedimiento tecnológico interconductual exclusivo para el contexto clínico de análisis,

evaluación, regulación y probabilización de la conducta, que atiende a lo que el usuario, persona o grupo de referencia (UPGr) señala como dificultad y que será revisada en el siguiente capítulo.



### 3. PROCEDIMIENTOS DE APOYO TÉCNICO A LA INTERVENCIÓN INTERCONDUCTUAL EN EL CONTEXTO CLÍNICO.

#### 3.1 ¿La Intervención Interconductual en el Contexto Clínico trabaja con los “problemas” de los “pacientes”?

Para poder entender la IICC, resulta indispensable aclarar algunos de los términos que se han utilizado a lo largo de la historia de la psicología clínica, debido a las complicaciones que acarrearán. Como se ha señalado, la psicología clínica se ha dedicado a enfrentar y dar respuestas a las demandas sociales impuestas, partiendo de los diversos enfoques tradicionales (psicoanalista, conductual y cognitivo) los cuales han empleado términos tales como *pacientes* o *clientes*, para referirse a quienes acuden al servicio y *problema* para denominar dichas demandas.

En la IICC, se denomina *usuario* a la persona que acude a recibir el servicio de asesoría psicológica, eliminando la influencia del modelo médico-clínico presente en otras posturas que nombran como paciente a quien acude al servicio. Emplear el término paciente tiene implicaciones que están fuera del alcance del trabajo del psicólogo. Un psicólogo no atiende enfermedades, sino interacciones específicas, que pueden o no estar de alguna manera influenciadas por el padecimiento de alguna enfermedad biológica como un elemento a considerar.

Otras de las concepciones que se le ha dado al usuario del servicio psicológico, es denominarlo *cliente* puesto que implica una remuneración económica; sin embargo, utilizar este concepto implica que una persona asista con regularidad al establecimiento o servicio durante un tiempo indefinido, lo cual es contrario a lo que se espera de la intervención interconductual, en la que una de las finalidades es que el usuario asista solamente durante el tiempo que le toma en resolver sus dificultades, no más.

Debido a los inconvenientes que implican el uso de los términos *paciente* o *cliente*, resulta adecuado el uso del término *usuario* para referirse a la persona que recibe el servicio de intervención psicológica en el contexto clínico, el cual está respaldado en la Ley General de Salud en su Título Tercero, sobre la Prestación de Servicios de Salud, Capítulo IV: *usuarios de los servicios de salud y participación de la comunidad*, art 50. “...se considera

usuario de servicios de salud a toda persona que requiera y obtenga los que presten los sectores público, social y privado, en las condiciones y conforme a las bases que para cada modalidad se establezcan en esta Ley y demás disposiciones aplicables” (p.16).

Además de las concepciones mencionadas anteriormente, varios autores afirman que el paciente o cliente asiste a terapia para resolver sus *problemas*. Kleinke (1998), refiere que “...cuando los clientes llegan a terapia, habitualmente están estancados. No saben cómo solucionar sus problemas y las soluciones que están poniendo en práctica no les funcionan. Un proceso importante en la terapia es ayudar a los clientes a contemplar sus problemas desde una nueva perspectiva y ser conscientes de respuestas de afrontamiento que bien o no han considerado o que nunca imaginaron que fueran posibles” (p.30). Por su parte, Oblitas (2008) menciona que “...el proceso terapéutico comienza cuando una persona se presenta delante del terapeuta en busca de ayuda por un problema concreto que le ocasiona un trastorno o malestar” (p.2).

El inconveniente de aceptar que quien asiste al servicio psicológico va a resolver *problemas*, es que nos compromete con el supuesto de considerar al usuario como poseedor de *problemas mentales o de otra índole* y que éste necesita de ayuda para entenderlos, superarlos o *curarse de ellos*. Lo anterior nos conduce a adoptar de manera implícita las concepciones de tipo dualistas, tradicionales y/o extrapsicológicas (ergo, médico-psiquiátricas), como son: mente-cuerpo, salud-enfermedad, normal-anormal.

Tal como menciona Vargas (2002), la psicología científica empleada para dar respuesta a las demandas sociales, se enfrenta con la dificultad de que éstas, en muchas ocasiones, estén basadas en “...un supuesto erróneo planteado por los grupos o personas ajenas a la disciplina que no tienen claro lo que la psicología puede o no hacer” (p.4). Debido a esto, la perspectiva interconductual ha establecido una terminología distinta a las de otras perspectivas psicológicas y en específico de la persona que acude al servicio psicológico.

Desde esta perspectiva se establece que el usuario es una persona que no tiene *problemas*, debido a que éstos están vinculados a una valoración social del comportamiento de la persona. Además, la palabra *problema* tiene un carácter gramatical polisémico que está ligado a concepciones de proposición o situación, lo cual es erróneo dentro de un carácter científico o tecnológico, o bien como padecimiento o dificultad.

Debido a que la intervención psicológica no está encaminada a atender o curar padecimientos por su connotación con la medicina o las concepciones dualistas. La situación que plantea el usuario es entendida desde la intervención interconductual como *dificultad* (Vargas, 2008a).

Como se ha visto en el capítulo anterior, la herencia del modelo médico-clínico, dio paso a la clasificación de la conducta partiendo de parámetros universales, entendiendo que aquellas conductas que se ajustaban a dichos parámetros podían considerarse *normales* y las que no los cumplían eran consideradas como *desviadas, anormales o atípicas*. Esta clasificación se mantuvo incluso en el modelo conductista y fue heredado a las prácticas tecnológicas de la psicología, en especial al contexto clínico. Aun cuando el conductismo trató de eliminar las concepciones dualistas, no cuestionó la existencia de dichos parámetros universales, ni tomó en cuenta que la conducta ha sido valorada de acuerdo con las circunstancias culturales de las diferentes épocas en la historia de la humanidad (Rodríguez, 2002). Debido a esto, se mantuvieron términos como *paciente, problemas* o peor aún *enfermedades mentales*.

Fue hasta 1986 que Ribes, Díaz-Gonzalez, Rodríguez y Landa establecieron que en el interconductismo "...la conducta como tal no es ni anormal ni patológica; tampoco correcta y buena o incorrecta y mala. Sino que éstos adjetivos son susceptibles en la medida en que la ocurrencia de la conducta se da como parte de un sistema de relaciones sociales, cuya valoración representa la expresión ideológica de un complejo proceso social de regulación de las relaciones" (p.118).

Dentro del Análisis Contingencial elaborado por Ribes, Díaz-Gonzalez, Rodríguez y Landa, se planteó que "...el problema no radica en el comportamiento del usuario sino en la red de relaciones de este comportamiento con otros y las prácticas valorativas que lo contextualizan socialmente...-es por ello que-...la identificación y la definición del problema funcional por parte del usuario son los elementos centrales de todo el proceso de cambio conductual 1986, p.118) y se consideró además que el comportamiento se concibe como "...una red de relaciones entre un individuo y otros individuos significativos, cuya valoración se da en términos de las prácticas de grupos de individuos que le dan el contexto" (Rodríguez, 2002).

Tanto en los enfoques tradicionales, como en el análisis contingencial, estipulan que en lo individual hay problemas exclusivamente psicológicos; sin embargo, este planteamiento es erróneo debido a que los problemas no existen diferenciados de la realidad, por lo que no pueden resolverse unilateralmente. Dichas concepciones (proposiciones, situaciones, padecimientos o dificultades) son abstracciones que permiten una delimitación conceptual, únicamente existen desde una perspectiva científica y por lo tanto tecnológica, que permiten que las situaciones puedan ser observadas desde diversas dimensiones tales como física, química, biológica, psicológica, social, económica, legal) que se presentan de manera sincrónica. De manera científica como tecnológicamente, una proposición, situación, padecimiento o dificultad, tienen como criterio de análisis su ocurrencia funcional, es incongruente argumentar su existencia independiente (Vargas, 2008).

Desde la perspectiva interconductual, autores como Ribes, Díaz-González y Landa, han planteado que todo *problema* psicológico es valorativo y por lo tanto, moral. Sin embargo, la valoración de una dificultad no es exclusivamente moral, pues las valoraciones tales como sano, enfermo, normal, anormal, bueno, malo, adecuado, inadecuado, entre otras, pueden estar fundamentadas en diversos criterios normativos como los criterios éticos, técnicos, morales, culturales, administrativos, legales, religiosos, educativos, médicos, estéticos, etcétera. Por ello, la valoración de una *dificultad* se origina por el empleo de un criterio normativo (Vargas, 2008).

Otro de los aspectos que resulta sumamente importante remarcar, es la concepción que se tiene de la psicología clínica y la tecnología. Vargas (2002), menciona que la concepción que se le ha dado a la Psicología aplicada ha sido errónea y ha dado pie a confusiones. Para evitar las confusiones con dicho término, ha denominado a la psicología aplicable como *operación tecnológica de la psicología*; entendida como "...la adaptación del conocimiento básico para transformar condiciones particulares reportadas como demandas sociales, mediante un conjunto de acciones que integren el conocimiento analítico en procedimientos específicos" (págs. 5 y 6). Es en este nivel operativo en el cual se basa el establecimiento de la Intervención Interconductual (II) y de la IICC.

La aportación tecnológica de la psicología consiste en atender las demandas sociales en las que se identifica al comportamiento como factor fundamental, examinando y orientando

los elementos que lo componen para probabilizar un tipo de interacción específica. En el contexto clínico, el *usuario* es definido como la persona de quien se analiza, evalúa, regula y probabiliza la conducta, la cual se relaciona con la interacción específica valorada como *dificultad* (Vargas, 2008b).

### 3.2 Intervención Interconductual en el Contexto Clínico (IICC)

Teniendo como base el interconductismo y la taxonomía de Ribes y López (1985); y apegándose a los criterios necesarios para constituir una operación tecnológica dentro de la psicología, Vargas (2006a) definió a la psicología clínica como: "...el área de la tecnología de la psicología encargada de intervenir en el contexto definido como clínico, centrándose en lo que el usuario, persona o grupo de referencia señalan como dificultad (originada por una valoración en función de un criterio normativo) mediante el análisis, evaluación, regulación y probabilización de la conducta..." (p.60).

Partiendo de dicha concepción, Vargas desarrolló la IICC, que de acuerdo con el autor, es un "...procedimiento tecnológico interconductual exclusivo para el contexto clínico (derivado de la II) de análisis, evaluación, regulación y probabilización de la conducta, -que atiende a lo que el usuario, persona o grupo de referencia (UPGr) señala como dificultad" (2006b, p.60). Y en la cual, participan el Responsable de la Intervención (RI), que es quien lleva a cabo el procedimiento, el Usuario, Persona o Grupo de referencia (UPGr), que es a quién se brinda el servicio, teniendo en cuenta que el usuario "...es aquella persona de la cual se analizará, evaluará, regulará y probabilizará la conducta, y que si por sus características el usuario no puede atender y sujetarse a la intervención, se define un responsable, que fungirá como extensión del RI" (Vargas, 2008b, p.71 y 72).

Dado que la II es el procedimiento rector del análisis, evaluación, regulación y probabilización de la conducta de interés, estos elementos varían en especificaciones relativas al contexto clínico. Para el caso de la IICC, el **análisis** de la conducta de interés, comprende la identificación, denominación y especificación de la función crítica referida por el UPGr como dificultad:

1. La identificación, se refiere a la delimitación de los elementos que participan. **y** Se realiza estableciendo los elementos relevantes de la interacción distinguiendo la función estímulo-respuesta (del estímulo: tipo de objetos, personas y eventos;

propiedades físicas, químicas, orgánicas y convencionales; de la respuesta: tipo y propiedades físicas, químicas, orgánicas así como y convencionales), los factores disposicionales compuestos por variaciones en el ambiente y el propio organismo; la historia de la interacción de los estímulos y las respuestas; el medio de contacto necesarios para la interacción diferenciando las propiedades fisicoquímicas, ecológicas y normativas.

2. La denominación, que se refiere a la nominación en términos de la descripción funcional y el nivel requerido de especificidad, sintetizando los elementos obtenidos durante la identificación.
3. La especificación de la función, se refiere a la distinción de la mediación decisiva, diferenciando conceptualmente la forma predominante distinguida en la identificación, siendo el responsable de la intervención (RI) quien determina conceptualmente el nivel funcional predominante, pudiendo ser éste contextual, suplementario, selector, sustitutivo referencial o sustitutivo no referencial.

Por su parte, la **evaluación** de la conducta se constituye por la comparación del análisis de la interacción de interés y en particular de la función contextual, suplementaria, selectora, sustitutiva referencial o sustitutiva no referencial, crítica de la interacción de interés, con la valoración empleada por el UPGr. “Una vez especificada la función ésta se compara con la valoración utilizada por el UPGr pudiendo identificar el criterio normativo del que proviene; la valoración es el “adjetivo” que el UPGr le da a la conducta de interés y el criterio normativo es el sistema convencional de supuestos del que proviene” (Vargas, 2008, p.69).

La **regulación** está constituida por la alteración o preservación de la valoración y/o de los elementos de la interacción de interés y en específico de la función contextual, suplementaria, selectora, sustitutiva referencial y sustitutiva no referencial predominante en la interacción de interés según su factibilidad. Según la valoración identificada en la evaluación y/o los elementos identificados en el análisis, éstos se cambian o se conservan. La valoración se cambia o se conserva modificando o manteniendo el criterio normativo a partir de proveer de información al UPGr por medio del RI o alguien calificado.

Los elementos se cambian o conservan modificándolos o manteniéndolos en correspondencia a su clase, tales como: límites de campo, factores disposicionales y medio de contacto, conforme a sus características, pudiendo modificarse o mantenerse atendiendo a su tipo, propiedades y función, mediante estrategias de alteración de su disposición (presencia-ausencia), sus dimensiones (físicas, químicas, orgánicas y convencionales) y su papel (estructuración). Las técnicas van desde proveer de información hasta la manipulación directa de los elementos.

Y finalmente, la **probabilización** se refiere a la estimación del desarrollo posterior de la interacción de interés y en particular de la función contextual, suplementaria, selectora, sustitutiva referencial o sustitutiva no referencial predominante en la interacción de interés. Procedente de la regulación se pronostica la tendencia de desarrollo de la conducta, en la que el RI hace hincapié al UPGr que el mantenimiento de los efectos de la intervención corresponde al mantenimiento de los arreglos contingenciales instaurados.

La IICC se vale de una serie de apoyos para cumplir con sus objetivos, como lo son la Entrevista y guía clínica general IICC (que indica cómo recabar información e implementar la intervención), el Reporte por sesión IICC (que es un registro consecutivo de información generada durante la intervención) y el Reporte final IICC (que es un registro acumulativo final de información generada durante la intervención).

La Entrevista y guía clínica general IICC, ofrece los lineamientos a seguir para obtener la información que permita implementar la intervención, sin embargo no proporciona preguntas claves para poder recabar dicha información.

Además, considera necesario tener conocimiento sobre el motivo general de asistencia y expectativas del UPGr, así como los intentos anteriores de solución de la dificultad, antes de tener el primer contacto con el usuario, por lo cual se requiere una hoja de recepción con la cual se obtenga dicha información.

### **3.3 Procedimientos de apoyo técnico en la Intervención Interconductual en el Contexto Clínico (IICC)**

Para que la IICC pueda cumplir con sus objetivos, ha de valerse de una serie de apoyos técnicos que se conforman por: la Entrevista y guía clínica general IICC, además de los

formatos de Reporte por sesión IICC y Reporte final IICC, y los Recursos de Información introductoria al servicio de la IICC.

La Entrevista y guía clínica general IICC, es un procedimiento de apoyo técnico que plantea cómo recabar información e implementar la intervención. Consiste en el seguimiento del programa de actividades por parte del Responsable de la Intervención (RI) para obtener información y poder implementar la IICC. La manera en la que está constituida es la siguiente:

- ❖ *Inicio.* Se constituye por el primer contacto del RI y el UPGr, que puede ocurrir vía telefónica o en el lugar de atención (hospital, clínica, despacho, consultorio, etc.). Aquí se determina el origen del UPGr, es decir, cómo se enteró del servicio. Además se acuerda la primera sesión así como su duración (cada sesión tendrá una duración aproximada de una hora, por razones de obtención y registro de información, implementación de técnicas, consecución de usuarios y estipulación del costo del servicio).
- ❖ *Recepción.* Compuesta por la presentación del RI y el UPGr, la habituación a partir de una plática inicial de familiarización (aproximadamente de 15 minutos de duración), la indagación del motivo general de asistencia al servicio, es decir, la exposición por parte del UPGr de la demanda identificando la valoración implícita. La indagación sobre sus expectativas, en especial, sobre los resultados que espera, la indagación acerca de intentos anteriores de solución (individuales o con apoyo de profesionales y no profesionales, así como su opinión al respecto). Finalmente, la programación de sesiones (regularmente, una vez por semana, para la obtención y registro de información, implementación de técnicas, consecución de usuarios, y estipulación del costo del servicio).
- ❖ *Introducción.* Se compone por la exposición por parte del RI de las características del servicio (orientación teórica y actividades relativas), la participación del UPGr tanto durante y fuera de las sesiones. El costo del servicio, la confidencialidad de la información (en relación al usuario, persona, grupo o institución solicitante, la probabilidad de que al usuario se le infrinja daño, se lo haga el mismo o lo cause a otros) y los alcances de la intervención, es decir, las posibilidades reales (lógicas),



en especial, estableciendo que no se puede sugerir como objetivo de la intervención el cambio del comportamiento de una tercera persona. Salvo que por sus características ésta no pueda atender y sujetarse a la intervención, en dicho caso, se define un responsable que fungirá como extensión del RI para la intervención con el usuario.

- ❖ *Precisiones.* Compuestas por la evaluación inicial, la cual se puede dividir de la siguiente manera: 1) Identificación, diferenciación y características de la o las dificultades planteadas por el UPGr, mediante la indagación o un método de registro posterior, estableciendo la o las dimensiones de duración, frecuencia e intensidad relevantes, expresadas en una escala derivada de duración: prolongada-limitada; frecuencia: frecuente-ocasional; e intensidad: intensa-moderada. 2) La definición del usuario; ya que la o las personas que demandan el servicio no necesariamente son quienes se sujetarán, individualmente, a la intervención. El usuario es aquella persona de la cual se analizará, evaluará, regulará y probabilizará la conducta. Si por sus características el usuario no puede atender y sujetarse a la intervención se define un responsable quien fungirá como extensión del RI. 3) La definición de la conducta de interés, debido a que los usuarios regularmente describen la dificultad como una serie de acontecimientos el RI y el UPGr la acotan hasta delimitar la interacción principal designándole un nombre en términos funcionales y específicos; en el caso en que se refieran varias dificultades RI y UPGr establecen una lista de prioridades, si el UPGr no lo puede hacer, que lo haga es la conducta de interés precurrente). 4) Las expectativas del RI (especificación de los resultados probables y la condición de veracidad e integridad de la información, asistencia, puntualidad a las sesiones y cumplimiento de actividades por parte del UPGr).
- ❖ *Datos demográficos del usuario.* Compuestos por datos personales como son: nombre, edad, sexo, domicilio, teléfono, estado civil, ocupación, nivel educativo, creencias, tiempo libre, salud e información particular según el caso. Familiares: integrantes e información particular según el caso; “familiares” hace referencia a los que el UPGr considera como familia, más allá de criterios legales o biológicos, por lo cual se deberá especificar su relación. Generales: amigos, compañeros de trabajo,

y/o estudio, características relevantes del lugar de residencia (vivienda, colonia, estado, etc.); características relevantes del lugar de trabajo y/o estudio e información particular según el caso.

