



Vol. 14 No. 4

Diciembre de 2011

APORTACIONES DEL DISEÑO INSTRUCCIONAL A LA FORMACIÓN DE PSICÓLOGOS CLÍNICOS

Patricia Landa Durán¹, José de Jesús Vargas Flores² y Ángel Francisco García Pacheco³

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Profesionales Iztacala

Proyecto PAPIME PE301209

RESUMEN

En la formación de estudiantes en el ámbito de la psicología clínica, es fundamental el establecimiento de un conjunto de competencias que abarcan desde las habilidades conceptuales, hasta las destrezas de evaluación, diseño, aplicación y seguimiento de intervenciones terapéuticas. De esta forma, el psicólogo clínico debe tener no sólo conocimientos teóricos y aplicados sobre los trastornos psicológicos, sino además una serie de habilidades interpersonales que caracterizan su rol profesional. La relación terapéutica es un modo de relación particular que debe reflejar un equilibrio entre la cercanía y la confianza, y la prudencia y la distancia. Una de las variables que más pueden influir en este equilibrio y por lo tanto en la eficacia de un tratamiento psicológico es precisamente la actitud verbal y no verbal del terapeuta, es decir, sus habilidades sociales e interpersonales. Aún cuando se han llevado a cabo investigaciones sobre cuáles son las características de un terapeuta experto, los resultados no han sido del todo conclusivos. Algunos autores afirman que el entrenamiento a terapeutas debe estar centrado en el marco teórico que cada escuela psicológica provee, mientras que otros afirman que existen habilidades generales que pueden establecerse. Tomando en cuenta que las áreas de experiencia de un psicólogo clínico son, competencias de

¹ Profesora Titular del Área de Psicología Clínica. Correo Electrónico: patricia.landa@gmail.com

² Profesor Titular del Área de Psicología Clínica. Correo Electrónico: jjvf@unam.mx

³ Profesor de Asignatura del Área de Psicología Clínica. Correo Electrónico: angel496@hotmail.com

naturaleza teórico-metodológica, competencias de naturaleza estratégica y competencias interpersonales, se observa que la investigación en estas últimas se ha centrado solamente en la personalidad, imagen y empatía del terapeuta más que en sus habilidades de relación interpersonal. Esto supone una necesidad de entrenamiento en cada una de éstas. Sin embargo, se plantea en este trabajo que las habilidades de relaciones interpersonales son las más importantes a enseñar. Por lo tanto se propone aquí que la eficacia del trabajo terapéutico mejorará en la medida en la que se tomen en cuenta como parte del proceso formativo de los estudiantes, las habilidades de naturaleza social y asertiva. Se describe el procedimiento estructurado para establecer estas competencias transversales, así como los supuestos de diseño pedagógico que fueron utilizados para su planeación, diseño, implementación y evaluación. Se discute sobre la conveniencia de anclar los programas de formación del psicólogo clínico al conocimiento generado por las teorías contemporáneas de la enseñanza, y no a la tradición mágico-clínica de la formación de psicoterapeutas.

Palabras Clave: formación de psicoterapeutas, habilidades sociales y asertivas, diseño instruccional

CONTRIBUTIONS OF INSTRUCTIONAL DESIGN FOR THE TRAINING OF CLINICAL PSYCHOLOGISTS

ABSTRACT

In training on clinical psychology is essential to establish a set of skills, that range from conceptual skills to assessment, design, implementation and monitoring of therapeutic interventions ones. Clinical psychologist has to show not only theoretical and applied knowledge about psychological distress, but has also to develop a series of very specific interpersonal skills that define its professional role. Therapeutic relationship is a particular type of relationship that must reflect at all times a balance between closeness and trust, besides concerning prudence and sufficient distance at the same time. One of the variables that may influence the effectiveness of psychological treatment is indisputably the therapist's verbal and non-verbal attitudes, that is, its social and interpersonal skills. Even though researches have conducted studies on expert therapist's characteristics, results have not been entirely conclusive. While some authors argue that training therapists must focus on the theoretical framework, others argue that regardless of the theoretical framework, there are general social interpersonal abilities that can be taught. Taking into account these areas of clinical competence, conceptual-methodological skills and interpersonal skills, research in the latter has focused only on personality, image and empathy. However, the thesis of this

paper is to establish that interpersonal relationship competences are most important to teach. It is therefore proposed here that therapeutic outcome will be accomplished in the extent that social interpersonal training takes part in the whole learning process of clinical psychology students. It describes the structured procedure for establishing these generic skills and instructional design assumptions that were used for developing and training in a workshop approach. It discusses the appropriateness of anchoring the clinical psychologist's training programs to the knowledge generated by contemporary teaching theories and not to the magical tradition of introducing students in psychotherapy.