- ❖ *Intervención Interconductual (II)*. Poner en marcha la intervención interconductual.
- ❖ *Final*. Conformado por la evaluación final de la conducta de interés. Estableciendo la o las dimensiones de duración, frecuencia e intensidad relevante, el resumen por sesión y de la intervención. Lo cual consiste en la confirmación de la información obtenida, aclaración de datos incompletos o inconsistentes, confirmación de la información proporcionada al usuario, aclaraciones del usuario y recuperación de información o instrucciones omitidas. Finalmente, el contacto por sesión, esto es: la asignación de tareas y planes para la siguiente sesión, concertación de la siguiente cita y de la intervención: instrucciones a seguir, la corroboración de resultados y la opinión del UPGr respecto al servicio.

El Reporte por sesión IICC es un registro consecutivo de información generada durante la intervención, conformado por:

- ❖ *Portada*. Constituida por la institución (donde se realiza la intervención: particular, hospitalaria, educativa, etc.), nombre completo del RI, título y número de sesión (relacionado con el momento de la intervención y de forma consecutiva), nombre completo del usuario (no de la persona o grupo de referencia, en su caso se señala en un subíndice esta condición), hora, lugar y fecha de la sesión.
- ❖ *Actividades del RI*. Se basan en la descripción de técnicas empleadas: características, materiales, instrumentos y forma de implementación; además de la justificación: fundamentos teóricos y prácticos de las técnicas empleadas.
- ❖ *Presentación de la información*. Se refiere a la transcripción textual de la sesión, es decir, la información recabada durante la sesión, sin interpretaciones y con formato de diálogo.
- ❖ *Datos relevantes para la intervención*. Compuestos por la información seleccionada (relevante para la II), desarrollo de la conducta de interés (registro

por sesión) y variaciones no derivadas directamente de la intervención (ocurrencia de eventos no contemplados).

- ❖ *Actividades del UPGr.* Compuestas por la descripción (de actividades asignadas: características, materiales, instrumentos y forma de implementación) y su justificación (teoría y práctica de las actividades asignadas).
- ❖ *Resumen.* Constituido por las conclusiones (comentarios, dudas, pendientes y revisión de la actividad).
- ❖ *Bibliografía.* Compuesta por las referencias teóricas de apoyo a la intervención (el RI debe apoyar sus acciones –técnicas empleadas y actividades designadas al UPGr- en estudios coherentes con la IICC y, en su caso, de información probada de otras áreas.

El Reporte final IICC es un registro acumulativo final de información generada durante la intervención, integrado por:

- ❖ *Portada.* Conformada por la institución (donde se realiza la intervención: particular, hospitalaria, educativa, etc.), nombre completo del RI, título y número de sesiones (relacionado con la intervención y el total consecutivo), nombre completo del usuario (no de la persona o grupo de referencia, en su caso se señala en un subíndice esta condición), resumen de datos demográficos, y lugar y fecha de conclusión de la intervención.
- ❖ *Presentación del caso.* Compuesta por la demanda originalmente planteada y los resultados esperados por el UPGr de manera textual, la evaluación inicial (de las dificultades referidas), la definición del usuario (aquella persona que de la cual se analiza, evalúa, regula y probabiliza la conducta) y por último la definición de la conducta de interés, es decir, la delimitación de la interacción principal y designación de un nombre.
- ❖ *Integración de la información.* Se compone de las técnicas empleadas fundamentadas teórica y prácticamente, sus características, materiales, instrumentos y forma de implementación así como la transcripción textual de la información recabada durante la intervención descrita con un formato de diálogo.

- ❖ *Intervención Interconductual (II)*. Se refiere al vaciado de la información de la Intervención Interconductual.
- ❖ *Análisis de datos*. Está conformado por el desarrollo de la conducta de interés (análisis de correlación entre las fases de la intervención y los cambios registrados, en niveles relativos de invariable, variación favorable, variación desfavorable, objetivo cumplido y objetivo no cumplido) y las variaciones no derivadas directamente de la intervención (ocurrencia de eventos no contemplados y que afectan la intervención).
- ❖ *Resultados*. Compuestos por la evaluación final de la conducta de interés, estableciendo de manera precisa las características relevantes al final de la intervención, la conclusión de la intervención (comparación de la evaluación inicial, la conducta de interés y la evaluación final de la conducta de interés y la descripción de las nuevas interacciones, la opinión final del UPGr respecto a la intervención, es decir, la exposición por parte del UPGr de la valoración del desarrollo y los resultados de la intervención) y conclusiones (relación entre el resultado de la intervención y la opinión final del UPGr respecto a la intervención).
- ❖ *Bibliografía*. Compuesta por las referencias teóricas de apoyo a la IICC.

Los Recursos de Información introductoria al servicio de la IICC realizados por Meléndez (2013), fueron elaborados teniendo como finalidad informar al usuario sobre el servicio psicológico que se le proporcionará. Además, constituyen un medio favorecedor de la desprofesionalización.

Meléndez (2013) estableció en los siguientes puntos la información que debía proporcionarse a los usuarios de la IICC:

1. La propia concepción del individuo como usuario del servicio y no como alguien *enfermo* o con *problemas por resolver*.
2. El reconocimiento del comportamiento como una interacción entre múltiples factores, y no como una *etiqueta* o un *síntoma de anormalidad*.
3. La diferencia entre la perspectiva Interconductual respecto de las intervenciones psicológicas tradicionales.

4. Los elementos que componen la IICC.
5. El papel del usuario dentro de la intervención.
6. El procedimiento general de la IICC.
7. Las precisiones del servicio, como son: costos, duración de la sesión, tareas específicas, y demás acuerdos necesarios para llevar a cabo la intervención.

Tomando en cuenta los puntos anteriores, Meléndez (2013) elaboró un texto cuyo mensaje según su intención se califica como informativo-formativo, es decir, que contiene información neutral y objetiva, sin buscar manipular las decisiones u opiniones del público al que va dirigido. Además de buscar la reacción y actitud específica del receptor, promocionando ideologías o concepciones que se pretende que el público adquiriera. Y conforme a su contenido, se clasifica como informativo-educativo, es decir, tiene como objetivo dar a conocer las cualidades intrínsecas y reales del objeto al que se refieren, además de contribuir a la formación profesional y personal, pretendiendo mejorar la calidad de vida del receptor (Moreno, 2011, citado en Meléndez, 2013). A partir de dichas características, la autora elaboró una redacción general que no contenía terminología que el usuario no pudiera entender, la cual fue distribuida en diversos formatos (trípticos, carteles y sitios web), adecuándola para cada uno de ellos.

La primera modalidad a la que fue adaptada dicha información, fue un tríptico debido a que es un medio directo por su fácil circulación pues puede ser distribuido de mano en mano e incluso de manera electrónica y ser conservado o bien, compartido (Ochoa, 1996 y Utrilla, 2005, citado en Meléndez, 2013). La información se plasmó de manera clara, breve y precisa, acompañada con algunas imágenes y dirigida principalmente a la población adulta que cuente con competencias de lectura, a quienes no se pretendió saturar de información sino de captar su atención para brindarles información importante respecto al servicio que acuden.

Para que se lleve a cabo la entrega de dicho tríptico, la autora propuso que sea durante la primera sesión, pues de esa manera el R.I. puede ir desglosando los puntos que se abordan, aclarar las dudas que surjan en relación con la intervención y al finalizar la sesión obsequiar al usuario éste recurso. También puede emplearse como un medio propagandístico, es decir, proporcionárselo a cualquier persona, en cualquier lugar, aunque

dando prioridad a un lugar donde se brinde el servicio de intervención psicológica y principalmente donde se lleve a cabo la Intervención Interconductual. Y debido a que en la CUSI Iztacala se brinda dicho servicio, parte de la información del tríptico propuesto hace referencia a ésta institución.

La segunda modalidad planteada fue un cartel debido a que es un medio para campañas masivas, con la finalidad de promover el cambio de comportamiento de las personas y, de no lograrlo, busca mantener un estado de alerta dentro de la población en relación con lo que se informa (Utrilla, 2005, citado en Meléndez, 2013).

El cartel propuesto por Meléndez (2013), es de carácter *informativo-formativo* por su contenido, informativo porque anuncia eventos, conferencias, cursos, espectáculos, etc. y formativo, pues es utilizado para propagar y modificar hábitos, así como mejorar actitudes y conductas (Utrilla, 2005, citado en Melendez, 2013), *fáctico-exhibitivo* por la forma de dirigirse al público, en el que se muestra el producto y se declaran sus cualidades sin involucrar de manera directa al observador (Utrilla, 2005, citado en Meléndez, 2013), *simbolista* por su corriente artística al utilizar imágenes cargadas de referencias específicas, e *ilustrativo* por su forma expresiva al utilizar dibujos o imágenes para llamar la atención del espectador (Utrilla, 2005, citado en Meléndez, 2013). El tamaño de la impresión del cartel propuesto fueron 100 cm. de ancho por 120 cm de largo, con el tamaño proporcional de las letras e imágenes que lo contienen.

Su principal objetivo fue transmitir al público general en qué consiste la IICC como servicio, lo que ofrece, de lo que trata y de sus acepciones propias, sin saturar de información a quien lo lea.

Y finalmente, postuló la modalidad de un recurso electrónico debido a que en la actualidad se encuentra al alcance de la mayoría de las personas, y ha sido justamente por este alcance, que su uso sea tan cotidiano, a la vez que ha brindado la oportunidad de constituir estas nuevas tecnologías como uno de los medios de difusión más amplios, sobre todo en lo que respecta a los servicios de navegación por internet (Botella, Baños, García-Palacios, Quero, Guillén y Marco, 2007, citado en Meléndez, 2013).

Para dicha modalidad la autora sugirió que hubiera un apartado en el que se distribuyera información específica para los usuarios respecto de la IICC, además de ofrecer información acerca de las diferentes perspectivas que ofrecen servicios de atención

psicológica. Por ejemplo, en el portal de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala (FESI), en la Sección de “Información y Recursos para”, podría incluirse una categoría extra a la de alumnos y académicos, con el nombre de “Público en general” en donde se informara a todas las personas sobre los servicios que se ofrecen dentro de la FESI para la comunidad, y específicamente exponer información respecto a la Psicología Clínica y los servicios que se ofrecen en cuanto a perspectivas teóricas. Además, resulta de suma importancia resaltar la diferencia entre la Psicología y el área de la salud, pues en la sección dedicada a la Psicología no hay información acerca del servicio que se ofrece a las personas, sino que se encuentra dentro de la sección de Medicina.

Lo ideal, sería que se desarrollara un portal de internet en el que se distribuya información respecto de la psicología interconductual y sus usos tecnológicos en diferentes áreas sociales, en un apartado de psicología clínica.

En la propuesta elaborada por Meléndez (2013), se retomó integra la propuesta generada y se distribuyó en un espacio ficticio de internet, agregando imágenes al texto y un formato más llamativo para las personas. Con la finalidad de volver un poco más ligera la información, algunas secciones contenían la información en forma de esquema, lo que permite una mayor comprensión y más claridad para los usuarios del servicio.

Como se puede observar, a diferencia de las distintas intervenciones clínicas mencionadas en el capítulo anterior, la IICC supone ventajas en cuanto a la concepción del evento psicológico, sus implicaciones individuales y sociales, la identificación precisa y pronta del objetivo y nivel de intervención, su breve duración y la evidencia de su efectividad (Vargas, 2002, 2006 y 2008).

A pesar de que la IICC, brinda la Entrevista y guía clínica general como procedimiento de apoyo técnico, en los lineamientos a seguir para poder recabar la información que permita tomar decisiones e implementar la intervención, no proporciona preguntas claves para poder recabar dicha información. Por ello, se requiere el perfeccionamiento de la misma, que permita al psicólogo que la utilice la obtención de los datos necesarios de manera sistemática para poder efectuar la intervención adecuada.

Además, para que el trabajo del psicólogo en el área clínica sea eficiente y eficaz, es necesario tener un conocimiento previo de la persona a la cual se le brindara el servicio, que incluya el motivo general de asistencia, las expectativas referentes al servicio, así como

los intentos anteriores de solución de la dificultad, por lo cual resulta indispensable la elaboración de una hoja de recepción como procedimiento de apoyo técnico para la IICC.



## 4. ELABORACIÓN DE APOYOS AL PROCEDIMIENTO TÉCNICO DE LA INTERVENCIÓN INTERCONDUCTUAL EN EL CONTEXTO CLÍNICO (IICC): ENTREVISTA ESPECIALIZADA Y HOJA DE RECEPCIÓN.

### 4.1 La entrevista: sus orígenes, características y usos en la psicología

De acuerdo con Morga (2012), la aparición de la entrevista tiene una historia reciente, cuyo surgimiento se debió a la combinación de los conocimientos de varias disciplinas: la medicina, la pedagogía, la filosofía, el periodismo y la psicología. Éstase ha convertido en el medio más utilizado para la obtención de información, cuyo modo de proceder varía dependiendo de la disciplina por la cual sea empleada.

Dentro de la psicología, la entrevista es el instrumento por excelencia para recabar datos y ha sido utilizada en diversos ámbitos tales como: los procesos de selección de personal, el diagnóstico clínico y psicopedagógico, el asesoramiento vocacional, la investigación psicológica, sociológica y la valoración del aprendizaje. A pesar de que el contenido de las entrevistas varía, el entrevistador debe contar con habilidades tales como saber interrogar, escuchar, encontrar la lógica en las respuestas del otro y hallar la lógica en las preguntas que se harán para poder cumplir con el objetivo de la entrevista, que consiste en obtener información confiable, válida y pertinente para orientar la toma de decisiones (Morga, 2012).

La entrevista ha sido definida por varios autores, entre ellos, Pope (1979) y Sullivan (1982), quienes la definieron como una conversación más o menos voluntaria entre dos o más personas, con roles bien definidos (experto-cliente), cuyo propósito es elucidar las pautas de conducta características de vivir del sujeto entrevistado, y que experimenta como particularmente productoras de dificultades o especialmente valiosas y en las cuales espera obtener algún beneficio.

Para Villareal (1990), la entrevista es una técnica para evaluar la conducta, y para que se realice una adecuada evaluación de los comportamientos objetivos deben abarcarse tres aspectos importantes: la conducta verbal, las respuestas fisiológicas y el comportamiento no verbal. Mientras que, cuando se trata de la conducta emocional, la evaluación idónea consiste en apreciar lo que el cliente afirma sobre sus propias reacciones

y experiencias, las variaciones fisiológicas concomitantes tanto en el momento del reporte verbal como en presencia de los estímulos con los que éste se relaciona y el comportamiento motor no vocal de la persona de que se trata.

Bleger (1974) postuló a la entrevista como el instrumento o técnica fundamental del método clínico y por lo tanto, como un procedimiento de investigación científica de la Psicología. Como técnica, tiene sus propios procedimientos o reglas empíricas con los cuales no sólo se amplía y se verifica el conocimiento científico, sino que al mismo tiempo se aplica. Gracias a su doble función, la entrevista permite confluir en el psicólogo las funciones de investigador y de profesional ya que la técnica es el punto de interacción entre la ciencia y las necesidades prácticas; es así que la entrevista logra la aplicación de conocimientos científicos y al mismo tiempo obtiene o posibilita llevar la vida diaria del ser humano al nivel del conocimiento y la elaboración científica.

De acuerdo con Díaz (2010), la entrevista en la investigación científica cumple con cuatro funciones básicas y principales: 1) obtener información de individuos y grupos, 2) facilitar la recolección de información, 3) influir sobre ciertos aspectos de la conducta de una persona o grupo (opiniones, sentimientos, comportamientos, etc.) y 4) es una herramienta y una técnica extremadamente flexible, capaz de adaptarse a cualquier condición, situación o personas permitiendo la posibilidad de aclarar preguntas, orientar la investigación y resolver las dificultades que pueden encontrar la persona entrevistada. Tiene como principales ventajas ser una técnica eficaz para obtener datos relevantes y significativos, al ser una condición verbal permite la obtención de más información en comparación con la que se obtiene de manera escrita, permite captar los gestos, los tonos de voz, los énfasis, y otros detalles que aportan una importante información sobre el tema y las personas entrevistadas, siendo su ventaja esencial la posibilidad de obtener datos relativos a las conductas, opiniones, deseos, actitudes, expectativas, etc. de los entrevistados que de otro modo sería casi imposible observar desde fuera.

Mientras que las principales desventajas del uso de ésta técnica son: 1) las posibles limitaciones en la expresión oral por parte del entrevistador y entrevistado. 2) La dificultad de nivelar y darle el mismo peso a todas las respuestas. Sobre todo a aquellas que provienen de personas que poseen mejor elocuencia verbal pero con escaso valor informativo o científico. El que las personas mientan, deformen o exageren sus respuestas; o bien, que no

exista congruencia entre lo que diga y haga el entrevistado. También la inhibición del entrevistado ante el entrevistador que se le dificulte responder con seguridad y fluidez las preguntas que se le realicen; y el rechazo a hablar de temas considerados como tabúes por las personas, por ejemplo, temas políticos, sexuales, económicos, sociales, etc.

En el área de la psicología clínica, la entrevista es el principal instrumento con el que cuenta el psicólogo ya sea para la evaluación o la terapia. La popularidad y funcionalidad del uso de la entrevista por el psicólogo clínico radica en que puede conversar con el cliente en una situación que es semejante a la interacción social cotidiana, es un medio fácil y poco costoso para recopilar muestras simultáneas de la conducta verbal y no verbal de una persona, además de que, a menos que la entrevista se registre en una grabadora o en videocinta, no se requiere equipo especial alguno y el procedimiento es muy portátil, se puede llevar a cabo en cualquier lugar. Otra de sus bondades, es que es una herramienta de evaluación muy flexible, da libertad al entrevistador de dirigir la conversación hacia aquellos aspectos particulares que parecen ser más pertinentes e importantes de acuerdo con su orientación teórica o preferencia personal (Díaz, 2010).

Entre las principales características de la entrevista se encuentran: 1) tener un objetivo bien definido, 2) obtener información de una persona con un fin determinado; a diferencia de una conversación común, 3) suele seguir una pauta concreta, 4) gira en torno a temas establecidos que son relevantes para los objetivos planteados, 5) se da una diferenciación de roles muy bien definidos, 6) es una reunión prefijada y determinada de antemano, y 7) se da una retroalimentación inmediata (comunicación verbal y no verbal).

El éxito de la entrevista depende en gran medida de la definición de objetivos y de la habilidad para controlar su evolución; sin perder de vista que el entrevistador debe mostrar interés, asegurar la confidencialidad y no expresar emociones o problemas personales.

La entrevista no es una técnica unívoca que pueda ser aprendida y aplicada independientemente del nivel de estructuración, de los objetivos que se persiguen, del contexto en el que se realiza, etc. Por ello, existen diferentes tipos de entrevista en función de las variables que la configuran (Piacente, 2009). A pesar de sus diferencias, los objetivos que se comparten son evaluar, diagnosticar e investigar, los cuales permiten al psicólogo trazar una dirección de trabajo para sugerir estrategias de intervención (Morga, 2012).

Tomando como criterio la forma de conducción o estructura de las interrogantes que la conforman, Acevedo y López (2009) clasificaron las entrevistas en:

1. *Entrevista estructurada o cerrada*: Se caracteriza porque el entrevistador se presenta a la entrevista con un cuestionario bien estructurado, sin preguntar nada fuera de él y al cual el entrevistado debe responder. Su estructura es rígida, se fundamenta en preguntas directas.
2. *Entrevista semi estructurada*: En esta modalidad, el entrevistador lleva un guion de preguntas básicas y tiene la libertad de cuestionar al entrevistado sobre aquellos temas que le interesen o bien, omitir algunos temas de acuerdo a su criterio. El objetivo de esta entrevista consiste en invitar al entrevistado a tratar aspectos que no han quedado claros para el entrevistador y llenar lagunas de información. En general esta modalidad se aplica durante las entrevistas posteriores a la entrevista inicial, pues tiene como objetivo recabar datos más precisos que den claridad a la información ya obtenida; también puede utilizarse de manera intermitente, tanto en las modalidades de entrevista cerrada como en algunos momentos de la entrevista abierta.
3. *Entrevista abierta o no estructurada*: Con esta modalidad, el entrevistador tiene la flexibilidad para adaptar la entrevista a las características psicológicas del entrevistado, avanzando o retrocediendo en función de su propósito. Se le llama abierta debido a que no se debe seguir un guion. El entrevistador no propone temas ni hace sugerencias; mediante el uso de este tipo de estrategia el entrevistado puede sentirse con la libertad de tratar, desde su propio punto de vista, los temas que le sean más relevantes.
4. *Entrevista tipo panel*: El entrevistador hace una serie de preguntas iguales a un grupo de entrevistados para conocer sus distintas opiniones. Del mismo modo el formato puede variarse cuando un grupo de entrevistadores entrevistan a una sola persona.

Por su parte, Díaz (2010) refiere la siguiente clasificación tomando en cuenta el grado de directividad:

1. *Entrevistas terapéuticas directivas*: Son aquellas en las que el entrevistador tiende a dirigir la conversación, realizando preguntas específicas sobre temas que con frecuencia son elegidos por él, al tiempo que ofrece frecuentes informaciones o explicaciones del problema planteado por el cliente.
2. *Entrevistas no directivas*: Se caracterizan por el hecho de que las verbalizaciones del paciente son más extensas y numerosas que las del terapeuta. Éste interviene fundamentalmente cuando desea mostrar a su interlocutor que le acepta como persona y que comprende sus sentimientos, actitudes y conductas explícitas, al tiempo que refuerza las verbalizaciones del paciente que tocan estos temas.

Mientras que tomando en cuenta el objetivo que se persigue con la entrevista, Díaz (2010) las clasificó en:

1. *Entrevista inicial*: El cliente o paciente se acerca al psicólogo por algún problema cotidiano o búsqueda de solución a un sufrimiento de manera voluntaria o bien, remitido por alguien. Esta primera entrevista se dirige principalmente a determinar la naturaleza y el contexto del problema, además de informarle al paciente acerca de las funciones, horarios, políticas y procedimientos, detalles que influirán en su motivación para la terapia y en disipar dudas y mitos que tenga la persona respecto de la misma. Estas pláticas son cara a cara, pudiéndose tener un contacto previo por vía telefónica.
2. *Entrevista para la identificación de problemas*: La decisión de aceptar o referir a un paciente con base en la información inicial depende, en parte, de la naturaleza de su problema. Durante la realización de una entrevista para la identificación de problemas, el entrevistador realiza una clasificación del problema, generalmente asociada con los procedimientos de admisión en los hospitales u otros servicios para pacientes internos o externos en que se requiere un diagnóstico para fines estadísticos. O bien, para extenderse a un psiquiatra, la corte, la escuela u otros interesados en preguntar acerca del paciente y su estado actual de salud mental. Otra de sus funciones es describir más ampliamente los problemas del paciente, habitualmente se dan en el contexto de

la exploración clínica completa que a menudo precede el tratamiento y es practicado por el evaluador u otro profesional. El evaluador propicia una explicación de los puntos fuertes o débiles del cliente, de las situaciones normales de la vida y su historia. En las instituciones generalmente las entrevistas son llevadas por trabajadores sociales, los cuales utilizan las entrevistas para reunir la información de la historia social del paciente y los que están familiarizados con ella.

3. *Entrevista de historia clínica:* En este tipo de entrevista se obtienen datos antecedentes personales y sociales, hay interés en hechos, fechas y eventos concretos así como en los sentimientos del paciente acerca de ellos. El propósito de obtención de la historia clínica consiste en proporcionar un amplio contexto y trasfondo en el cual pueda colocarse al paciente y al problema. Es esencial que los problemas del paciente se sitúen en un contexto histórico de desarrollo apropiado, de modo que pueda determinarse con mayor confiabilidad las implicaciones terapéuticas. La variedad que cumple sobre los antecedentes personales- sociales es amplia, cubre infancia y adultez, e incluye aspectos educativos, sexuales, médicos, paterno ambientales, religiosos y psicopatológicos. Es muy importante indicar la manera en que el paciente presenta el material (modo de verbalización, reacciones emocionales ante el observador, evasividad o apertura, etc.). Normalmente en la historia clínica se empieza con los temas menos conflictivos y se dejan los más sensibles para el final cuando se haya establecido un mayor grado de rapport.
4. *Entrevista del estado mental:* Este tipo de entrevista se realiza para evaluar la presencia de la conducta normal. Las áreas generales que se cubren en estas entrevistas son: datos para la historia clínica (nombre, edad, sexo, fecha de la entrevista, terapeuta, conducta durante la entrevista y descripción física, problema actual), naturaleza del problema, eventos antecedentes, determinantes situacionales actuales, variantes orgánsmicas relevantes, dimensión del problema, consecuencias del problema, aspectos personales relevantes, objetivo para la modificación, tratamiento recomendado o pronóstico.

5. *Entrevistas pre-prueba post-prueba: pre-prueba.* Establece un rapport básico que ayudará a facilitar el proceso de prueba, comunicándole al paciente la naturaleza de los procedimientos de prueba haciendo énfasis en la confidencialidad de los resultados.*Post-prueba.* Representa la oportunidad para corroborar hipótesis generales del curso de la prueba. Su meta es producir datos que aumenten la calidad de los resultados de la prueba. Durante el periodo postprueba pueden aminorarse los temores o al menos confrontarlos.
6. *Entrevista de orientación:*En este tipo de entrevista a menudo las personas participan en una evaluación o tratamiento psicológico, en escenarios clínicos o de laboratorio, no saben exactamente que esperar y mucho menos lo que se espera de ellas. Esto sí no han tenido antes un contacto previo con el psicólogo clínico u otro profesional que ayuda. Para hacer estas entrevistas como experiencias menos misteriosas y más confortables, muchos clínicos llevan entrevistas especiales para instruir al paciente acerca del procedimiento de evaluación, tratamiento o investigación que se llevará a cabo. Las entrevistas de orientación pueden traer beneficios de dos maneras: 1) porque se anima al cliente a preguntar y a hacer comentarios y así las ideas erróneas o las faltas de información que podrían obstruir las sesiones posteriores se pueden corregir y tratar. Por ejemplo, muchos de los pacientes creen que lo que van a comunicarle al psicólogo será comunicado por éste a otros miembros de la familia o personas cercanas al cliente (jefe del trabajo, maestro o profesor, esposo o esposa, etc.) Estos temores del paciente deben ser mitigados durante la entrevista de orientación por el psicólogo clínico u otro profesional para así evitar problemas futuros. 2) las entrevistas de orientación pueden ayudar a eliminar expectativas inadecuadas al comunicar nuevas expectativas más adaptadas y así facilitar interacciones posteriores. Esto se puede lograr a menudo mediante una descripción o ilustración clara de lo que se espera del paciente para que haga de la evaluación o el tratamiento algo eficaz. Así el paciente sabe qué va a suceder y lo que se espera que haga como cooperar, esforzarse, abrirse y ser honesto, etc. En la mayoría de los casos, los pacientes tienen la libertad de escoger si desean participar en las actividades que se le describieron.

7. *Entrevista de terminación:* Está muy relacionada con el cumplimiento de los objetivos que se plantearon al inicio de la orientación psicológica. Esta fase final debe ser manejada como un resumen y una cuidadosa interpretación de toda la serie de la evaluación de los resultados en que hubo largas entrevistas, aplicación de pruebas o “tests”, etc. ya que a menudo el cliente o los clientes están ansiosos por saber que encontró el psicólogo clínico o el trabajador social u otro profesional a cargo. Esta entrevista puede ser una buena manera de aliviar cualquier incertidumbre o incomodidad que el cliente o clientes y sus familiares puedan sentir en relación a la evaluación. Las entrevistas de terminación pueden ser muy emotivas o parecidas a las entrevistas de negocios. Pero en cualquier caso tienen el propósito de hacer que la transición de la situación de tratamiento o la de postramiento sea lo más suave, llevadero y productiva posible.
8. *Entrevista de situación de crisis:* Cuando una persona enfrenta problemas cotidianos provocadores de una gran tensión y las habilidades para la solución del problema no han sido eficaces, se dice que la persona “está en crisis”. Las entrevistas de situación de crisis, se emplean mediante estaciones telefónicas y tienen como propósito enfrentarse a los problemas a medida que ocurren y proporcionar un recurso inmediato. Este tipo de entrevista requiere entrenamiento, sensibilidad y capacidad de juicio. Toda situación de crisis debe enfrentarse en el momento, a menudo en pocos minutos, y los objetivos de la entrevista que de otra manera se hubieran distribuido en varias sesiones se deben combinar. El entrevistador intenta dar apoyo, reunir todos los datos de evaluación con calma, interés y de una forma aceptante y de escucha, haciendo preguntas para obtener información relevante y trabajando directamente sobre el problema inmediato o refiriéndolo a otro profesional médico, psicólogo clínico o trabajador social, como también a otra institución. Una o dos entrevistas bien manejadas en una crisis pueden ser el principio y el final de un contacto con clientes cuya necesidad de ayuda fuese temporal y específica para una situación. Para otros, la entrevista en una situación de crisis puede ser el establecimiento de un contrato para posteriores sesiones de evaluación y tratamiento (probablemente de una manera más tranquila y de mayor profundidad).



9. *Entrevista de observación:* En estos casos, la entrevista sólo proporciona una oportunidad para observar las reacciones del entrevistado ante situaciones ambiguas, provocadoras de tensiones o de conflictos. Estas entrevistas son con propósitos específicos que no se utilizan habitualmente en las clínicas, son más aplicables en actividades de investigación, de laboratorio y selección de personal.
10. *Entrevista preterapia:* Hay tres razones para utilizar las entrevistas pretratamiento, la primera consiste en explicar las bases para la recomendación del tratamiento; la segunda consiste en explicar lo que implica el curso de la acción recomendando si se ha de institucionalizar al paciente y las implicaciones que esto tendría. El tercer propósito consiste en fomentar la motivación del paciente.

Maganto y Cruz (s.f.) plantearon la clasificación de las entrevistas psicológicas tomando como criterio la edad del entrevistado, estableciendo las siguientes características:

1. *Entrevista a niños y adolescentes.* Se emplea con personas que no piden ayuda por sí mismos, sino que la demanda proviene de los adultos, padres, profesores, servicios sociales, y que están implicados en el problema y en la resolución del mismo. Las capacidades cognitivas, verbales y emocionales de los niños y adolescentes obligan al entrevistador a una adaptación muy personalizada de cada caso, superior, sin duda, a la que se precisa para la relación con los adultos. Por otra parte el conocimiento de las características evolutivas y la experiencia profesional con sujetos infantiles son imprescindibles para trabajar con esta técnica.
2. *Entrevista con adultos.* Se aplica con personas mayores de edad hasta la vejez, que atraviesan diversas problemáticas dependiendo de la etapa evolutiva en la que se encuentren. Van adquiriendo importancia temáticas tales como: la importancia de la pareja y las relaciones sexuales, la etapa de crianza, las dificultades con los adolescentes, las propias limitaciones personales físicas y psicológicas, la incidencia de los problemas laborales, así como todos los eventos que contravienen de forma importante en la vida de cada persona y que

adquieren dimensiones diferentes no sólo por la persona en sí misma y por el propio suceso, sino por la etapa de la vida en la que esto ocurre.

3. *Entrevista con ancianos y personas con cierto deterioro.* Estas entrevistas requieren un entrenamiento específico en función del tipo de relación que se puede establecer, al tipo de lenguaje y modo de preguntar, a los objetivos de cambio que se pueden conseguir, a los apoyos económicos, sociales y emocionales con los que estas personas cuentan.

Además de las clasificaciones mencionadas a partir del criterio con el cual se rijan (forma de conducción o estructura, grado de directividad, objetivo que se persigue, edad del entrevistado), el marco teórico con el cual estén sustentadas definirán las características y el modo de empleo de las entrevistas (Díaz, 2010; Morga, 2012).

Para la teoría psicoanalítica, los elementos imprescindibles para el desarrollo de las habilidades para entrevistar son sus principios acerca de la motivación inconsciente, de las resistencias, de las transferencias y de los mecanismos de defensa, del mismo modo su método terapéutico, la asociación libre, es fundamentalmente un proceso basado en la entrevista. Dentro de este método el trabajo del entrevistador consiste en permitir la asociación libre del entrevistado, analizar sus sueños y sus errores verbales; descubrir las relaciones de resistencia y transferencia, y sobre todo interpretar el comportamiento del paciente en relación a su significado y su pasado, es decir, como el paciente adulto satisface sus necesidades infantiles, pues aunque no tenga consciencia de ello, se manifiestan en los síntomas que le aquejan (Morga, 2012).

Los objetivos específicos de la entrevista psicoanalítica son la captación emocional e intelectual del conflicto y la elaboración de las implicaciones que provocan los conflictos (contenidos inconscientes) en la conducta del paciente. Este tipo de entrevista tiende a estructurarse de manera directiva, aunque el nivel de directividad que alcance depende del entrevistador y de las exigencias del tratamiento, según cada paciente y su problema. En cuanto a la relación entrevistador/entrevistado, el entrevistador sólo hace de espejo, para el paciente y no deben tener otra relación que la entrevista. Por este motivo, el psicoanálisis propone la entrevista como instrumento terapéutico único (Díaz, 2010).

Dentro de la teoría humanista, se plantea la entrevista fenomenológica, que tiene inicio con la obra de Carl Rogers, quien a partir de una concepción del hombre y la naturaleza de sus problemas muy influenciada por la fenomenología, propuso como método clínico, la terapia centrada en el cliente. El objetivo principal de este tipo de entrevista es promocionar al máximo el crecimiento psicológico de los clientes, de tal modo que los entrevistadores se esfuerzan por promover la autoconciencia y el desarrollo del potencial humano individual de sus clientes (Díaz, 2010; Lafarga y Gómez, 1999).

La labor del entrevistador, es que el cliente comience a percibirse de manera más positiva, cuando asuma al terapeuta como alguien que le brinda una experiencia única. Los contenidos de la entrevista son del presente, el aquí y ahora de la experiencia interpersonal. El cliente no es considerado un enfermo sólo desconoce la forma en que su peculiar manera de percibir la realidad afecta a sus conductas específicas; los temas que se tratan en este tipo de entrevista son la forma en que el paciente experimenta emocional y conceptualmente su vida cotidiana.

Según Rogers, para que la relación entre entrevistado/entrevistador resulte fructífera, es decir, terapéuticamente útil, el vínculo debe ser genuino. El terapeuta debe tener tres actitudes: aceptación incondicional, empatía y congruencia. La *aceptación incondicional*, consiste en que el entrevistador debe evitar sus juicios de valor; además de no aconsejar al cliente (aun cuando lo pida). Aceptar a una persona en esta terapia es confiar en su capacidad para solucionar sus dificultades por sus medios. La *empatía* requiere que el terapeuta se esfuerce por ponerse en los pies del cliente; a ser el reflejo de los sentimientos del cliente pero no bajo su sistema de referencia sino bajo el sistema del cliente. Esto lleva a la comprensión del terapeuta por su cliente y del cliente por él mismo. Mientras que la *congruencia*, es una actitud que pide la estabilidad en los sentimientos y conductas del terapeuta hacia el cliente; se requiere una relación de iguales; es decir, la *inmediatez* como una de las mejores técnicas (Díaz, 2010; Lafarga y Gómez, 1999).

Esta concepción teórica identifica el cambio terapéutico con una mejoría generalizada del funcionamiento psicosocial del cliente; un incremento del nivel de conciencia, autoaceptación, comodidad interpersonal, flexibilidad cognoscitiva y autoconfianza. Por las características de esta perspectiva teórica, se emplea una entrevista abierta y no directiva, entendiendo por no directiva aquella donde el entrevistador cede el

control de la entrevista al sujeto, y cuyo objetivo es poder acceder al mundo privado de la otra persona, centrándose en preguntar al otro por su experiencia, observar sus gestos y su modo de reaccionar y, sobre todo, crear un clima empático entre los dos, permitiendo que se revele el marco de referencia interno conocido como campo fenomenológico del otro (Morga, 2012).

Bajo el influjo de estos enfoques teóricos (psicoanálisis, humanismo), la entrevista terapéutica se ha desarrollado diferencialmente, hasta constituirse en modos de intervención terapéutica (Díaz, 2010).

La entrevista, como todo instrumento metodológico, tiene pasos, etapas o fases que deben seguirse para lograr los objetivos que se persiguen, Colín, Galindo y Saucedo (2009), divide las entrevistas en tres etapas o fases: inicio o *rapport*, desarrollo y cierre.

El *inicio o rapport* tiene como objetivo lograr que el entrevistado se sienta cómodo en presencia del entrevistador para que esté dispuesto a hablar lo más posible fuera de cualquier tipo de inhibiciones. Para ello se deben tomar en cuenta distintos aspectos que contribuyen a que el paciente sienta en confianza:

- Las expresiones no verbales, como una sonrisa amable, un cálido apretón de manos, o una suave invitación a tomar asiento.
- Los comentarios del terapeuta se mantienen en la misma línea de pensamiento que la desarrollada por el sujeto.
- El terapeuta es (parece ser) totalmente apto para comprender los sentimientos del paciente.
- El terapeuta intenta, de hecho, comprender los sentimientos del paciente.
- El tono de voz del terapeuta expresa su capacidad para compartir los sentimientos del paciente.
- El terapeuta considera al paciente como su colaborador en la resolución de un problema común.
- El terapeuta trata a su paciente como un igual.
- También son importantes las características físicas del lugar donde se desarrolla la entrevista (privado, cómodo, limpio, presentable, etc.).

De igual forma hay que tomar en cuenta aquellas actitudes que se consideran disfuncionales en el establecimiento del rapport:

- El terapeuta se presente de tal forma que es vivido por el paciente como un castigo.
- El terapeuta provoque en su paciente el sentimiento de ser rechazado.
- La relación interpersonal que se establezca entre paciente y terapeuta sea fría.
- El terapeuta ponga al paciente “en su sitio”, con cierta frecuencia.
- El terapeuta busque el favor del paciente.
- El terapeuta busque impresionar al paciente haciendo alarde de su capacidad o conocimientos.
- El terapeuta trate al paciente como si fuera un niño.

Es importante presentar o definir la situación de entrevista, mediante la especificación de los objetivos de la interacción terapéutica y de las fases y técnicas generales de que consta el tratamiento, esto contribuye a disminuir notablemente la ansiedad del paciente, ya que se le proporcionan una serie de puntos de referencia respecto de los cuales puede estructurar tanto sus percepciones como sus expectativas. Además, da al terapeuta la oportunidad de establecer algunas hipótesis elementales en relación con la forma en que él, sobre todo sus expresiones, y actitudes menos controladas conscientemente afectan al paciente (inhibiéndole, tranquilizándole, etc.); y de qué tipo de persona es el paciente (Díaz, 2010).

La segunda fase, *desarrollo o cima*, constituye el núcleo de la entrevista. Acevedo y López (2009) y Colín, Galindo y Saucedo (2009), coinciden en que durante esta fase se recaba la mayor parte de la información, profundizando en los aspectos identificados en la fase anterior, y se intercambia, analiza y confronta la información, además se clarifican los problemas, se toman algunas decisiones sobre posibles soluciones y líneas de acción. Esta es la etapa más larga y profunda en cada entrevista.

Al centrarse en la recolección de información y la identificación de los problemas del paciente, el terapeuta requiere desarrollar tres habilidades que consisten en:

1. Saber escuchar activamente sin interrumpir a su paciente.
2. Elaborar hipótesis de la clase de problema que padece el paciente.