Keywords: psychotherapist training, social skills and assertiveness, instructional design theories.

MODELOS DE FORMACIÓN DE PSICÓLOGOS CLÍNICOS

El modelo de formación de psicoterapeutas se ha visto moldeado por el conjunto de supuestos teórico-metodológicos que subyacen a la concepción del proceso psicoterapéutico. Por un lado, desde el punto de vista analítico, el modelo que ha prevalecido hasta hace poco tiempo es el de la supervisión (Pipes y Davenport, 2004). Mientras que en el caso de los profesionales de la psicología conductual, ellos han seguido básicamente el modelo científico-practicante (Phares y Trull, 1997).

Cuando la aproximación conductual ganó terreno en el ámbito de la psicoterapia, y se consolidó la Terapia Conductual y Cognitivo Conductual, cambió con mucho la percepción que se tenía sobre el proceso terapéutico, se le consideró como un proceso auténtico de aprendizaje, o más bien re aprendizaje. Uno de los primeros impactos se dejó notar en la formación de los jóvenes psicoterapeutas (por ejemplo, ver Gavino, 2000).

La aproximación conductual al comportamiento anormal proveyó de una nueva manera de hacer psicología clínica. Las teorías del aprendizaje proporcionaron explicaciones alternativas a la enfermedad mental. Se lograron entender los procesos a través de los cuales los individuos se adaptaban a su entorno, a veces de manera muy costosa emocionalmente, como en el caso de las conductas de hospitalización. Se concibió de manera distinta a las neurosis, especialmente la ansiedad, obsesión compulsión y depresión, por medio de los principios del condicionamiento clásico (Kazdin, 1983). Y se desarrollaron

programas de intervención en hospitales psiquiátricos que arreglaban las contingencias de manera que propiciaban comportamientos socialmente valorados como adaptativos, positivos o deseables. El modelo conductual abrió las posibilidades de desempeño profesional de los psicólogos a nuevas poblaciones de usuarios, a nuevos tipos de problemas sociales y a un sinfín de escenarios (Landa, 2011).

La aproximación conductual fue más allá. Se adoptó como un modelo para la formación de los futuros psicólogos. Un ejemplo lo constituyó el currículo de la carrera de psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México. Dicho currículo, que fue propuesto por Ribes y cols. en el año de 1980, (Ribes, 1980) rechazaba los planes de estudios creados por contenidos y propuso una estructura modular: módulo teórico, módulo metodológico y módulo aplicado. Se definieron objetivos y actividades de aprendizaje y se adecuaron estrategias de evaluación acordes a la nueva propuesta, como participación en seminarios, exposición en clase y elaboración de trabajos escritos como glosas y ensayos.

Esta nueva concepción tuvo una fuerte influencia en la formación de los nuevos psicólogos clínicos, que siguiendo el modelo científico-practicante propuesto por la American Psychological Association, puso mucho énfasis en la enseñanza de las teorías del aprendizaje, el establecimiento del análisis experimental de la conducta como el método para aproximarse al entendimiento del comportamiento humano, el análisis conductual aplicado y las técnicas derivadas de la terapia conductual para ser utilizadas en las prácticas del servicio social de los estudiantes.

EL MODELO IZTACALA.

El programa del área de psicología clínica de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala se construyó, como ya se mencionaba, con base en dos aspectos principales plasmados en la propuesta curricular de Ribes y cols. (1980), un marco teórico congruente con su metodología y propuesta tecnológica, y el reconocimiento de los ámbitos de demandas sociales, que día a día exigen una

mayor participación y compromiso de la psicología como profesión. En esa propuesta curricular, ambas líneas convergían a lo largo y ancho de un contenido temático extenso, actual por los tópicos tratados y relevantes por su congruencia con los avances teóricos y tecnológicos de la disciplina en esa época, como lo muestran los objetivos establecidos:

1. Proporcionar una sólida formación teórica acerca de la psicología clínica en general.

2. Proveer las habilidades necesarias para el desempeño de actividades y funciones típicas de la psicología clínica como profesión:

a) funciones de detección de problemas, definidos en términos de carencias de formas de comportamiento socialmente deseables o de potencialidades cuyo desarrollo es requerido para satisfacer prioridades individuales o sociales (evaluación y diagnóstico).

b) funciones de desarrollo, que consisten en promover cambios a nivel individual o de grupos para facilitar la aparición de comportamientos potenciales requeridos para el cumplimiento de objetivos individuales y de grupo, en lo que a recursos humanos se refiere (educación y capacitación).

c) funciones de rehabilitación, dirigidas a remediar aspectos deficitarios en el comportamiento de individuos o de grupos (reeducación y prótesis).

d) funciones de planeación y prevención, relacionadas con el diseño de ambientes, predicción de problemas a mediano y largo plazo y difusión de algunas actividades profesionales de apoyo entre personal paraprofesional y no profesional.

e) funciones de investigación, dirigidas a la evaluación controlada de instrumentos de medida, el diseño de tecnología y al establecimiento de habilidades interdisciplinarias en el área de la salud y del cambio social. (Ribes, Fernández, Rueda, Talento y López, 1980).

Acorde a la estructura del plan, el programa del área de psicología clínica cuenta con cinco espacios curriculares, cuatro del módulo teórico-metodológico y uno del módulo aplicado. Sin embargo, y dadas las características del conocimiento sobre el aprendizaje humano de esa época, las estrategias de

enseñanza en la actualidad se muestran completamente obsoletas. Pasemos a revisar brevemente los modelos de instrucción que actualmente se utilizan en el campo del aprendizaje, especialmente en la educación superior.

MODELOS ACTUALES DE INSTRUCCIÓN.

El proceso instruccional, de acuerdo a Reigeluth (2007) consiste de un sistema de relaciones entre el análisis, diseño, producción, desarrollo y evaluación, de las condiciones necesarias para que el aprendizaje eficaz tenga lugar.

Desde que B.F. Skinner extendió los procesos de condicionamiento operante al campo de la educación por medio de su modelo de enseñanza programada (Skinner, 1958) muchos han sido los modelos de instrucción que han hecho presencia en el escenario de la educación. El modelo conductual hizo hincapié en el análisis de tareas, el establecimiento de objetivos conductuales y la programación de consecuencias.

Por otro lado, los modelos cognoscitivos resaltan la importancia de las funciones cognitivas superiores, como el pensamiento, la solución de problemas, la formación de conceptos y el procesamiento de información. Así, la instrucción desde esta perspectiva enfatiza que el conocimiento sea significativo, que el estudiante participe activamente en el proceso de aprendizaje, que el ambiente diseñado estimule al estudiante la incorporación de conocimiento previo, y que se estructure, organice y secuencie la información para facilitar su procesamiento.

Recientemente, los modelos constructivistas han asumido que el conocimiento se construye, por lo que el aprendizaje es un proceso activo que debe situarse en experiencias reales integrando la evaluación a las tareas. Resalta la importancia del aprendizaje colaborativo, pues al ser una interpretación personal del mundo, se altera a través de las representaciones de los otros significativos.

En la actualidad, la inclusión de la tecnología y la identificación de conexiones como actividades de aprendizaje empieza a mover a las teorías del diseño instruccional hacia la era digital (Siemens, 2004).

Así, el diseño instruccional es un procedimiento tecnológico que pretende hacer más eficiente el aprendizaje. Se basa en el conocimiento generado sobre el aprendizaje humano, utiliza el análisis de tareas y consiste en especificar las necesidades, los objetivos, los contenidos y los medios de aprendizaje.

Uno de los teóricos del diseño instruccional, quien se dio a la titánica tarea de revisar a fondo todos los modelos y abstrajo los 5 principios comunes fue David Merrill. La propuesta que se presenta en este trabajo está basada en el modelo de Merrill (Merrill 2001, 2006b), por lo que resulta obligada su exposición.

Los 5 principios de instrucción de David Merrill.