3. Saber preguntar, es decir, controlar las pautas enunciativas susceptibles de sesgar la respuesta de su interlocutor.

El terapeuta debe mantener su atención y desarrollar su capacidad de escuchar a su paciente por lo que debe evitar realizar alguno de los siguientes aspectos:

1. Tendencia a juzgar y evaluar los mensajes del cliente.
2. Tendencia a distraerse por factores como el ruido, las presiones del horario o el tema de la entrevista.
3. Tentación de responder a las piezas de información ausente haciendo preguntas precipitadas.
4. Tentación de proponerse a uno mismo como fuente de solución de problemas.
5. Preocupación por lo bien o mal que uno mismo se desenvuelve como profesional.

Además es de suma importancia elaborar adecuadamente las preguntas que se harán al paciente para así poder conseguir la información que se requiere por lo que se debe tomar en consideración:

1. El empleo de un vocabulario adecuado, empleando palabras que el entrevistado comprenda de manera clara.
2. Asegurarse de que las preguntas son concretas y que se comprenden con facilidad.
3. Dirigirse personalmente al sujeto al preguntar, ya que esto origina respuestas más fiables.
4. Utilizar de forma correcta las preguntas. Evitando el sondeo aleatorio, es decir, cuando el entrevistador no sabe qué preguntar o tiene cierta curiosidad por un aspecto particular de la vida íntima del paciente, por lo que no hace preguntas objetivas dirigidas a la búsqueda del problema o bien, realizar un cuestionamiento coercitivo, en el cual realice preguntas con las que se intente forzar al entrevistado a ver las cosas como las ve el entrevistador, lo cual puede inhibir la comunicación.
5. Evitar preguntas embarazosas. Las preguntas deben formularse de manera que no se avergüence u ofenda al entrevistado.

6. Uso de preguntas de sondeo de manera efectiva. Durante una entrevista puede ser necesario obtener información más específica que la que proporciona el paciente, por lo cual es necesario realizar preguntas que completen la información en el momento.
7. Presentar las preguntas en el momento oportuno. La parte inicial de la entrevista se debe enfocar en áreas que no provoquen ansiedad (o que ésta sea mínima). Si las preguntas se plantean en un momento inoportuno esto puede impedir el progreso de la entrevista y desalentar la revelación de información vital. La relación del terapeuta con el paciente, debe guiar al primero en la presentación de las preguntas; a medida que se desarrolla una relación de mayor confianza entre ambos se podrán introducir los temas que antes se evitaron (Díaz, 2010).

La tercera y última fase de la entrevista es el *cierre*, que de acuerdo con Acevedo y López (2009) su objetivo fundamental es consolidar los logros alcanzados durante las etapas de cima y desarrollo, a partir de la indicación del entrevistador de que se acerca el final, seguida por un resumen de lo trabajado, ofreciendo al cliente la oportunidad de aclarar algunos malentendidos y se brinda la posibilidad de comunicar cualquier información que hubiera quedado retenida por diversos motivos. Durante esta etapa, se dan algunas prescripciones, que pueden consistir, dependiendo del modelo teórico, en dejar alguna tarea a realizar por el entrevistado en su casa durante el tiempo que transcurre hasta la siguiente entrevista, recomendaciones acerca de futuros problemas, asegurándole al sujeto su capacidad para manejarlos solo, potenciar su motivación en los temas tratados sugiriendo cómo podría abordarse la sesión próxima (Colín, Galindo y Saucedo, 2009).

En la entrevista, la observación ayuda a completar la información requerida; para recabar dicha información, es necesario tener en cuenta la comunicación verbal y no verbal del paciente. Sullivan (1973) plantea que el terapeuta no puede apartarse, sin implicarse personalmente en la operación, él observa a través de su personalidad, por lo tanto, los datos son resultado de una interacción social con el paciente; esto es, una observación participativa. Dependiendo del enfoque de la terapia (psicoanalítico, fenomenológico y conductual) se tomarán en cuenta algunos datos y otros no. Pero independientemente del nivel de inferencia, la observación sirve como un canal poderoso de comunicación y fuente de datos suplementarios en la entrevista. Un cuerpo teórico se comporta como un sistema de

referencia en función del cual son interpretadas la realidad del paciente y la realidad de la situación terapéutica.

Piacente (2009) señaló que tal como la observación, la entrevista es uno de los instrumentos no tipificados de evaluación psicológica, pues si bien, a partir de éstos se siguen determinados procedimientos de obtención y registro de datos, aún no se cuenta con normas o baremos para la comparación de los resultados con los de la población normativa, ni se especifican indicadores de validez y confiabilidad. La entrevista, a pesar de ser considerada como formal o informal, se encuentra dentro de los instrumentos más antiguos de evaluación psicológica. Se dirige a sujetos particulares con los que se establece una interacción lingüística, de modo tal que se focaliza la atención en las manifestaciones verbales de los examinados, aunque no se omiten las no verbales.

La entrevista en Psicología se ha vuelto indispensable para poder obtener información que permita tomar decisiones, elaborar e implementar las intervenciones, sin embargo, tal como menciona Piacente (2009), no cuentan con validez y confiabilidad, lo cual puede obstaculizar el trabajo del psicólogo al no contar con un procedimiento de apoyo técnico confiable que le permita la obtención de la información necesaria de manera ordenada y sistemática para poder llevar a cabo su intervención.

De acuerdo con Silva (1992), la entrevista es la técnica a la que se le han asignado más objetivos por cumplir. Y para que éstos se puedan cumplir, el entrevistador debe ser un profesional con conocimientos, habilidades y responsabilidad para conducir la situación en la cual debe obtener una determinada información y además:

- Debe observar no interpretar.
- Demostrar seguridad en sí mismo.
- Ponerse a nivel del entrevistado; esto puede conseguirse con una buena preparación previa del entrevistado en el tema que va a tratar con el entrevistado.
- Ser sensible para captar los problemas que pudieren suscitarse.
- Comprender los intereses del entrevistado.
- Despojarse de prejuicios y, en lo posible de cualquier influencia empática.
- Su voz debe ser serena, audible y segura.
- Su posición corporal debe reflejar seguridad, profesionalismo y serenidad.



- Sus movimientos deben ser seguros, profesionales y serenos.
- Establecer rapport o empatía con naturalidad y agilidad en forma oportuna.
- Mantener contacto visual con el paciente más del 80% del tiempo, sobre todo al principio de la entrevista.
- Tomar los datos básicos completos, con precisión y agilidad.
- Preguntar con naturalidad y precisión qué es lo que hizo que el paciente decidiera acudir a consulta psicológica.
- Evitar hacer preguntas sugeridas.
- Evitar repetir preguntas que ya han sido respondidas.
- Razonar sus preguntas pero no titubear o generar silencios prolongados.
- Expresarse con precisión y lenguaje accesible para el paciente.
- Promover que el paciente se exprese suficientemente en sus respuestas.
- Mostrarse comprensivo de los sentimientos, pensamientos y acciones del paciente.
- Evitar refutar agresivamente u ofender al paciente.
- Evitar con habilidad y prudencia que el paciente se extienda innecesariamente.
- Mantener el control y ritmo de la entrevista (evitando que el paciente sea el que determine unilateralmente los puntos a tocar, que salte de uno a otro, o se extienda demasiado).
- Aprovechar el tiempo recabando información sin perder serenidad y naturalidad
- Hacer preguntas sistemáticas procurando abordar en forma concreta (pidiendo corregir los discursos abstractos o generales) las experiencias del paciente en una etapa/aspecto de su vida.
- Mostrar sistematicidad para abordar las áreas y etapas de la vida del paciente según el grado de cercanía o pertinencia al cuadro sintomatológico.
- Explorar sistemáticamente la presencia de factores físico-biológicos que puedan estar participando en el cuadro de síntomas.
- No preguntar aspectos de la vida íntima de los pacientes que no sean realmente necesarios para la comprensión del caso.

- Retroalimentar o consolidar las expresiones verbales espontáneas del paciente que significan ideas o propósitos activos para superar la dinámica que mantiene el cuadro clínico.
- No adelantar recomendaciones, consejos o propuestas que no se basen en una exploración clínica suficiente.
- Explicar claramente al paciente las conclusiones a que ha llegado al final de la entrevista.
- Explicar la perspectiva que el caso tendría sin el apoyo psicoterapéutico.
- Explicar la perspectiva que el caso puede tener con apoyo psicoterapéutico, en qué consistirá, y cuánto puede durar aproximadamente.
- Orientar al paciente sobre posibilidades físicas, médicas, legales, educativas, tecnológicas, sociales y económicas que puedan ser de ayuda en su caso.
- Evitar dar consejos voluntariosos o moralistas.
- Evitar hacer sentir culpable, tonto o irresponsable al paciente.
- Proponer al paciente una lista escrita de 2 a 6 propósitos accesibles a realizar en el plazo inmediato para iniciar el cambio en la dinámica de vida del paciente que presuntamente está generando el cuadro sintomatológico.
- En común acuerdo con el paciente establecer la fecha y hora de la siguiente cita.
- Realizar una despedida al mismo tiempo cálida, motivadora y profesional (Díaz, 2010).

Hasta aquí se han abordado las características generales de las entrevistas que se emplean en la Psicología y en específico, en la Psicología clínica, además de las habilidades que requiere un entrevistador para poder cumplir con los objetivos que se planteen.

#### **4.2 La entrevista conductual**

La entrevista conductual tiene como referencia la teoría de la modificación de conducta, la cual orienta la indagación y el modo en que está se ha de efectuar, tiene como objetivo fundamental la descripción de la conducta de los sujetos y de las condiciones situacionales que la rodean (tanto ambientales como orgánicas) así como la relación existente entre

esas condiciones y la conducta; es decir, aportar datos que sean de importancia para el desarrollo del análisis funcional de los comportamientos que se investigan (Morganstern, 1976; Linehan, 1977; citados en Llavona, 1998).

La manera de realizar dicha entrevista, debido a que tiene objetivos bien delimitados debe ser bastante estructurada, sino en el formato al menos en lo que se refiere a los contenidos básicos de lo que se ha de preguntar (Haynes, 1978; citado en Llavona, 1998). El proceso que sigue consiste en primer lugar en la indagación sobre el funcionamiento actual del sujeto, de manera que pueda detectarse la posible existencia de comportamiento “inadecuado” en una o varias áreas de funcionamiento. Además de lograr una descripción lo más exacta posible de los mismos, conociendo con precisión sus parámetros de frecuencia, intensidad y duración en relación con las distintas situaciones en las que ocurren así como la repercusión negativa que estos tengan para el propio sujeto y/o para los demás, indagando la importancia o gravedad del (los) problema(s).

Se debe indagar acerca del proceso de mantenimiento de una conducta, recabando información pormenorizada de los elementos situacionales anteriores y posteriores al funcionamiento que se analiza, así como de las circunstancias en que se encuentra ese organismo cuando tiene lugar dicho funcionamiento. Éstos datos permitirán establecer variables y procesos determinantes de las conductas. Y finalmente, se debe tener conocimiento acerca de la historia de ese problema, para lo cual se preguntara sobre el momento y las circunstancias de su aparición, sobre su desarrollo y sobre el curso que haya seguido su evolución hasta la situación actual.

Con la finalidad de orientar y sistematizar la indagación en la entrevista conductual se han desarrollado algunas guías o esquemas generales para facilitar su desarrollo, así como pautas que se circunscriben a problemas específicos como por ejemplo dolor de cabeza, hiperactividad, disfunciones sexuales, enuresis y encopresis, para padres de familia con niños problema, problemas de pareja, entre otros (Llavona, 1998).

El comienzo de la entrevista, suele coincidir con el inicio de la relación profesional entre el psicólogo y el cliente por lo que pueden mezclarse indicaciones sobre el establecimiento de la relación terapeuta-cliente, fijar los parámetros de temporales de los contactos (tiempo de duración y espaciamento), preguntar por los motivos de consulta o

indagar acerca del posible problema para determinar si se puede hacer cargo del caso o debe derivarse.

Es recomendable que antes de comenzar a hacer preguntas al entrevistado se le explique la necesidad y utilidad de la entrevista, y que para evaluar la existencia de un problema y poder prestar una ayuda adecuada, el psicólogo necesita obtener información precisa y relevante sobre el problema (Morganstern y Tevlin, 1981; citado en Llavona, 1998). Además, se debe resaltar la necesidad de colaboración que se tiene por parte del entrevistado, puesto que el conocimiento que el psicólogo tendrá acerca del problema dependerá de que él aporte la información que posea al respecto, dicha aportación consistirá en que conteste las preguntas que se le hagan intentando recordar los máximos detalles posibles. También se debe hacer explícito el compromiso de veracidad que se le solicita al entrevistado en relación a los datos que suministre sobre el problema; y si en algún momento no desea revelar cierta información lo haga constar, en lugar de ocultar o distorsionar los datos. A su vez, el entrevistador debe comprometerse en reciprocidad a lo que se solicita del entrevistado, a resguardar el derecho del cliente a la no intromisión en su intimidad, indagando sólo aquellos aspectos que parezcan necesarios para analizar el problema de que se trate y a asegurar la confidencialidad de la información que se le suministre en lo que respecta a su no divulgación, su custodia y buen uso que se haga de ella.

Ante esto, algunos clientes pueden expresar ansiedad o preocupación por no poder estar a la altura de lo que se les demanda, manifestando dudas acerca de su capacidad para recordar sucesos o bien para poder expresar adecuadamente sus pensamientos o sentimientos, planteando miedo a no saber exponer coherentemente, de una manera sistematizada la información que se les solicita, que no saben exactamente cuál es y dudan de su correcto desempeño en la entrevista. Dichas preocupaciones y dudas pueden disiparse explicándoles brevemente cómo se va a desarrollar la entrevista, dejando patente que la responsabilidad de obtener una información adecuada corresponde al entrevistador, quien será el encargado de dirigir el desarrollo de la entrevista orientándola hacia la indagación de algunos aspectos según su relevancia y quien está capacitado profesionalmente para saber cómo obtenerla de forma que no resulte muy laboriosa.

Después de dichas aclaraciones, se ha de esperar que se haya comenzado a establecer el rol del entrevistador y del entrevistado (Edelstein y Yoman, 1991, citado en Llavona, 1998), lo cual puede contribuir a una mayor colaboración del cliente al orientarle en su campo de acción, a disipar temores y dudas en relación con su actuación y con ello a agilizar el desarrollo de la entrevista. Después, se deberá proceder a efectuar diversas preguntas concretas sobre el problema (Canell y Kahn, 1968; Edelstein y Yoman, 1991, citado en Llavona, 1998).

Para la indagación del problema, se debe seguir un proceso de exploración del funcionamiento del cliente, que irá estructurándose en tres escalones que van de lo general a lo particular. En primera instancia, se trata de conocer el tipo de problema. En segundo lugar, se debe explorar de qué modo concreto se manifiesta el comportamiento, describiéndolo y tratando de cuantificarlo. Por último, se solicitarán ejemplos concretos de ocasiones reales en las cuales se hayan producido esos funcionamientos.

Dicha indagación del problema, puede iniciarse de dos maneras, en función de que ya se posea alguna información, haciendo un pequeño resumen y enfatizando la necesidad de conocer más información; o bien, haciendo una pregunta general abierta que sirva de pauta para que el entrevistado proceda a contar el problema lo cual puede durar de 10 a 15 minutos aproximadamente. Después de ello, el entrevistador deberá asumir sin dificultades la dirección de la entrevista, dirigiéndola para completar o matizar los datos suministrados por el entrevistado y usar dicha información como punto de partida en la búsqueda de posibles áreas de problemas.

La mera manifestación del entrevistado de que “no hay otros problemas” debe ponerse en entredicho mientras no se confirme después de la exploración de las principales áreas de funcionamiento de un individuo (Haynes, 1978, citado en Llavona, 1998). No es aconsejable dedicar demasiado tiempo y esfuerzo a explorar exhaustivamente la presencia de otros problemas en los primeros momentos de la entrevista, debido a que si son realmente relevantes para el adecuado funcionamiento del sujeto, serán traídos a colación a lo largo de la entrevista ante diversos tipos de preguntas. Como son las que se refieren al modo en que afecta el problema en su vida cotidiana o bien que indagan acerca de en qué afecta a las personas que tienen relación con él.

Cuando el cliente presente más de un área problema, la delimitación de los problemas se comenzará por aquel que a juicio del entrevistador sea de mayor gravedad o aparezca en un principio como problema central en relación con los otros y continuar con un cierto orden hasta concluir con aquel que parezca menos relevante. Puede ocurrir que el problema considerado más relevante por el entrevistador, no sea el que más preocupación genera en el cliente, por lo que es recomendable dar una explicación de por qué se considera prioritaria la indagación del otro problema. Si ello no fuera suficiente, puede resultar más útil acceder a explorar brevemente, en primer lugar, el problema más relevante para el cliente con el fin de eliminar posibles malentendidos sobre si no se presta atención, se minimiza su problema o no se le ha comprendido bien, para proceder con la indagación sistemática del problema principal.

Durante la exploración de cada uno de los problemas, se debe efectuar una especificación de los comportamientos o conductas concretas de las que se derivan molestias para el cliente y/o para otros, obteniendo una descripción de los tres sistemas de respuestas (motoras, cognitivas y psicofisiológicas), ayudando al entrevistado a concretar las conductas problema y facilitando la descripción de lo que se le pide. Una de las tácticas más fructífera, es pedirle que refiera la última o últimas veces que ocurrió el problema, facilitando descripciones detalladas de las conductas problema y probablemente más fiables debido a la proximidad temporal entre el suceso y su recuerdo. Su narración además de concretar el problema y dejar de lado las generalizaciones y abstracciones hechas respecto a éste.

Una vez concretas las conductas problema, mediante la entrevista, se puede intentar establecer una cuantificación aproximativa de los principales parámetros de esas conductas, es decir, su frecuencia de aparición, su duración y su intensidad. Cuando el entrevistado presente dificultades para concretar dichos parámetros, no es adecuado insistir excesivamente para lograr una cuantificación muy afinada, puesto que sólo se toma como mera referencia, no como una cuantificación exacta y por tanto deben ser contrastados con otros procedimientos distintos de la entrevista a lo largo del proceso de evaluación conductual (Llavona, 1998).

Para la indagación sobre los determinantes de la conducta problema se toma como referencia la secuencia conductual propuesta por Kanfer y Saslow en 1969 en la cual

señalaron que en el análisis de una conducta se deben considerar: 1) el estímulo (E) o sucesos antecedentes, 2) el organismo (O) o la condición biológica del organismo, 3) la consecuencia (C) o acontecimientos que siguen a la conducta, y 4) la contingencia (K) o condiciones relacionadas con la contingencia. Por lo cual, conviene centrarse en episodios concretos para poder explorar más detalladamente la situación.

Otro de los aspectos que resulta de suma importancia indagar, es la relevancia de la conducta problema, su desarrollo y la necesidad de cambio. En cuanto a la relevancia de la conducta problema, se debe conocer la repercusión que tiene el funcionamiento problema del sujeto sobre él mismo y sobre las personas que le rodean. Para conocer el desarrollo del problema es necesario conocer la historia del problema, es decir, su origen y su desarrollo. Cuya relevancia es determinar si aparecieron o dejaron de emitirse conductas debido a ciertos cambios en el medio, si se produjo el mantenimiento de comportamientos que anteriormente eran efectivos, pero que por el cambio de las exigencias del medio los mismos comportamientos pasaron a considerarse inadecuados y a tener consecuencias negativas para el sujeto. Además, el profundizar en el desarrollo de la conducta problema, provee información acerca de la evolución de esa conducta a lo largo del tiempo, de las oscilaciones que han acaecido y de las posibles situaciones responsables de esos cambios.

En cualquier caso, indagar acerca de la historia de la conducta es útil para reunir información que sirva para ofrecer al entrevistado una explicación real sobre el cómo y el por qué surgió el problema y pueda emplearlo como punto de partida para eliminar posibles creencias erróneas o ideas supersticiosas.

Lo último que debe ser indagado durante la entrevista inicial es la necesidad de cambio del comportamiento que experimenta el sujeto, por lo que resulta necesario conocer cuál es el interés que tiene de cambiar su comportamiento actual y, por lo tanto, la motivación que pueda tener para iniciar una futura intervención modificadora si fuera preciso. Puede preguntarse si el contacto con el psicólogo ha sido realizado por su iniciativa e interés, o ha sido inducido o forzado por otras personas. Además, se puede solicitar al entrevistado información detallada acerca de cómo le gustaría que o quisiera que fuera en un futuro el funcionamiento del problema actual, cómo debería comportarse para que se pudiera afirmar que ha desaparecido su problema. Finalmente, se le puede plantear al entrevistado qué es lo que cree que ocurriría en un futuro si no se produjera un cambio en

su comportamiento, lo cual permitiría conocer cuál es la conciencia del problema que tiene el entrevistado en relación con lo que le ocurre.

La entrevista finaliza cuando se posee suficiente información para poder hacer una hipótesis sobre si el funcionamiento del sujeto que se está analizando, constituye un problema psicológico o no y sobre cuáles son los determinantes de los que dependen esas conductas. Por lo tanto, la finalización de la entrevista está relacionada con el cumplimiento de su objetivo que es el generar, clarificar y modificar hipótesis sobre el problema (Linehan, 1977, citado en Llavona, 1998). Y la manera en cómo se realiza, es el informar al cliente que por el momento ya no será necesario continuar manteniendo esas charlas sobre su funcionamiento, al haber recogido ya la información mínima necesaria para poder analizar y comprender el caso. Además de informarle que será necesario recabar otros datos y las acciones complementarias que se van a llevar a cabo para ampliar o completar esa información, es decir, otros procedimientos de obtención de información que se van a utilizar para evaluar la conducta del sujeto; o las fases que faltan por completar de esos procedimientos.

La finalización del proceso de la entrevista se concluye dando un informe sobre el análisis de su funcionamiento efectuado a partir de los datos obtenidos en la entrevista. En dicho informe, se devuelve al cliente la información ordenada sobre su problema, se ofrece una descripción del análisis funcional elaborado que le proporcionará un resumen de los elementos relevantes obtenidos mediante la entrevista. Asimismo, se le indicará al entrevistado que haga cuantas aclaraciones necesite sobre aquellos puntos de la explicación que no entienda o no vea claros, que manifieste libremente su discrepancia cuando no esté de acuerdo con los datos que se enumeren o con la explicación que se le ofrezca. Esto podrá servir como un factor último de corrección, que permitirá a la vez contrastar la exactitud de lo recogido por el entrevistador, además de brindar la posibilidad de intercambiar información y mantener el papel activo del cliente que es útil para todo el proceso de evaluación y en el caso en que sea necesario llevar a cabo una intervención modificadora de su funcionamiento.

Este informe puede consistir en una narración de las principales conductas problema y las variables que parecen relevantes para su mantenimiento. Es recomendable ilustrar dicho informe con ejemplos tomados de los episodios concretos narrados por el



entrevistado, para que de ese modo le resulte más sencillo detectar inexactitudes de datos o rebatir relaciones funcionales. También facilita la eliminación de falsas concepciones que pueda tener el cliente con respecto a la génesis y desarrollo de la conducta problema. Para poder ser transmitido, se debe evitar el uso de tecnicismos y en lugar de ellos, emplear un lenguaje comprensible para cualquier persona que no sea psicólogo.

Se provee al cliente de una explicación conductual completa de su funcionamiento problema, que no sólo integra todas las redefiniciones parciales del problema que pudieran haber ocurrido a lo largo de las diversas sesiones de entrevista, sino que además constituye un enlace desde la entrevista hasta la intervención modificadora cuando ésta se considere necesaria.

Otro de los aspectos de suma importancia en el momento de realizar una entrevista es su conducción, pues debido a que el entrevistado no suele conocer qué datos requiere, el entrevistador necesita ser directivo para ayudarle a analizar su problema. El entrevistador debe dirigir la entrevista y encaminarla hacia la búsqueda de los datos relevantes para el problema que ha de ser tratado por medio de preguntas, solicitando precisiones, distribuyendo el tiempo en función de la importancia de lo que se esté tratando, evitando redundancias, introduciendo áreas de exploración y corrigiendo las desviaciones del tema que pudieran presentarse.

El hecho de que la conducción de la entrevista sea directiva, no significa que necesariamente se cuente con una entrevista estructurada o que coarte la expresión del entrevistado, sino que supone una organización de la comunicación marcando la dirección a seguir (Poper, 1979, citado en Llavona, 1998). Por tanto, se deberá contar con una entrevista semiestructurada, es decir, una guía general, que permita encaminar la entrevista para cumplir con los objetivos que se planteen.

Dentro del enfoque conductual, el grado de directividad de la entrevista que se lleva a cabo puede variar dentro de cada sesión y a través de todo el proceso de entrevista. Durante las primeras fases, suele ser relativamente abierta y no directiva, para que permita al entrevistado exponer lo que le causa preocupación; por el contrario, una vez detectado el problema, el entrevistador debe tener más control sobre los contenidos y solicitar datos específicos y precisos.

El tipo de preguntas que se han de emplear no están prefijadas, debido a que tanto las preguntas abiertas como las cerradas presentan ventajas e inconvenientes (Gordon, 1975, citado en Llavona, 1998). Las preguntas abiertas pueden facilitar que el sujeto produzca mayor cantidad de información y mencione aspectos que no le sean preguntados directamente y que puedan marcar nuevas líneas de exploración, sin embargo, dichas preguntas no generan necesariamente información precisa, lo cual es imprescindible para la evaluación conductual. Las preguntas cerradas, al reducir las posibilidades de respuesta, tienen mayor probabilidad de conducir a contestaciones concretas, pero desafortunadamente no siempre ocurre esto, pueden, provocar lentitud en la exploración del problema, además de causar la impresión de que se está sometiendo al entrevistado a un interrogatorio. Por dichas razones, se considera que la utilización combinada de preguntas abiertas y cerradas contribuye a una mayor eficacia de la entrevista, empleando las preguntas abiertas para detectar las conductas problema, las variables estimulares o en la fase de elaboración de hipótesis; y pasando posteriormente a afinar esos datos o hipótesis mediante preguntas cerradas específicas.

Cuando el entrevistador cree haber obtenido datos importantes por medio de la entrevista, es útil que repita la información recibida, reuniéndola, ordenándola, parafraseándola y sintetizándola, lo cual puede servir como guía al entrevistado sobre el modo de proporcionar información; además de mostrarle que el entrevistador ha comprendido perfectamente lo que se le ha dicho, dando oportunidad para corregir y/o precisar las informaciones o inferencias incorrectas que el entrevistador haya elaborado sobre lo que el cliente le ha contado.

Tradicionalmente, se ha planteado el hecho de que, al producirse una relación interpersonal del entrevistador con el entrevistado, la calidad de esa relación y en concreto las cualidades del entrevistador como su grado de calidez, su empatía hacia el entrevistado, su comprensión, entre otras, estarán en relación con la mayor o menor cantidad de información que suministre el cliente y con la relevancia de la misma, de tal manera que ante una relación cálida y en la cual el entrevistador muestre un alto grado de calidez, empatía y comprensión mayor y más relevante será la información que se obtenga (Peterson, 1968; Goldstein, 1975; Cormier y Cormier, 1979; Rimm y Master, 1979, citados en Llavona, 1998).

Sin embargo, no hay suficientes pruebas que indiquen que esas variables del entrevistador afectan directamente al resultado de la entrevista de evaluación de problemas, fundamentalmente en la entrevista conductual, en la cual se solicitan descripciones de comportamientos, situaciones estimulares y no sentimientos o emociones. Por lo cual, se considera que los requisitos necesarios y suficientes para un entrevistador son: 1) el poseer suficiente competencia profesional, 2) adecuada competencia social, es decir, tener un amplio dominio del procedimiento de la entrevista, 3) un buen conocimiento teórico del análisis funcional de la conducta y de los diversos modelos conductuales propuestos para explicar los diferentes funcionamientos inadecuados, y 4) un trato educado con una cierta cordialidad. Haynes (1979, citado en Llavona, 1998) mostró que la cantidad de información que proporcionan los entrevistados y las áreas de funcionamiento sobre las que informan dependen directamente del número de preguntas planteadas y de las áreas problema que éstas cubren.

La situación de la entrevista no difiere en cuanto a la relación interpersonal en la que se da una interacción continua entre las personas que en ella se encuentran, cuyo buen resultado depende del intercambio de reforzadores que se produzcan. Por ello, resulta importante la utilización de reforzadores positivos durante la entrevista, los cuales afectaran a dos funciones básicas, por un lado, la obtención de la información relevante y por otro, el establecimiento de una relación reforzante adecuada entre el entrevistador y el entrevistado.

El hecho de centrarse únicamente en la obtención de la información, puede convertir la entrevista en algo aversivo para el cliente, ya que esto provoca una asociación con estimulación aversiva presente, de manera inevitable, por la evocación repetida de situaciones problema que por su propia condición son desagradables.

Las conductas habituales que el entrevistador puede emplear y que suelen ser reforzantes son el contacto visual, posición del cuerpo dirigida hacia el entrevistado, realizar elogios o dar la aprobación sobre comportamientos que refiera el cliente. También, mostrar interés por el problema o por determinados aspectos del mismo, manifestar qué se está entendiendo lo que el entrevistado comunica, hacer afirmaciones de apoyo o solidaridad y señales mínimas de aprobación como el asentamiento hecho con la cabeza (Kanfer y Phillips, 1970; Matarazzo y Wiens, 1972; Wiens, 1976, citados en Llavona, 1998).

Además de emplear reforzadores positivos, el entrevistador también deberá aplicar extinción a las conductas del entrevistado que entorpecen la marcha de la entrevista, que resultan ser estímulos aversivos por su contenido o que dilatan la obtención de la información, por ejemplo, saltar de tema, reiteraciones, interpretaciones, lloros continuados, manifestaciones de desesperanza, entre otros. Un modo de aplicar la extinción ante un cambio de tema, puede ser volver a preguntar por el tema anteriormente abordado en cuanto el cliente termine su exposición o mencionar la narración previa a la desviación del tema e indicarle que sería útil conocer algo más sobre eso.

Cabe mencionar que al hacer uso de los procedimientos mencionados se podrá efectuar sin mayor dificultad el moldeamiento de la conducta efectiva del entrevistado durante la entrevista.

Otro de los elementos importantes a tomar en consideración cuando se lleva a cabo una entrevista conductual, es el lenguaje que utiliza el entrevistador. Éste debe adecuarse al entrevistado de acuerdo a su nivel social y cultural, para que pueda ser comprensible lo que se le pretende transmitir. Sin embargo, la finalidad es que el entrevistado vaya adquiriendo un lenguaje cada vez más conductual, describiendo sus comportamientos y situaciones estimulables y evitando que realice inferencias o interpretaciones y controlando el uso de términos o constructos mentalistas.

La adquisición de dicho lenguaje se producirá gracias a la imitación del lenguaje que emplee el entrevistador y por el moldeamiento de la conducta verbal del entrevistado. Dicha adquisición aumentará la eficacia de la entrevista, pues la obtención de la información será mucho más fácil (Haynes, 1978, citado en Llavona, 1998). El riesgo que puede correrse al educar a los usuarios durante la entrevista, en conceptos de aprendizaje, es que puede interferir más que ayudar a la comunicación entre el entrevistador y el entrevistado. Puede ocurrir que los conceptos que se tratan de enseñar no hayan sido bien aprendidos y no se utilicen correctamente.

El tiempo que debe durar la entrevista (aun cuando no existen investigaciones que lo afirmen), es de una hora. Una duración menor a ésta, podría no ser fructífera, pues se consumiría el mayor tiempo y esfuerzo en el proceso de poner al cliente en situación restando pocos minutos para conseguir información nueva, no resultaría reforzante ni para el cliente ni para el entrevistador. Mientras que alargar ese tiempo, por ejemplo a dos horas,

puede permitir recabar información relevante, sin embargo, puede fatigar al cliente y al entrevistador. Por lo que las sesiones de una hora, son suficientes regularmente para posibilitar un amplio intercambio de información, sin producir fatiga y permiten establecer un mayor control sobre el desarrollo de la entrevista (Llavona, 1998).

Los datos que surjan de la entrevista, deben ser recogidos mediante un tipo de registro que impida el olvido o su pérdida, para lo cual hay un amplio acuerdo en que la grabación en video es el registro más completo, debido a que retiene toda la interacción producida durante la entrevista. A su vez, conserva la información que proviene del cliente y suministra una especie de retroalimentación al entrevistador de su actuación. El aparato con el cual se realice la grabación debe ser colocado en un lugar visible pero ligeramente retirado del eje de comunicación visual entre el entrevistador y el entrevistado, lo cual ayudará a reducir sensiblemente los efectos de reactividad que se puedan producir por parte del entrevistado al saber que está siendo grabado. Cabe mencionar que no siempre es posible utilizar ese tipo de registro por distintas razones, tales como la falta de material o tiempo para revisar las grabaciones una vez finalizada la entrevista. Por ello, se puede optar por tomar notas a medida que el cliente va relatando o bien realizar un resumen al término de la sesión haciendo referencia de los datos relevantes referidos. Ambos tipos de registro presentan inconvenientes tales como interferir en la relación interpersonal, distraer al entrevistador del proceso de la entrevista, dificultar la fluidez de la comunicación, hacer más lento el curso de la entrevista y además no impiden que se pierda parte importante de la información proporcionada por el entrevistado.

Si no se cuenta con la posibilidad de grabar las sesiones, es aconsejable hacer anotaciones mínimas durante el curso de la entrevista y realizar inmediatamente después un pequeño resumen de lo recabado durante la sesión. Otra alternativa es grabar las sesiones y al momento de realizar el resumen, reproducir únicamente las partes que sean de mayor interés, las que susciten dudas o sobre las que se desee confirmar datos. En cualquiera de los casos, el entrevistador debe informar al cliente las ventajas de emplear dichos registros, recordar su confidencialidad y solicitar su consentimiento.

### **4.3 Entrevistas realizadas desde la perspectiva interconductual**

Además de la Entrevista y guía clínica general ICC propuesta por Vargas (2008a) y que se apega a la perspectiva interconductual, en el Análisis Contingencial, empleado como metodología de cambio, se plantea la Guía de Entrevista para la identificación del problema, la cual es un instrumento auxiliar para la recopilación de la información pertinente al análisis funcional de la interacción valorada como problemática o bien, que por otra razón debe ser alterada.

Dicha Guía de Entrevista, está compuesta por cuatro rubros constituidos por: 1) la identificación del problema, 2) la identificación del sistema macrocontingencial, 3) la génesis del problema y 4) el análisis de soluciones.

El rubro de la identificación del problema, permite explorar las características generales del usuario, la queja principal, y quién o quiénes valoran el comportamiento como problemático. Ésta se identifica el sistema macrocontingencial.

En el rubro de la identificación del sistema macrocontingencial, se identifica si el criterio para valorar un comportamiento como problemático tiene que ver con un valor moral. A partir de esto, se especifican los puntos que permiten identificar las prácticas valorativas del sujeto y los otros significativos; tanto en la microcontingencia situacional como en la ejemplar.

En el rubro de la génesis del problema se explora la historia de la microcontingencia problema y las estrategias de interacción.

Mientras que en el último rubro, se exploran los datos pertinentes al análisis de soluciones, que comprende tres incisos para identificar competencias del usuario, así como las interacciones no problemáticas. Posteriormente, permite analizar, junto con el usuario, la pertinencia de las posibles soluciones, considerando en principio que se puede incidir en una alteración microcontingencial, en una macrocontingencial o en ambas (Rodríguez, 2002).

La entrevista puede ser considerada como un primer método general de obtención de información, casi imprescindible, en torno al cual se estructuran el proceso de análisis de las conductas y los demás procedimientos de evaluación. A partir de los datos suministrados por los sujetos en la entrevista, se puede llevar a cabo la aplicación de otros

instrumentos que confirmen y cuantifiquen la evaluación realizada de un modo aproximativo, tales como la autoobservación, los registros psicofisiológicos, la observación y otros posibles autoinformes para generar elementos de información que han de ser ampliados en la entrevista; éstos sirven para contrastar y precisar los datos que en ella se han obtenido.

Finalmente, la entrevista ha sido, y sigue siendo, el procedimiento más utilizado en el proceso de obtener la información que permita evaluar la existencia de una dificultad, como menciona Silva (1992): “La entrevista continúa siendo el instrumento más extendido y empleado dentro del campo de la evaluación psicológica”, a pesar de las ventajas que acarrea la utilización de la entrevista, una de sus mayores limitantes es que no hay investigación que la avale empíricamente.

#### **4.4 Propuestas de apoyos al procedimiento técnico de la Intervención Interconductual en el Contexto Clínico (IICC): entrevista especializada y hoja de recepción**

Como se ha señalado en los apartados anteriores, la entrevista ha sido y sigue siendo, instrumento predilecto para obtener información confiable, válida y pertinente (Morga, 2012) que permita llevar a cabo la intervención del psicólogo en las diversas áreas tecnológicas de la psicología y específicamente en el área clínica.

Sin embargo, la elaboración de dichas entrevistas ha tenido como referente, marcos teóricos con una visión tradicionalista, por lo que su objetivo principal ha sido la búsqueda de información relevante para el “problema” del “paciente” que asiste con el psicólogo. Adicionalmente, se considera que a partir de dicha información, el proporcionar un diagnóstico y posteriormente un tratamiento, contribuye a seguir perpetuando creencias generadas popularmente, tales como: “quienes van al psicólogo, están enfermos”.

El hecho de seguir partiendo de visiones tradicionales, obstaculiza el avance de la psicología hacia su camino a convertirse en una ciencia, puesto que los objetos de estudio y sus modos de proceder están alejados de la metodología que requiere la ciencia. Generan confusión al momento de llevar el conocimiento al campo tecnológico, dificultan la elaboración de técnicas y procedimientos para la obtención de la información que requiere

el psicólogo en cualquiera de las áreas tecnológicas en las que se encuentre inmerso y en especial cuando se trata del área de la psicología clínica.

Como se observó, la entrevista ha sido la herramienta más útil y empleada por el psicólogo, sin embargo, su elaboración ha partido de premisas erróneas tomando como base el modelo médico y las posturas mentalistas que no corresponden con lo planteado por el enfoque interconductual. A excepción de la entrevista propuesta en el Análisis Contingencial que, sin embargo, emplea categorías que no corresponden directamente a la teoría interconductual. Por su parte, Vargas (2006) propuso la Entrevista y guía clínica general IICC, congruente con los postulados de la teoría interconductual en general y con la Intervención Interconductual en el Contexto Clínico (IICC) en específico, pero que, requiere de una mayor especialización para poder llevarse a la práctica.

Por lo cual, partiendo de los parámetros establecidos en dicha entrevista se propone la Entrevista especializada IICC, entendiendo la entrevista como una interacción entre dos personas, en la cual uno es el que realiza preguntas (denominado entrevistador) y el otro el que proporciona la información que se le solicita (denominado entrevistado) acerca de un objetivo en particular y en un espacio determinado que permita la libre comunicación.

Antes de la realización de la entrevista especializada para la IICC, resulta necesario tener información referente al caso que se tratará, por lo cual es indispensable contar con una Hoja de recepción para la IICC, la cual se elaboró partiendo del marco teórico interconductual en general y de la IICC en particular.

La Hoja de recepción para la IICC, está constituida por los aspectos genéricos que deben ser analizados por el psicólogo entre ellos:

1. Datos demográficos
2. Motivo general de asistencia
3. Instituto o persona que lo remite
4. Intentos previos de solución de la dificultad
5. Valoración de la dificultad por parte de quien solicita y por parte de otros
6. Expectativas referentes al servicio



Su finalidad es la obtención de información concreta, que permita al Responsable de la Intervención (RI) tener un panorama general acerca de la dificultad a tratar con el UPGr, además de facilitar la obtención de información precisa del caso durante la entrevista especializada debido a su conocimiento previo.