David Merrill afirma que en la educación formal la aplicación del conocimiento se encuentra usualmente en el futuro por lo que las consecuencias de una mala instrucción tal vez no se experimenten nunca. En la industria, sin embargo, un empleado no capacitado o capacitado deficientemente resultará en la pérdida de la satisfacción del cliente, pérdida de ingresos y hasta accidentes que pueden provocar en daño o pérdida de la vida. Resulta imperativa entonces la instrucción

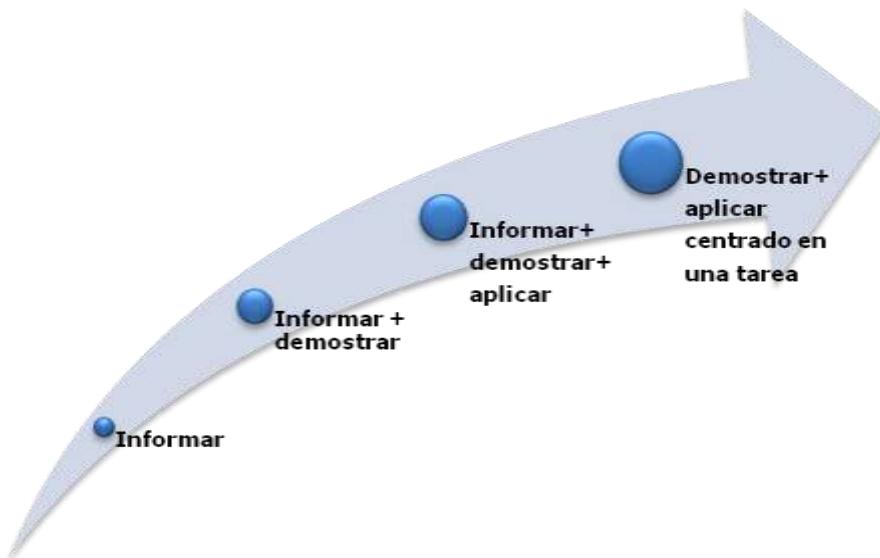
efectiva en situaciones de aprendizaje que le permitan al aprendiz adquirir las habilidades pertinentes. El contar con un lenguaje común puede ayudar al desarrollo de productos instruccionales que sean más efectivos y eficientes para ayudar a los estudiantes a adquirir el conocimiento y habilidad necesarios. Entonces, el diseño instruccional requiere de dos actividades centrales, determinar qué enseñar y decidir cómo enseñar.

Dice Merrill que determinar qué enseñar requiere de un proceso de análisis del conocimiento; con frecuencia los diseñadores instruccionales acuden a un experto en el contenido para que tomen esas decisiones. Un experto en contenido sabe perfectamente cómo realizar la tarea meta de la instrucción, pero no está muy consciente de los componentes que se requieren para adquirir ese conocimiento y de su secuencia. Entonces la actividad primera de un diseñador instruccional es determinar estos componentes de conocimiento y su secuenciación. Prácticamente todo el conocimiento se puede representar en entidades (cosas) acciones (procedimientos que el estudiante puede llevar a cabo con esas entidades o sus partes) procesos (eventos que ocurren con frecuencia como resultado de alguna acción) y propiedades (descriptores cuantitativos o cualitativos de entidades, acciones o procesos). El conocimiento que requiere ser aprendido sobre entidades, acciones o procesos puede representarse por medio de una colección de componentes a los que llamamos objeto de conocimiento. Gagné (1985) asienta que existen diferentes clases de conocimiento y que cada meta de aprendizaje requiere por lo tanto condiciones únicas de aprendizaje. Se esperaría entonces que aquel estudiante que recibe explicaciones será capaz de hacer mejores predicciones porque sabe qué ocurre, en comparación con los estudiantes que solamente reciben instrucciones de cómo hacerlo.

Para Merrill (2006b) el aprendizaje debe basarse en tareas complejas que demanden que el aprendiz construya un artefacto o resuelva un problema. Dichas tareas requieren de diferentes tipos de conocimiento y de habilidades que se interrelacionan de una manera determinada para conseguir el logro. Estas tareas implican también diferentes niveles de ejecución. Al principio el aprendiz completa la tarea en un nivel elemental y simple. En la medida en la que el estudiante se va

haciendo cada vez más diestro, podrá lograr versiones más complejas de la tarea. El estudiante puede dar una solución superficial a un problema en un inicio pues puede estar tomando en cuenta solamente algunos de los factores involucrados. Conforme el estudiante se va haciendo más experto, podría entonces proponer soluciones más complejas, sofisticadas y hasta elegantes que tomen en consideración más y más factores. Los siguientes niveles propuestos nos darán una idea más clara:

Niveles de complejidad de la estrategia



Entonces, los cinco principios de instrucción que David Merrill identificó y que ha enfatizado se deben cumplir en cualquier diseño instruccional exitoso son:

- a. Problematizar.