## Hoja de recepción para la IICC

Fecha y Hora: \_\_\_\_\_

*Le recordamos que la información que nos proporcione será de suma importancia para la futura intervención psicológica, la cual será tratada de forma confidencial.*

*Se le pide conteste de manera sincera y honesta. No hay respuestas buenas ni malas.*

### 1. Datos demográficos

a. Nombre completo: \_\_\_\_\_

b. Edad: \_\_\_\_\_

c. Escolaridad:

Primaria ( ) Secundaria ( ) Bachillerato ( ) Licenciatura ( ) Otro: \_\_\_\_\_

d. Ocupación: \_\_\_\_\_

e. Estado civil:

Soltero (a) ( ) Casado (a) ( ) Viudo (a) ( ) Divorciado (a) ( )

f. ¿Cómo se enteró del servicio?:

Recomendación ( ) Publicidad ( ) Institución ( )

g. Dirección: \_\_\_\_\_

h. Teléfono (s): \_\_\_\_\_

i. Estado de salud (¿Padece alguna enfermedad?, ¿Qué medicamentos consume?):

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

j. Disposición de su tiempo libre:

\_\_\_\_\_

k. Conformación familiar (No. de integrantes, parentesco y edades):

---

---

---

2. Motivo general de asistencia:

---

---

---

---

3. ¿Qué personas están involucradas en su dificultad?, ¿De qué manera?:

---

---

---

---

4. ¿En qué lugares y momentos se presenta con mayor frecuencia su dificultad?:

---

---

---

---

5. ¿Qué tan grave considera su dificultad?, ¿Cómo la consideran los demás (familiares, amigos, conocidos)?:

---

---

---

---

6. ¿Qué ha hecho para resolver su dificultad?, ¿Con quién ha acudido?:

---

---

---

---

7. ¿Qué resultados esperas al asistir a la asesoría psicológica?:

---

---

---

---

8. Escriba el día (lunes a sábado) y la hora de preferencia (9:00-20:00 hrs.) para asistir a la asesoría psicológica:

---

---

*Este documento es de carácter informativo y confidencial.*

La elaboración de la entrevista especializada, tuvo como objetivo principal constituir un procedimiento de apoyo técnico para la IICC, que facilite la obtención de la información necesaria de manera ordenada y sistemática además de la implementación de la intervención y tiene las siguientes características:

1. Coherente con los postulados de la perspectiva interconductual en general y la IICC en particular, desmarcándose de los principios establecidos por el modelo médico y las premisas psicológicas tradicionales.
2. Secuencia bien definida (inicio, primer contacto, introducción, delimitación, características del servicio, precisiones, datos demográficos del usuario, implementación de la Intervención Interconductual y final).
3. Conformada a modo de entrevista semiestructura, debido a que consta de un guion de preguntas básicas y da la pauta para formular preguntas adicionales que permitan indagar la información que se requiera sobre aquellos factores que sean relevantes según el caso de que se trate.
4. Abarca todo el proceso de la IICC (análisis, evaluación, regulación y probabilización de la conducta de interés).
5. Es directiva en cuanto a su conducción, puesto que permite al entrevistador la distribución de tiempo y la solicitud de precisiones que se consideren relevantes para la II.
6. Esta elaborada con un lenguaje claro y sencillo, que permite la interacción con el entrevistado y posibilite su fácil comprensión y colaboración.
7. Participan el RI (responsable de la intervención) quien realiza el rol de entrevistador y el UPGr (usuario, persona o grupo de referencia) quien es la persona entrevistada.

La entrevista especializada para la IICC, tiene como referencia teórica al interconductismo en general y a la Intervención Interconductual (II) en particular, que orienta la indagación de la información pertinente para cada caso y el modo de proceder para llevar a cabo dicha recolección de información.

La IICC tiene como objetivo principal el análisis, la evaluación, la regulación y la probabilización de la interacción que el Usuario, Persona o Grupo de referencia (UPGr)

describe como dificultad. Durante el análisis de dicha interacción, se realiza una denominación identificando los elementos y límites de la interacción, especificando el nivel de función crítico de la misma (pudiendo ser contextual, suplementario, selector, sustitutivo referencial o sustitutivo no referencial). En la evaluación se compara la interacción analizada con la valoración de la dificultad hecha por el UPGr para corroborarla. En la regulación se decide de acuerdo con el análisis y la evaluación, a) si se incide en la valoración y/o los elementos de la interacción, b) si en lo que se incide es la valoración, se debe realizar un examen exhaustivo del criterio en el cual se funda la apreciación de la dificultad, c) mientras que si se incide en los elementos, se trata de alterar todas las partes que caracterizan la interacción estudiada. Por último, durante la probabilización se analiza el impacto general de la intervención y se realiza el seguimiento correspondiente (Vargas, 2008).

Debido a que la entrevista especializada parte de la IICC tiene objetivos bien delimitados, que permiten llevar a cabo el análisis, evaluación, regulación y probabilización de la interacción a estudiar en cada caso, se cuenta con una secuencia bien definida (inicio, primer contacto, introducción, delimitación, características del servicio, precisiones, datos demográficos del usuario, implementación de la Intervención Interconductual y final). Ésta se caracteriza por estar conformada, en cuanto a formato y contenido, como una entrevista semiestructurada, puesto que consta de un guion de preguntas básicas y da la pauta para formular preguntas adicionales que permitan indagar la información que se requiera sobre aquellos factores que sean relevantes según el caso de que se trate.

Gracias a su gran flexibilidad, al no tener prefijadas rígidamente las preguntas que se han de realizar, posibilita indagar aspectos generales de una situación o dificultad. A la vez, permite ahondar en elementos específicos de repuestas concretas. Permite hacer preguntas rápidas sobre diversos elementos o da lugar a abordar ampliamente aspectos que para el usuario parezcan no ser relevantes pero que a partir del análisis de la información al RI le parezcan de relevancia para el caso.

Antes de llevar a cabo la entrevista especializada para la IICC, se deben tener en cuenta aspectos que son de suma importancia para el momento de realizar la entrevista. Entre éstos, se encuentra la forma de conducción, debido a que el UPGr no conoce qué datos se necesitan para realizar la IICC, el RI debe ser directivo para facilitar la obtención

de la información pertinente al caso. Debe dirigir la entrevista y encaminarla hacia la búsqueda de los datos relevantes para la dificultad a tratar por medio de preguntas abiertas o cerradas, solicitando precisiones, distribuyendo el tiempo en función de la importancia de lo que se esté tratando, evitando redundancias, introduciendo nuevas áreas de exploración que el UPGr no refiera por sí solo y corrigiendo las desviaciones del tema que pudieran presentarse.

La entrevista especializada brinda la posibilidad al RI de poder preguntar, hacer aclaraciones o demandar una ampliación de la información que le sea proporcionada si así lo requiere. Da la pauta de determinar las preguntas que se han de plantear a continuación para conseguir la información necesaria para el caso, permite también la posibilidad de esclarecer la existencia de otras dificultades y ayuda a generar un lenguaje descriptivo en el usuario, lo cual favorece la obtención de información, haciéndola más eficaz.

El hecho de que la conducción de la entrevista especializada para la IICC sea directiva, no significa que se coarte la expresión del UPGr, sino que constituye una forma organizada de comunicación entre RI y UPGr, marcando la dirección a seguir.

El grado de directividad puede variar dentro de cada sesión y a través de todo el proceso; durante la delimitación de la dificultad, puede ser relativamente abierta y no directiva, para que se le permita al UPGr exponer lo que le causa preocupación; una vez delimitada la dificultad, el RI debe tener más control sobre los datos y presiones que solicita al UPGr.

El contar con un guion de preguntas abiertas en la entrevista especializada para la IICC, facilita que el UPGr produzca mayor cantidad de información y mencione aspectos que considere importantes. Sin necesidad de que le sean preguntados directamente, que se puedan marcar nuevas líneas de exploración y realizar preguntas cerradas o nuevas preguntas abiertas que no estén en el guion para generar precisiones en la información.

Es recomendable que el RI después de haber obtenido datos importantes por medio de la entrevista, repita la información recibida, reuniéndola, ordenándola, parafraseándola y sintetizándola, lo cual le proveerá al UPGr una guía sobre el modo de proporcionar información, además le mostrará que se ha comprendido adecuadamente lo que ha dicho, o bien, se corrijan y/o precisen los datos recabados.

Para llevar a cabo la entrevista especializada para la IICC, de manera eficaz, es necesario que el RI sea competente profesional y socialmente, es decir, que tenga un amplio dominio del procedimiento de la entrevista, así como un buen manejo del conocimiento teórico interconductual en general y de la IICC en particular. Un trato educado con una cierta cordialidad durante la entrevista, podrá afectar dos funciones básicas, por un lado, la obtención de la información relevante y por otro, el establecimiento de una relación adecuada entre el RI y el UPGr.

Las conductas habituales que el RI puede emplear y que suelen regular el comportamiento del UPGr son el contacto visual, una posición del cuerpo dirigida hacia el UPGr, realizar elogios o dar la aprobación sobre comportamientos que refiera el UPGr, mostrar interés por la dificultad que reporta o por determinados aspectos de la misma, manifestar que se está entendiendo lo que se le comunica, o bien, realizar señales mínimas de aprobación como el asentamiento hecho con la cabeza, que además sirven para regular las conductas del UPGr que entorpezcan la marcha de la entrevista como son: saltar de tema, reiteraciones, interpretaciones, lloros continuos, manifestaciones de desesperanza, entre otros.

Otro de los aspectos que son sumamente importantes a considerar al realizar la entrevista especializada para la IICC es el lenguaje que emplea el RI, éste debe ser claro y sencillo para permitir la interacción con el UPGr y posibilitar su fácil comprensión y colaboración. Dicho lenguaje debe adecuarse al UPGr de acuerdo a su nivel social y cultural para que pueda ser comprensible lo que se le pretende transmitir, además puede promover la adquisición de un lenguaje “técnico” por parte del UPGr, describiendo sus comportamientos y evitando la realización de inferencias o interpretaciones y controlando el uso de términos o constructos mentalistas.

El tiempo de duración de la entrevista especializada para la IICC es de 50 minutos por sesión, siendo un total aproximado de 12 sesiones para cubrir el proceso total de la IICC (análisis, evaluación, regulación y probabilización de la interacción de interés).

Los datos que surjan de la entrevista deberán ser recabados mediante un registro como el proporcionado por Vargas (2008a): Reporte por sesión IICC y el Reporte final IICC, lo cual permitirá tener la información completa e impedir el olvido o su pérdida. Asimismo, la utilización de herramientas tales como notas durante la sesión, la grabación



de voz o de video de las sesiones. Éstas, como ya se mencionó, ayudarán a observar la interacción producida durante la sesión, conservar intacta la información proporcionada por el UPGr y proporcionar una retroalimentación al RI sobre su actuación.

Ya que se conocen las características fundamentales de la aplicación de la entrevista especializada de la IICC, se debe conocer el proceso que sigue la misma, para dar comienzo a la IICC. Ésta se realiza empleando el formato de la Hoja de recepción para la IICC que puede realizarse de dos maneras. Una es de forma presencial, en la que el UPGr asiste al lugar donde se ofrece el servicio de atención psicológica y en el cual se le proporcionara el formato para que lo llene. La otra es por vía telefónica, por lo que el RI será el encargado de llenar el formato de la hoja de recepción con la información que proporcione el UPGr.

Después de haber conocer el panorama general del UPGr, se procede al primer contacto con el mismo en la primera sesión y para poder eliminar los nervios o ansiedad que el UPGr pudiera presentar al interactuar con el RI. Se lleva a cabo una conversación denominada habituación, en la cual se realizan comentarios generales con diversos tópicos no relacionados directamente con la entrevista, para que el UPGr pueda entrar en confianza e iniciar con la recolección de los datos pertinentes para el caso. Posteriormente, se le explica la orientación teórica con la cual se llevara a cabo la IICC, para que el UPGr conozca la forma en la que trabajara a lo largo de las sesiones. Al término de esto, se le asegura la confidencialidad de toda la información que le proporcione al RI.

Enseguida del preámbulo realizado durante el primer contacto e introducción, se comienza con la entrevista para delimitar la dificultad, preguntando acerca del motivo general de asistencia, después del cual el RI deberá asumir sin dificultades la dirección de la entrevista, dirigiéndola para completar o matizar los datos suministrados por el UPGr y usar dicha información como punto de partida en la búsqueda de posibles áreas de dificultades. La mera manifestación del UPGr, como se ha expresado anteriormente, de que “no hay ninguna otra dificultad”, debe ponerse en entredicho mientras no se confirme después de la exploración de las principales áreas de funcionamiento del individuo y solicitar información que va de lo general a lo particular, abarcando los intentos anteriores de solución profesionales y/o no profesionales, las expectativas del UPGr y la explicación de los alcances reales de la IICC.

Posteriormente, se explican las características del servicio de atención psicológica, abarcando la asistencia, puntualidad, la importancia de la veracidad de la información, la realización de actividades, tareas, el costo del servicio, así como los instrumentos que se emplearán. Entre ellos, la entrevista y la importancia de su realización para la recolección de los datos pertinentes para el caso, lo cual implica la realización de notas que permitan tener los datos relevantes registrados. Par ello, es necesario pedir el consentimiento para la utilización de grabadora de voz y/o de video, para poder tener toda la información que se genere de la interacción del RI con el UPGr en la sesión y dé la pauta para una retroalimentación del actuar del RI.

A continuación se realizan las precisiones necesarias de la información obtenida, que permitan realizar la identificación y delimitar las características de la dificultad a tratar. Con ello se realizara la definición del usuario y de la conducta de interés, es decir, determinar de quién se analizará, evaluará, regulará y probabilizará la conducta, cuál será la conducta con la que se trabajará, conocer la trascendencia y valoración de la dificultad; así como hacer explícitas las expectativas del RI con respecto al UPGr, que tienen que ver con su asistencia y puntualidad, el cumplimiento de sus actividades y tareas. Finalmente, se le reiterará la importancia de la veracidad en la información proporcionada.

Otro aspecto que resulta de gran importancia obtener, son los datos demográficos que están conformados por información personal, familiar y general del UPGr. Una vez que se recolectó toda la información pertinente para el caso, se procede a la Implementación de la II, en la cual se llevan a cabo el *análisis* que consta de la identificación y denominación de la interacción de interés y la especificación de la función contextual, suplementaria, selectora, sustitutiva referencial o sustitutiva no referencial crítica de la interacción de ésta. La *evaluación* que consiste en la comparación del análisis de la interacción de interés y en específico de la función contextual, suplementaria, selectora, sustitutiva referencial o sustitutiva no referencial crítica de la interacción de interés, con la valoración. La *regulación de la valoración y/o de los elementos de la conducta*, en la cual se puede llevar a cabo la alteración o preservación según sea factible de la valoración modificando o manteniendo el criterio normativo a partir de proveer de información al usuario siendo el RI el mismo proveedor o bien otra persona calificada o, la alteración o preservación según sea factible de los elementos que configuran la interacción atendiendo a su tipo, propiedades y

función mediante estrategias de alteración de su disposición (presencia-ausencia), sus dimensiones físicas (físicas, químicas, orgánicas y convencionales) y su papel (estructuración). Las técnicas pueden ir desde proveer de información hasta la manipulación directa de los elementos. Después se lleva a cabo la *probabilización* en la cual se realiza la estimación del desarrollo posterior de la interacción de interés y en específico de la función contextual, suplementaria, selectora, sustitutiva referencial o sustitutiva no referencial crítica de la interacción, es decir, pronosticar la tendencia de desarrollo de la conducta haciendo manifiesto que el mantenimiento de los efectos de la intervención corresponde al mantenimiento de los cambios en la valoración o los elementos realizados.

Para finalizar el proceso de la IICC, se efectúa la última parte de la entrevista especializada en la cual se realiza una evaluación de lo trabajado durante la intervención, se brinda un resumen al usuario, se programa una última sesión de seguimiento y se le pide su opinión al UPGr sobre la actuación del RI.

## Entrevista Especializada para la IICC

### 1. Inicio

1.1 Recepción: se realiza por medio de la Hoja de recepción para la IICC y puede llevarse a cabo de dos maneras, siendo el tiempo estimado en llenar el formato de 10 minutos:

- Forma presencial: el UPGr asiste al lugar donde se ofrece el servicio de atención psicológica donde se le proporciona el formato de la hoja de recepción
- Vía telefónica: el UPGr se pondrá en contacto por vía telefónica, por lo cual el RI será el encargado de llenar el formato de la Hoja de recepción por medio de la información que le proporcione el UPGr

### 2. Primer contacto

#### 2.1 Presentación del RI y UPGr

2.1.1 Abrir la puerta

2.1.2 Saludar al UPGr: Al ser la primera ocasión que se tiene contacto directo con el UPGr es preferible no tener contacto físico o bien, sólo dando un cordial apretón de manos, además debe hablarse de usted

- *-Buenas días/tardes-*

2.1.3 Iniciar la conversación preguntándole su nombre completo para confirmar el primer dato de la hoja de recepción

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

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

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

2.1.5 Presentación del RI: Tomar asiento, con una posición erguida, sin cruzar brazos ni piernas, y proporcionar su nombre completo

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

**Duración aproximada: 5 minutos**

## 2.2 Habituaación

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

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

*Duración aproximada: 10 minutos*

## 3. Introducción

3.1 Explicación de la orientación teórica del servicio de atención psicológica empleando palabras sencillas y claras, ayudándose con el tríptico de la Información Introductoria al Servicio de la IICC

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

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

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

Duración aproximada: 10 minutos

4. Delimitación de la dificultad: Emplear un lenguaje claro y sencillo en la elaboración de las preguntas, sin contenido emocional, tendencioso ni valorativo durante la entrevista

4.1 Motivo general de asistencia

4.1.1 Preguntar por el motivo general de asistencia y confirmar que esté relacionado con lo referido en la hoja de recepción para la IICC y de no ser así retomar lo plasmado en la hoja de recepción

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

4.2 Intentos anteriores de solución profesionales o no profesionales

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

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

4.3 Expectativas del UPGr (expectativas de la persona que es entrevistada y quien recibirá el servicio de atención psicológica) :

4.3.1 Conocer qué es lo que espera el UPGr al asistir al servicio de atención psicológica:

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

4.4 Alcances de la intervención

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

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

*Duración aproximada: 30 minutos*

## 5. Características del servicio

### 5.1 Participación del UPGr dentro y fuera del servicio

- 5.1.1 Asistencia: Explicar que las sesiones se realizarán una vez por semana, en un horario establecido de común acuerdo y una duración de 50 minutos-1 hora aproximadamente, aclarando la posibilidad o imposibilidad de cambiar el horario previamente establecido para las siguientes sesiones
- *-Es importante que establezcamos las características del servicio de atención psicológica, las sesiones se realizarán una vez por semana, los días [...] en un horario de [...] y tendrán una duración de 50 minutos a una hora aproximadamente. El horario de las sesiones es fijo y únicamente podrá cambiarse si me comunica con anterioridad el cambio de día o de horario y si está disponible el día y horario que desea-*
- 5.1.2 Puntualidad: Especificar el horario de las sesiones y la tolerancia de 5 a 10 minutos para iniciar con la sesión, aclarando las consecuencias que habrá por su incumplimiento
- *-Para poder iniciar la sesión tendrá una tolerancia de [...], si por alguna razón se retrasara su llegada, sólo tendremos el tiempo restante de su hora de sesión para trabajar, por ejemplo, el que usted llegara 30 minutos después del horario establecido implica que la sesión tendrá una duración de 30 minutos, el tiempo restante de la duración de la sesión-*
- 5.1.3 Recalcar la importancia de la veracidad de la información que brinde

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

#### 5.1.4 Realización de tareas y actividades sesión a sesión remarcando la importancia de su cumplimiento

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

#### 5.2 Especificar el costo del servicio

- *-El costo del servicio será de [...] (cuando se trata de un servicio comunitario el costo oscila entre \$0.00 y \$80.00; mientras que cuando se trata de un servicio particular el costo oscila entre \$250.00 y \$800.00, dependiendo de la infraestructura y nivel social de inserción)*

#### 5.3 Instrumentos que se emplearán

##### 5.3.1 Entrevista

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

##### 5.3.2 Realización de notas

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

##### 5.3.3 Grabación de voz y/o de video (pedir su consentimiento previo)

- *-Asimismo, es conveniente grabar las sesiones para tener la información disponible y no se escape algún detalle que pudiera ser indispensable para la intervención, por lo cual le pido su consentimiento para utilizar una grabadora de voz y/o de video, le recuerdo que tiene derecho a negarse-*



Duración aproximada: 10 minutos

Termina la primera sesión

## 6. Precisiones

### 6.1 Evaluación inicial

#### 6.1.1 Identificación de las dificultades planteadas

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

#### 6.1.2 Características de las dificultades planteadas

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

#### 6.1.3 Diferenciación de las dificultades planteadas

- -¿Cuándo las conductas que realiza no representan una dificultad?-
- -¿Cuáles son las situaciones en las que la dificultad no está presente?-
- -¿Con qué personas no se presenta la dificultad?-
- -¿Cómo valoran esta situación las personas de su entorno?-

#### 6.1.4 Registro posterior estableciendo la duración, frecuencia e intensidad de las dificultades planteadas: *empleando algún tipo de registro*

### 6.2 Definición del usuario

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

### 6.3 Definición de la conducta de interés

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

6.3.2 Elegir a partir de las prioridades del caso, pudiendo tomar como criterio para elegir las prioridades, aquella dificultad que ponga en peligro al usuario o a otros, o bien, la dificultad con la cual se pueda intervenir en las demás o aquella que el usuario decida si es que el RI analiza las dificultades y no hay ningún inconveniente significativo

#### 6.4 Trascendencia de la dificultad en la vida del usuario

6.4.1 Analizar cuáles son los efectos que ha tenido la dificultad del usuario en su vida diaria (partiendo de la conducta de interés)

- *-¿Qué cosas ha dejado de hacer?-*
- *-¿Hasta dónde invade esto?-*
- *-¿Cómo se relaciona con los demás?-*
- *-¿Cuáles son los efectos o consecuencias que ha tenido esta dificultad en su vida diaria?-*
- *-¿Cuáles son las consecuencias que ha tenido en su relación con los demás?-*
- *-¿Cuál ha sido la situación más grave en la que se ha presentado la dificultad?-*
- *-¿Ha tenido alguna repercusión en su salud a causa de estas dificultades?-*
- *-¿Cuáles han sido?-*
- *-¿Cómo se ha tratado?-*

#### 6.5 Valoración de la dificultad por parte del usuario y de otros

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

#### 6.6 Expectativas del RI (expectativas de quien guiara la IICC)

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

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

Duración aproximada: 40 minutos

## 7. Datos demográficos del usuario

### 7.1 Personales

7.1.1 Corroboración de los datos de la hoja de recepción e información particular del caso, preguntando nuevamente lo referido en la hoja de recepción (nombre completo, edad, dirección, teléfono (s), ocupación, escolaridad, estado civil, estado de salud)

- *-Confirmemos sus datos personales, me puede repetir su nombre completo por favor, qué edad tiene, cuál es su dirección, vive solo o con que personas, me proporciona su número (s) telefónico (s), su ocupación es..., qué grado de escolaridad tiene, su estado civil es..., qué enfermedades padece-*

### 7.2 Familiares

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

- Nombre  
*-¿Cuál es el nombre de los integrantes de su familia?-*
- Parentesco  
*-¿Qué es de usted?-*
- Edad  
*-¿Qué edad tiene su madre/padre/hermano/primo/tío/sobrino, etc.?-*
- Ocupación  
*-¿A qué se dedica su madre/padre/hermano/primo/tío/sobrino, etc.?-*
- Estado civil  
*-¿Cuál es el estado civil de sus padres, hermano/primo/tío/sobrino, etc.?-*
- Estado de salud

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

### 7.3 Generales

#### 7.3.1 Solicitar los siguientes datos al usuario

- Número de amigos y cómo es su relación
  - ¿Cuántos amigos tiene?-*
  - ¿Cómo es su relación con cada uno de ellos?-*
- Características relevantes del lugar de su trabajo y/o escuela (cantidad de personas con las que convive, cómo es su relación con ellas, con qué infraestructura cuenta, etc.)
  - En el lugar donde estudia/trabaja, ¿con cuántas personas convives aproximadamente?-*
  - ¿Cómo es tu relación con cada una de ellas?-*
  - Describe cómo es la infraestructura del lugar donde estudia/trabaja, es decir, de qué materiales está construida, con qué tipo de servicios como agua, drenaje, luz, internet, cuenta-*
- Disposición de su tiempo libre
  - ¿Qué hace en su tiempo libre?-*
- Características de su residencia (servicios con los que cuenta-agua, luz, drenaje, línea telefónica, internet-, características del material de construcción, número de cuartos con los que cuenta la vivienda, cuarto propio, etc.)
  - ¿Con qué tipo de materiales está construido el lugar donde habita, por ejemplo, tiene piso de cemento, tierra, madera, mosaico etc.?-*
  - ¿Cuenta con techo de losa, lámina de asbesto o de cartón, de madera, etc.?-*
  - ¿Con qué tipo de servicios cuenta (luz, agua, drenaje, línea telefónica, internet, etc.?-*
  - ¿Con cuántos cuartos cuenta su vivienda?-*
  - ¿Tiene cuarto propio?/ ¿Con quién comparte habitación? (sólo si no cuenta con cuarto propio)-*

Duración aproximada: 15 minutos

[Termina la segunda sesión](#)

## 8. II

## 8.1 Implementación de la Intervención Interconductual:

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

- *-Gracias a los datos obtenidos durante la entrevista, se trabajará...debido a....-*

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

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

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

- Alteración o preservación según sea factible de la valoración modificando o manteniendo el criterio normativo a partir de proveer de información al usuario siendo el RI el mismo proveedor o bien otro persona calificada
- Alteración o preservación según sea factible de los elementos que configuran la interacción atendiendo a su tipo, propiedades y función mediante estrategias de alteración de su disposición (presencia-ausencia), sus dimensiones físicas (físicas, químicas, orgánicas y convencionales) y su papel (estructuración); las técnicas pueden ir desde proveer de información hasta la manipulación directa de los elementos

8.1.4 *Probabilización*. Estimación del desarrollo posterior de la interacción de interés y en específico de la función contextual, suplementaria, selectora, sustitutiva referencial o sustitutiva no referencial crítica de la interacción, es decir, pronosticar la tendencia de desarrollo de la conducta haciendo manifiesto que el mantenimiento de los efectos de la intervención corresponde al mantenimiento de los cambios en la valoración o los elementos realizados

Duración aproximada: 10 sesiones (depende del caso)

## 9. Final

### 9.1 Evaluación final de la conducta de interés

9.1.1 Establecer las dimensiones de duración, frecuencia e intensidad

### 9.2 Resumen

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

9.2.2 Confirmar la información, preguntando al usuario si la información referida es correcta

9.2.3 Aclarar dudas por parte del RI

9.2.4 Aclaración del usuario

### 9.3 Ultimo contacto

9.3.1 Asignación de tareas y actividades para la siguiente sesión

9.3.2 Concertación de la siguiente sesión

9.3.3 Corroboración de resultados (a partir de la implementación de la II)

### 9.4 Despedida por sesión

9.4.1 Proporcionar un papel con los datos acordados para la siguiente sesión (fecha y hora)

9.4.2 Anotar en la agenda la fecha y hora de la siguiente sesión

9.4.3 Acuerdos e introducción a la siguiente sesión (lo que se trabajará)

### 9.5 Despedida final

9.5.1 Establecer un fecha para la sesión de seguimiento, después de haber concluido la II

9.5.2 Solicitar opinión del usuario sólo al finalizar el servicio

Duración aproximada: 50 minutos

[Termina la IICC](#)

## CONCLUSIONES

La propuesta elaborada en el presente trabajo supone una contribución a la Intervención Interconductual en el Contexto Clínico (IICC), puesto que tanto la entrevista especializada como la hoja de recepción constituyen un apoyo técnico para la obtención de la información necesaria que permita llevar a cabo una intervención interconductual. La utilización de la hoja de recepción, permitirá al Responsable de la Intervención (RI) tener conocimiento general acerca de la dificultad del usuario. Gracias al lenguaje empleado en las preguntas que la componen, puede ser llenada por el usuario mismo sin necesidad de ser aplicada por algún profesional de la Psicología, constituyendo así el punto de partida para el RI respecto a la indagación de la información pertinente para cada caso.

Por su parte, la entrevista especializada constituye una guía para obtener información de manera ordenada y sistemática, que permita llevar a cabo el procedimiento de la IICC de manera eficiente. Ya que, mediante los primeros rubros que la conforman (primer contacto, recepción, introducción, delimitación) pone en disposición al UPGr para que proporcione la información que se requiere y se comporte según los lineamientos establecidos por el RI. Además, constituye un recurso de apoyo al procedimiento técnico que permite a la IICC ser eficaz, pues a partir de los rubros de precisiones e implementación de la Intervención Interconductual (II), posibilita el logro de los efectos que desea el usuario. Debido a que cubre todo el procedimiento de la IICC, marca la pauta para dar por concluida la intervención al haberse cubierto los objetivos planteados.

Otra de las ventajas de los recursos de apoyo al procedimiento de la IICC planteados (entrevista especializada y hoja de recepción), es el lenguaje empleado. Éste difiere por completo de concepciones moralistas, rechazando la calificación de los haceres del usuario en “buenos” o “malos”. Se aleja de las concepciones tradicionales que siguen el modelo médico, gracias al cual se genera la imposición de etiquetas como depresión, déficit de atención, hiperactividad, entre muchas otras, pues desde la perspectiva interconductual, lo psicológico no se enferma, sino que se valora como *dificultad* de acuerdo con el criterio al cual se ajuste el usuario, no se limita a la valoración moral; el comportamiento no es visto como “bueno” o “malo” sino como congruente o incongruente según la petición del usuario.

De lo anterior, podemos rescatar la principal característica de los recursos de apoyo al procedimiento técnico de la IICC elaborados y es su consistencia con la perspectiva interconductual en general y con la IICC en particular. Con ambos recursos, se pretende ubicar cuál es el sentido de cada acto que reporta el usuario como dificultad y los criterios de valoración a los que está sujeta. La dificultad no es independiente de dichos criterios. Las dificultades a indagar, lo sondeando de quién y cómo las valora y a quién afecta, dejando de lado concepciones en las que se considera que los problemas son algo intrínseco en el usuario.

A diferencia de otras perspectivas, el papel del psicólogo o RI consta de ser experto en el análisis, diseño y evaluación de procedimientos de cambio conductuales, un asesor metodológico en la formulación de las dificultades y planteamiento de soluciones relativas al comportamiento de los individuos. Todo esto, puede ser de manera directa con los usuarios, o bien, indirecta con profesionistas que tratan con problemas sociales y en los cuales la dimensión individual es fundamental.

Es importante retomar lo que ha ocurrido en la psicología a lo largo de su historia y el porqué de sus múltiples objetos de estudios y la gran variedad de sus procedimientos. Desde sus inicios, la psicología ha tenido como finalidad el tratar de explicar el comportamiento de los organismos y en especial el comportamiento del hombre. Sin embargo, se ha visto envuelta por las demandas sociales que le han sido impuestas, que han dado como resultado distorsiones del por qué y el cómo del actuar del hombre.

En la perspectiva interconductual, la dimensión psicológica de los eventos se analiza de manera naturalista, tal como lo propuso Kantor que retomó la visión aristotélica que planteaba una concepción amplia y natural del comportamiento del hombre, teniendo una visión de campo, dejando de lado el reduccionismo, la causalidad y las dicotomías tales como mente-cuerpo. A pesar de proponer una manera distinta de hacer psicología, apegada a la ciencia, el interconductismo no ha logrado conseguir un extenso reconocimiento entre los estudiosos de esta disciplina, como otras perspectivas (tales como el conductismo del cual fue contemporánea, o bien, el psicoanálisis), debido a que sus postulados epistemológicos, teóricos y metodológicos, cuestionan y rechazan las concepciones tradicionales mentalistas que han constituido el qué y el cómo de la psicología durante años y años.



Desafortunadamente, las concepciones tradicionales de la psicología que se basan en el estudio de la mente o del inconsciente, prevalecen en nuestros días. Son éstas mismas las que se encuentran en el lenguaje cotidiano de la gente, a su vez han sido adoptadas por los psicólogos como parte de su bagaje conceptual, generando así una psicología llena de especulaciones e interpretaciones, sin un sustento que pueda ser comprobable. Una psicología que no tiene bien definido cuál es su objeto de estudio y por ende cuál es la manera idónea de proceder ni cuáles son sus alcances. Además, ha adoptado terminología y modos de proceder de otras disciplinas como es el caso de la medicina.

Esto ha conducido al psicólogo a creer que mide conductas, que analiza síntomas, diagnostica y da un tratamiento. O a cambiar morfologías que a su parecer no son las adecuadas, basándose en lo que está “bien” o está “mal” para la sociedad, es decir, partiendo de una valoración moralista. Éste tipo de acciones reflejan la confusión, distorsión y desconocimiento de lo qué se debe estudiar y de cómo debe ser estudiado lo psicológico para después poder incidir en ello.

A diferencia de las concepciones tradicionales, la psicología interconductual proporciona las delimitaciones necesarias de lo psicológico. Su proceder analítico es absolutamente científico y concreto. No obstante, a pesar de las ventajas que ofrece en comparación con otras perspectivas, no cuenta con la aceptación dentro de la psicología. Por ende, la labor de los estudiosos interconductuales es doblemente ardua e importante, pues no sólo deben explicar en un lenguaje comprensible que las concepciones tan arraigadas tradicionalmente son erróneas, al igual que los modos de proceder que se han empleado, necesitando informar y explicar las nuevas concepciones así como las formas de proceder que contrastan en gran medida con sus creencias y saberes. Además, deben combatir las creencias erróneas que la gente ajena a esta disciplina tiene respecto al quehacer del psicólogo.

No hacer estas dos tareas tan importantes, implicaría un obstáculo en el avance de una psicología científica, un eclecticismo teórico y un pragmatismo tecnológico a nivel profesional así como desconocimiento, creencias erróneas e inconformidad de quienes acudan al servicio psicológico en cualquiera de sus áreas tecnológicas.

De todas las áreas tecnológicas de la psicología, la que resulta especialmente afectada es el área tecnológica clínica, debido a la adopción del modelo médico que

conduce hacia la búsqueda de síntomas, enfermedades mentales, pretender realizar un diagnóstico e implementar un tratamiento. La adopción del lenguaje cotidiano al lenguaje técnico como fuente de las problemáticas a solucionar, conlleva calificar las conductas como “normales” o “anormales”, “buenas” o “malas” a luz de una valoración moral. La adopción de las demandas sociales sin siquiera cuestionar si le corresponden o no al campo de la psicología; ha dado como resultado un pragmatismo tecnológico, con el que se tienen predefinidas las técnicas a emplearse para cada una de las problemáticas o enfermedades, cual si fuera una “receta” sin dar cabida a las múltiples variaciones que se presentan en el comportamiento humano individual y de todos los factores que intervienen.

Gracias a ese tipo de prácticas, realizadas por la mayoría de los psicólogos en el área clínica, se ha fortalecido la desconfianza para asistir a este servicio por su ineficacia y las creencias populares erróneas como “no voy al psicólogo, porque no estoy loco”, “el psicólogo es el que sólo escucha tus problemas”, “no sirve de nada ir al psicólogo”; lo cual obstaculiza dar a conocer los verdaderos alcances de la psicología y la utilidad del quehacer psicológico e impide su reconocimiento social.

Si lograrán modificarse esas concepciones y visualizar los verdaderos alcances de una intervención psicológica, podrían realizarse intervenciones breves y precisas, puesto que el proceder del Responsable de la Intervención así como del usuario sería cada vez más ordenado, sistemático y específico, posibilitando que la descripción de la demanda del usuario se definiera en términos de su situación particular, única, sin emplear interpretaciones o suposiciones.

La tarea de modificar siglos y siglos de concepciones dualistas, reduccionismo, explicaciones causales y adopción del lenguaje cotidiano al técnico parece ser muy difícil. Sin embargo, no es imposible. El hecho de transmitir y hacer cada vez más conocida la perspectiva interconductual, ayudaría a cobrar ese reconocimiento que hace falta a nivel intelectual. Favorecería al ser propagado a personas comunes, el derrocamiento de creencias erróneas, la demostración de la verdadera utilidad del quehacer psicológico, el reconocimiento a nivel social de la psicología como una disciplina científica y eficaz.

Esta transformación, podría empezar por un cambio curricular en los planes de estudio a nivel profesional, en los cuales se incluya el cuestionamiento de los supuestos que plantean distintas teorías psicológicas, debido a que los conceptos y terminologías en las

que están sustentadas la mayoría de las teorías o perspectivas psicológicas (tradicionales) no están fundamentadas, no son falsas ni verdaderas (como en el caso del psicoanálisis que regresa al punto de partida una y otra vez en cada una de sus explicaciones), ni están sometidas a pruebas empíricas o lógicas directas. No establecen coherentemente el qué y el cómo del quehacer psicológico, es decir, la relación entre objeto y método de conocimiento, ni plantean las relaciones que tiene la disciplina con otras disciplinas científicas y evaluando las implicaciones que tiene la aplicación de su conocimiento para la vida social.

Además de dar a conocer las implicaciones que tiene el eclecticismo teórico y el pragmatismo tecnológico, que más que contribuir con el desarrollo de nuestra disciplina obstaculizan su desarrollo hacia constituir una ciencia, además de propiciar confusión y desconocimiento tanto en quienes la practican como en quienes son usuarios de los servicios psicológicos.

Lo que sí podría contribuir a la constitución de una psicología científica, es el análisis crítico de todas las concepciones y metodologías que en la actualidad conforman nuestra disciplina, intentar un consenso entre los estudiosos para compartir un objeto de estudio y la manera de proceder ante éste teniendo criterios bien definidos de pertinencia y eficacia, que posibilite una práctica efectiva de la misma en las diversas áreas tecnológicas que la conforman y posteriormente que posibilite la integración del psicólogo en equipos multi e interdisciplinarios.

Aun cuando a lo largo de los años, se han generado múltiples trabajos dentro de la psicología, en su mayoría han estado fundamentados en concepciones tradicionales, cargadas de dualismo, reduccionismo, que se basan en supuestos que no pueden ser comprobados y que no toman en consideración que el comportamiento humano es un evento muy complejo que no puede reducirse al análisis de unos cuantos factores o al establecimiento de relaciones causales.

Por tanto, es importante seguir realizando trabajos desde la perspectiva interconductual, debido a sus ventajas frente a las perspectivas tradicionales, que permitan seguir avanzando en el qué y el cómo del quehacer psicológico en sus diversas áreas tecnológicas y en especial en el área tecnológica clínica puesto que es un ámbito al cual hay que seguir explorando y realizando apoyos técnicos que sean coherentes y congruentes con

la teoría y metodología interconductual. Un ejemplo de ello, son los procedimientos planteados en el presente trabajo, sin embargo, cabe señalar que la propuesta no tuvo oportunidad de ser puesta a prueba dado que el objetivo de este trabajo fue una propuesta teórica, elaborada a partir de la revisión y el análisis de la información en la psicología clínica, por lo cual se desconocen sus alcances. A pesar de ello, se pueden inferir en tanto su coherencia y funcionalidad dentro de la IICC, no se cuenta con un estudio que revele en qué medida se presenten los beneficios y obstáculos de esta propuesta, por lo que la invitación queda abierta a investigaciones posteriores que pongan a prueba su uso y que incluso la mejoren en contenidos y estructura.