El aprendizaje se promueve efectivamente cuando el alumno adquiere conceptos y principios en el contexto del mundo real.

b. Activar conocimiento previo.

El aprendizaje se promueve cuando el alumno activa conocimiento previo relevante a la tarea.

c. Demostrar.

El aprendizaje efectivo se promueve cuando el estudiante observa una demostración de las habilidades que debe aprender

d. Aplicar.

El aprendizaje se promueve cuando el estudiante aplica el conocimiento y habilidades recién adquiridas.

e. Integrar.

El aprendizaje efectivo se promueve cuando el estudiante integra sus nuevas habilidades a su vida cotidiana. Ahora bien, una estrategia de medición del aprendizaje debería reflejar, según Merrill, esta adquisición gradual de la habilidad.

En un estudio previo (Vargas, Landa, Olvera y García, 2010) se exploraron las situaciones socialmente inapropiadas más frecuentes en la práctica de psicología clínica, y con base en ellas se diseñaron tanto los instrumentos de actitud como los instrumentos de registro de observación directa. Esas situaciones serían el contexto en el que se entrenarían habilidades interpersonales específicas, llevando a cabo un análisis cuidadoso de las tareas implicadas. Cada situación tendría inicialmente la función de poner en contacto al estudiante con una situación real que le demanda comportamientos sociales concretos, al estilo de la fase de problematización de David Merrill:

Comportamientos y actitudes sociales del paciente

1. Llega a su primera entrevista, toca a la puerta del consultorio.

2. Durante la entrevista inicial, llora reiterada e incontrolablemente.

- | |
|---|
| 3. Entra una llamada al celular del terapeuta. |
| 4. Entra una llamada al celular del paciente. |
| 5. La información que proporciona es contradictoria o inconsistente. |
| 6. Utiliza un lenguaje grosero para describir a las personas con las que tiene problemas. |
| 7. Cuestiona la capacidad del terapeuta para ayudarlo. |
| 8. Muestra actitudes de coqueteo. |
| 9. Hace preguntas personales que incomodan. |
| 10. Se involucra en comportamientos inapropiados (como fumar, tirar basura al piso, comer, etc.) |
| 11. Se altera cuando se le confronta o se le contradice. |
| 12. Usa un lenguaje ofensivo. |
| 13. Manifiesta un desacuerdo. |
| 14. Propone metas poco viables. |
| 15. Manifiesta su deseo de abandonar la terapia. |
| 16. Solicita información sobre las personas involucradas en el problema. |
| 17. Falta a la sesión sin previo aviso. |
| 18. Comenta que se siente incómodo con la forma de trabajar. |
| 19. Llega tarde a la sesión de manera reiterada. |
| 20. Hacia el final de la sesión insiste en seguir platicando. |
| 21. No cumple con las tareas asignadas. |

En el ámbito que nos ocupa es de suma importancia que el estudiante resuelva problemas. Pero también es importante la manera en cómo los resuelve. Por eso resulta de mucha utilidad tanto en la construcción de los contenidos de aprendizaje como para evaluar la consecución de los objetivos, el uso de las matrices de evaluación o rúbricas. Las rúbricas elaboradas para este trabajo fueron:

COMPORTAMIENTOS Y ACTITUDES SOCIALES DEL TERAPEUTA			
4 MUY APROPIADO	3 APROPIADO	2 INAPROPIADO	1 MUY INAPROPIADO
Abre la puerta, saluda, se presenta, da la bienvenida al usuario y le invita a sentarse	Abre la puerta, saluda, se presenta y le invita a sentarse	Abre la puerta, le invita a sentarse y comienza de inmediato la entrevista	Dice en voz alta “adelante”
Espera un momento corto e interrumpe preguntando sobre las razones y características de la situación que le llevaron al llanto	Indica empáticamente que cuando se sienta más tranquilo podrán continuar con la sesión	Mira fijamente al paciente sin decir nada	Interrumpe y cambia de tema
Mantiene apagado el celular durante la sesión	Apaga rápidamente el celular y no pierde la atención	Hace una seña al paciente y contesta rápidamente el teléfono	Deja de prestar atención y contesta el teléfono
Le indica que conteste, pero le solicita que sea breve para no consumir tiempo de sesión	Indica que conteste, y desvía la atención	Sin indicar nada espera a que el paciente termine de hablar	Manifiesta desagrado sin decir nada
Refiere la inconsistencia y solicita amablemente una explicación	Refiere la inconsistencia y de manera firme le pide una explicación	Se molesta y solicita que la información sea veraz	Se niega a continuar con la sesión hasta que el paciente le diga la verdad
Pregunta sobre las razones que le llevan a expresarse de esa forma	Respeta la forma de hablar del paciente y escucha atento.	Se siente incómodo, pero no dice nada	Interrumpe y exige que se exprese respetuosamente
Respeta su opinión aunque no la comparte y le pide una oportunidad para	Respetuosa su opinión y le pregunta sobre sus razones para desconfiar	Con gesto de molestia le informa que lo canalizará	Le comenta que él es el paciente y que por lo tanto está equivocado