Además, se propone analizar la viabilidad que presentan estos recursos en la aplicación a personas con discapacidades auditivas y visuales con la finalidad de hacer las puntualizaciones necesarias para su utilización.

También se propone el desarrollo de una entrevista que vaya dirigida a familiares y/u otros profesionales, de ser necesaria, como recurso de apoyo técnico a la IICC que contribuya a la obtención ordenada y sistemática de información según sea el caso.

## BIBLIOGRAFIA

- Acevedo, A. y López, A. (2009)*El proceso de la entrevista*. México: Limusa.
- Aragón, L. (2011). *Evaluación Psicológica. Historia, fundamentos teórico-conceptuales y psicometría*. México: Manual Moderno.
- Aristóteles. Acerca del Alma.(No hay fecha).[biblio3.url.edu.gt/Libros/2011/acer\\_alma.pdf](http://biblio3.url.edu.gt/Libros/2011/acer_alma.pdf).  
Visitado [23 de agosto de 2013].
- Baron, J. Lightner Witmer and the beginning of clinical psychology. 2006.  
<http://www.psych.upenn.edu/history/witmertext.htm>. Visitado [25 de septiembre de 2013].
- Belloch, A. Psicología y psicología clínica: sobre árboles y ramas.(No hay fecha).  
<http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/3370/b15327449.pdf?sequence=1>. Visitado [03 de septiembre de 2013].
- Bernstein, D. (1982). *Introducción a la psicología clínica*. México: McGraw Hill.
- Bercherie, P. (1986). *Los fundamentos de la clínica, historia y estructura del saber psiquiátrico*. Buenos Aires: Manantial.
- Bleger, J. La entrevista psicológica. Su empleo en el diagnóstico y la investigación. 1974.  
<http://psixcologia.blogdiario.com/1281103529/>. Visitado [03 de septiembre de 2013].
- Brennan, J. (1999). *Historia y sistemas de la psicología*. México: Prentice Hall.
- Caparros, A. (1980). *Historia de la psicología*. Barcelona: CEAC.
- Castillo, C. (2002).*El surgimiento del psicoanálisis. Conceptos fundamentales*. En:  
*Psicología analítica e integración*. España: NauLibres.

- Colín, M., Galindo, H. y Saucedo, C. (2009) *Introducción a la entrevista psicológica*. México: Trillas.
- Cullari, S. (2001). *Fundamentos de psicología clínica*. México: Pearson Educación.
- Díaz-González, E. y Carpio, C. (1996). Criterios para la aplicación del conocimiento psicológico. En: J. Sánchez, C. Carpio y E. Díaz-González, (compiladores), *Aplicaciones del conocimiento psicológico*. México: Facultad de Psicología ENEP-Iztacala y Dirección General de Asuntos del Personal Académico de la UNAM y Sociedad Mexicana de Psicología, A.C.
- Díaz-González, E; Landa Durán, P. y Rodríguez, M.L. (2002). El análisis contingencial: Un sistema Interconductual para el campo aplicado. En G. Mares y Y. Guevara (2002), *Psicología Interconductual. Volumen II. Avances en Investigación Tecnológica*. México: UNAM-FESI.
- Darwin, C. El origen de las especies. 1859. [http://www.uls.edu.sv/libroslibres/cienciasnaturales/origen\\_especies.pdf](http://www.uls.edu.sv/libroslibres/cienciasnaturales/origen_especies.pdf). Visitado [23 de agosto de 2013].
- Descartes, R. (1970). *Reglas para la dirección de la mente*. Buenos Aires: Aguilar.
- D'Zurilla, T. y Goldfried, M. (1971). Problemsolving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78, 107-116.
- Díaz, D. (2010). Indagación. División de estudios profesionales, coordinación de psicología clínica. Universidad Nacional Autónoma de México Facultad de Psicología, 2010. <http://www.psicologia.unam.mx/contenidoEstatico/archivo/files/Materiales%20de%20apoyo/Indagaci+%C2%A6n%20Lidia%20D+%C2%A1az%20Sanju+%C3%ADn%20Texto%20Apoyo%20Did+%C3%ADctico%20M+%C2%AEtodo%20Cl+%C2%AInico,%203-%C2%A6%20Sem.pdf>. Visitado [05 de Marzo de 2014].
- Díaz, I. y Nuñez, R. (2010) *Psicología clínica: ¿Qué es?, ¿Qué hace?, ¿Cómo lo hace?, ¿Para qué sirve?* México: Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco.

- Feixas, G. y Miró, M. (1993) *Aproximaciones a la psicoterapia. Una introducción a los tratamientos psicológicos*. Barcelona: Paidós.
- García, L. (1992). *Historia de la psicología*. Madrid; México: Siglo XXI.
- García, L. (2003). *Breve historia de la psicología*. Madrid; México: Siglo XXI.
- Golfried, M. y Davison, G. (1994) *Clinical Behavior Therapy*. EE.UU.: John Wiley & Sons, Inc.
- Goodwin, J. (2009). *Historia de la psicología moderna*. México: Limusa-Wiley.
- Hothersall, D. (1997). *Historia de la psicología*. México: McGraw-Hill.
- Harsch, C. (1983). *El psicólogo ¿Qué hace?* México: Alhambra Mexicana.
- Hill, W. (1974). *Teorías Contemporáneas del Aprendizaje*. Buenos Aires: Paidós.
- Kantor, J. (1980). *Psicología interconductual: un ejemplo de construcción científica sistemática*. México: Trillas.
- Kantor, J. (1990). *La evolución científica de la psicología*. México: Trillas.
- Kazdin, A. (1983). *Historia de la modificación de conducta*. España: Desclée de Brouwer.
- Keller, F. (1990). *La definición de psicología*. México: Trillas.
- Kleinke, C. (1998). *Principios comunes en psicoterapia*. España: Desclée de Brouwer.
- Lafarga, J. y Gómez, J. (1999). Condiciones necesarias y suficientes del cambio terapéutico de personalidad. En *Desarrollo del potencial humano*, Vol. 1, 77-92. México: Trillas
- Llavona, L. (1998). La entrevista conductual. En J. Labrador, J. Cruzado y M. Muñoz. *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*, Cap. 3. Madrid: Pirámide.
- López, O. (2008). *Historia de la psicología clínica como profesión*. México: PSICOM Editores.

- Maganto, C. y Cruz, S. La entrevista psicológica. (No hay fecha). [http://www.sc.ehu.es/ptwmamac/capi\\_libro/36c.pdf](http://www.sc.ehu.es/ptwmamac/capi_libro/36c.pdf). Visitado [04 de septiembre de 2013].
- Martín, M. (2003). *Análisis histórico y conceptual de las relaciones entre la inteligencia y la razón*. Tesis de doctorado no publicada, Facultad de Psicología, Universidad de Málaga, Málaga.
- Meinchenbaum, D. (1988). Terapias cognitivo conductuales. En S. Linn, S. y J. Garske. *Psicoterapias Contemporáneas. Modelos y Métodos*. Cap. 8. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Meléndez, L. (2013). *Información introductoria al servicio de Intervención Interconductual en el Contexto Clínico (IICC): Un recurso de apoyo técnico para los usuarios*. Tesis de licenciatura no publicada, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Morga, L. (2012). *Teoría y técnica de la entrevista*. México: Red Tercer Milenio
- Mueller, F. (1980). *Historia de la Psicología: de la antigüedad a nuestros días*. México: Fondo de cultura económica.
- Oblitas, L. (2008). *Psicoterapias contemporáneas*. México: Cengage Learning.
- Phares, E. y Trull, J. (1999). Antecedentes históricos: cronología y análisis. En *Psicología Clínica. Conceptos, métodos y práctica*. Cap. 2. México: Manual Moderno.
- Piacente, T. Instrumentos de evaluación psicológica no tipificados. Observación, entrevista y encuesta. Consideraciones generales. 2009. [http://www.psico.unlp.edu.ar/externas/evaluacionpsicologica/material2012/mat\\_didac\\_sistem/2-entrevista.pdf](http://www.psico.unlp.edu.ar/externas/evaluacionpsicologica/material2012/mat_didac_sistem/2-entrevista.pdf). Visitado [03 de septiembre de 2013].
- Pope, B. (1979). The initial interview. En C. Walker, *The Handbook of Clinical Psychology: Theory, Research and Practice*. Nueva York: Pergamon Press.



- Ribes, E. y López, F. (1985). *Teoría de la conducta. Un análisis de campo y paramétrico*. México: Trillas.
- Ribes, E.; Díaz- González, E.; Rodríguez, M. y Landa, P. (1986) El análisis contingencial: una alternativa a las aproximaciones terapéuticas del comportamiento. Cuadernos de Psicología, 8, 27-52. Reimpreso en: Ribes, E. (1990). *Problemas conceptuales en el análisis del comportamiento humano*. México: Trillas.
- Ribes, E. (1982). *El conductismo: reflexiones críticas*. Barcelona: Fontanella.
- Ribes, E. (1984). Obituario: J. R. Kantor 1888-1984. *Revista Mexicana de Análisis de la Conducta*, 9 (2), 15- 36.
- Ribes, E. (1990). *Problemas conceptuales en el análisis del comportamiento humano*. México: Trillas.
- Ribes, E. (1994). ¿Qué significa ser interconductista? *Revista Mexicana del Análisis de la Conducta*, 20 (2) 227-239.
- Ribes, E.; Ibáñez, C. y Hernández, R. (1986). Hacia una psicología comparativa: Algunas consideraciones conceptuales y metodológicas. *Revista latinoamericana de psicología*, 18 (2), 263-276.
- Ribes, E. (2004). ¿Es posible unificar los criterios sobre los que se concibe la psicología? *Suma Psicológica*, 11 (1), 9-28.
- Rodríguez, M. (2002). *Análisis contingencial*. México: FES Iztacala, UNAM.
- Rodríguez, M. y Díaz- González, E. (1997). El terapeuta como participante en el cambio del comportamiento: una propuesta de análisis de los procedimientos no estandarizados. *Integración*, 9, 153- 165.
- Sahakian, W. (1970). *Historia de la Psicología*. México: Trillas.
- Sáiz, M. (2009). *La historia de la psicología*. Barcelona: UOC.

- Sánchez- Barranco, A. (1996). *Historia de la Psicología: sistemas, movimientos y escuelas*. Madrid: Pirámide.
- Santamaría, C. (2001). *Historia de la psicología: El nacimiento de una ciencia*. España: Ariel.
- Silva, A. (1992). *Métodos cuantitativos en psicología: un enfoque metodológico*. México: Trillas.
- Sullivan, H. (1982). *La entrevista psiquiátrica*. Buenos Aires: Psiqué.
- Varela, J. Biografía de Emilio Ribes. Semblanza de Emilio Ribes y su contribución a la educación superior. Grupo contextos, 2010. <http://conducta.org/biografias/eribes.htm>. Visitado [20 de Octubre de 2013].
- Vargas, J. A. (2002). Tecnología psicológica: el momento de la transición. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 5(2), 1-15.
- Vargas, J. A. (2006). *Intervención Interconductual en el Contexto Clínico*. Tesis de maestría no publicada, Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México, México.
- Vargas, J. A. (2006a). Psicología Clínica: Consideraciones generales. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 9(2), 49-66.
- Vargas, J. A. (2006b). Brevísimas historia de la psicología: la psicología interconductual. *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 9(3), 43-72.
- Vargas, J. A. (2008). Tecnología psicológica: Intervención Interconductual (II). *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 11 (1), 1-9.
- Vargas, J. A. (2008a). Psicología Clínica: Intervención Interconductual en el Contexto Clínico (IICC). *Revista electrónica de psicología Iztacala*, 11 (4), 64-87.
- Villarreal, M. y Avendaño, A. (2012) *Historia de la Psicología*. México: Red Tercer Milenio.

- Villareal, M. (1990). *Fundamentos de entrevista conductual: revisión teórica*. México: Trillas.
- Watson, J. B. y Rayner, R. (1920). Conditioned emotional responses. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14.
- Zarzosa, L. G. (1991). Problemas del eclecticismo: un caso. *Revista Mexicana de Psicología*, 8 (1 y 2), 109-115.
- Zumaya, M. A. (1993). Bases teóricas de las psicoterapias cognoscitivo-conductuales. *Salud Mental*, 16 (1), 39-43.

## ANEXOS

ANEXO 1

Intervencion Interconductual (II)

## **Procedimiento de Intervención Interconductual (II)**

### **1. Análisis de la conducta.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **2. Evaluación de la conducta.**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

### **4. Probabilización de la conducta.**

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

ANEXO II

Reporte por sesión ICC

**Procedimiento de apoyo técnico  
Reporte por sesión ICC**

**A) Portada**

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

**B) Actividades del RI**

- 1 Descripción
- 2 Justificación

**C) Presentación de la información**

- 1 Transcripción textual de la sesión

**D) Datos relevantes para la intervención**

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

**E) Actividades del UPGr**

- 1 Descripción
- 2 Justificación

**F) Resumen**

- 1 Conclusiones

**G) Bibliografía**



ANEXO III  
Reporte final ICC

**Procedimiento de apoyo técnico  
Reporte final ICC**

**A) Portada**

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

**B) Presentación del caso**

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

**C) Integración de información**

- 1 Técnicas empleadas
- 2 Transcripción textual de la intervención

**D) II**

- 1 Presentación

**E) Análisis de datos**

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

**F) Resultados**

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

**G) Bibliografía**

ANEXO IV

Trípico

## COMPROMISO

Como Usuario, será necesario que usted mantenga un fuerte compromiso durante la intervención para realizar las tareas que el R.I. designe para favorecer su situación.

## ESPECIFICACIONES DEL SERVICIO

- ✓ Tiempo: Se proporciona 1 hora de servicio a la semana o más dependiendo de la dificultad presentada.
- ✓ Costo: El costo es de \$15.00 y se paga en la ventanilla de la CUSI antes de ingresar al servicio.
- ✓ Faltas: una o más faltas sin justificar equivaldrán a la baja del servicio.
- ✓ Baja del servicio: Si se le da de baja, tendrá que llenar de nuevo una solicitud y esperar a que se comuniquen con usted.

## OTROS SERVICIOS

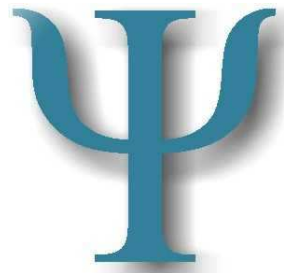
La CUSI cuenta también con servicios de Medicina, Odontología, Optometría y otros tipos de Atención en psicología clínica, diferentes a la Intervención Interconductual.

**¡OJO! Si no vas a utilizar este folleto regalaselo a alguien que lo necesite.**

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA  
DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES  
IZTACALA

CARRERA DE PSICOLOGÍA



INTERVENCIÓN INTERCONDUCTUAL EN  
EL CONTEXTO CLÍNICO

Diseño y elaboración

LUCIA MÉLENDEZ CORONA

CLÍNICA UNIVERSITARIA DE  
SALUD INTEGRAL (CUSI)

IZTACALA

**¿QUÉ NECESITA SABER  
SOBRE LA  
INTERVENCIÓN?**



INTERVENCIÓN  
INTERCONDUCTUAL EN EL  
CONTEXTO CLÍNICO

---

SERVICIO DE PSICOLOGÍA  
CLÍNICA

## ¿CUÁL ES LA FINALIDAD DE LA INTERVENCIÓN?

En nuestra vida cotidiana existen un sin número de factores que afectan de una u otra manera nuestra forma de comportarnos.



Cuando usted realiza sus actividades diarias, siempre se encuentra conviviendo con los elementos del medio ambiente que le rodea (personas, objetos, animales, situaciones, etc.); a esta convivencia se le llama INTERACCIÓN.



Si usted ha decidido acudir al servicio de Intervención psicológica, muy probablemente, algún (os) elemento (s) le está (n) dificultando interactuar en una (s) situación (es) específica (s), y ha creído conveniente solicitar ayuda para modificar dicha circunstancia.

En el servicio de Intervención Interconductual se analizará cómo han sido sus interacciones dentro de la o las situaciones que considere como dificultades (*depresión, ansiedad, problema de pareja, etc.*), así como los elementos que componen dicha interacción; evaluando y modificando los factores necesarios con la finalidad de que su comportamiento sea, para usted, el más adecuado frente a dicha (s) situación (es).

## ¿QUIÉN LO ATIENDE?



En la CUSI Iztacala, el área de psicología clínica brinda su servicio a través de los alumnos de los últimos semestres (7° y 8°) de la carrera, asesorados por sus profesores. Estos alumnos están capacitados como Responsables de la Intervención (R.I.), y cuentan con los conocimientos y competencias necesarios para llevar a cabo la intervención.

## USTED COMO USUARIO

En la medida en que usted recibe el servicio, y si la dificultad tiene que ver directamente con usted, y no con la modificación del comportamiento de terceras personas (hijos, cónyuge, vecinos, etc.), se le considera como el usuario.

## USTED COMO PERSONA RESPONSABLE DEL USUARIO

En caso de que se detecte que el comportamiento a modificar es de una tercera persona, se le pedirá que asista la misma al servicio.

Si no puede asistir, como es el caso de hijos pequeños, personas de la tercera edad o con algún padecimiento, usted pasará a ser la persona responsable del usuario y se le brindarán las indicaciones pertinentes para la intervención.



## PROCEDIMIENTO GENERAL

Mediante una entrevista, el R.I. recopilará la información pertinente respecto de la dificultad que usted presente; se solicitarán datos demográficos, motivo de asistencia, y la descripción de las situaciones que sean identificadas como parte de la conducta de interés.

La veracidad de los datos que proporcione será sumamente importante para que se pueda llevar a cabo un análisis adecuado de su dificultad.

Se le informará respecto de las características específicas del servicio y se programarán las sesiones posteriores.

## GLOSARIO

1. **Análisis:** Delimitación, denominación y especificación de la dificultad reportada por el UPGr.
2. **Ciencia psicológica:** Conocimiento generado a partir de un proceder analítico, es decir, realizando un análisis abstrayendo de los objetos y eventos concretos propiedades comunes, desligándose de los objetos y acontecimientos singulares, para establecer propiedades genéricas, construyendo una realidad conceptual.
3. **Entrevista:** Interacción entre dos personas, en la cual uno es el que realiza preguntas (denominado entrevistador) y el otro el que proporciona la información que se le solicita (denominado entrevistado) acerca de un objetivo en particular y en un espacio determinado que permita la libre comunicación.
4. **Evaluación:** Comparación del análisis de la dificultad realizado por el RI con la valoración que emplea el UPGr.
5. **Intervención Interconductual:** Procedimiento tecnológico interconductual general de análisis, evaluación, regulación y probabilización de la conducta para la atención de las demandas sociales vinculadas con la psicología.
6. **Intervención Interconductual en el Contexto Clínico (IICC):** Procedimiento tecnológico interconductual exclusivo para el contexto clínico.
7. **Probabilización:** Estimación del desarrollo posterior de la interacción de interés.
8. **Regulación:** Alteración o preservación según su factibilidad de la valoración y/o los elementos de la interacción reportada como dificultad por el UPGr.
9. **Responsable de la Intervención:** Encargado de llevar a cabo la Intervención Interconductual (II).
10. **Tecnología psicológica:** Conocimiento generado a partir de un proceder sintéticamente, es decir, integra el conocimiento analítico a casos particulares o únicos.
11. **Teoría interconductual:** Tiene como objeto de estudio la conducta de los organismos en lo individual y como objetivo identificar las condiciones históricas, situacionales y paramétricas de los factores que participan en la interacción, incluyendo esto la posibilidad de generar tecnología.
12. **Usuario, Persona o Grupo de referencia (UPGr):** De quien se analiza, evalúa, regula y probabiliza su conducta, es decir, quien recibe el servicio de atención psicológica.