mostrarle su trabajo			
Ignora los coqueteos sin dar explicaciones y mantiene la distancia	Ignora los coqueteos y enfatiza el rol de terapeuta	Ignora los coqueteos pero reacciona nerviosamente	Rechaza/acepta abiertamente los coqueteos
Las evade amablemente y explica que lo importante es el caso	Las evade y continua con la entrevista	Proporciona la información solicitada	Con gesto de molestia comenta que están fuera de lugar
Informa amable pero firme, que esos comportamientos son inapropiados y solicita que lo deje de hacer	Señala amablemente que esos comportamientos no están permitidos	A pesar de que le molestan continúa con la entrevista sin decir nada	Lo regaña y le exige que lo deje de hacer
Espera que termine, calmadamente evidencia la molestia del cliente y explica las razones de la confrontación	evidencia la molestia del cliente sin dar las razones de la confrontación	Indica que si esa actitud no cambia, se suspenderá la sesión	Suspende la sesión
Indica que ese lenguaje es ofensivo e inapropiado y solicita que modifique su lenguaje	Sugiere que cambie su lenguaje	A pesar de que le molesta no dice nada	Utiliza el mismo lenguaje
Le da la razón y lo invita a construir una alternativa juntos	Le da la razón y hace otra propuesta distinta	Le solicita una alternativa	Dice que el terapeuta es él
Aprueba la propuesta pero proporciona elementos para que el paciente identifique la poca viabilidad de sus metas	Aprueba la propuesta pero señala su poca viabilidad	Desaprueba la propuesta señalando su poca viabilidad	Desaprueba la propuesta
Sin cuestionar la decisión, invita al paciente a analizar sus motivos	Sin cuestionar la decisión, hace un recuento de la terapia y se despide	Insiste en que la terapia debe continuar	Asienta que si abandona es probable que recaiga en la problemática
Reconoce la solicitud pero recuerda sobre el compromiso de confidencialidad establecido desde el inicio	Reconoce la solicitud pero no proporciona la información solicitada	Convoca una reunión con los involucrados para aclarar la situación	Se niega a dar información
Investiga los motivos de la ausencia y le recuerda el compromiso	Le recuerda el compromiso de avisar previamente	Señala la falta y solicita no se vuelva a presentar	Reclama por no cancelar la sesión con tiempo

establecido	a la cancelación		
Propone detener el proceso, evaluarlo y negociar sobre las condiciones que le incomodan	Propone detener el proceso y evaluar las causas de la molestia	Hace caso omiso de los comentarios	Deriva al paciente con otro terapeuta
Explica la conveniencia de aprovechar todo el tiempo de la sesión pero no concede más tiempo	Recibe al paciente y suspende la sesión en tiempo	Comenta que es la última vez que puede esperarlo más tiempo del acordado	Cancela la sesión/alarga la sesión
Se dirige a la puerta y promete iniciar con ese tema la próxima sesión	Interrumpe y promete iniciar con ese tema la próxima sesión	Permite que la sesión se extienda	Interrumpe y dice que la sesión concluyó
Explica la función y beneficios de hacer tareas e indaga sobre los motivos del incumplimiento	Indaga sobre los motivos del incumplimiento y establece un acuerdo	Accede a que la lleve para la próxima sesión	Se niega a recibirlo

Por otro lado, la literatura sobre habilidades sociales y asertivas ha enfatizado el establecimiento de ciertos componentes verbales y no verbales, que ajustados a los criterios de deseabilidad social del grupo y cultura a la que se pertenece, se pueden agrupar en:

I. Habilidades básicas de interacción.

A. Comunicación verbal y no verbal.

La mirada.

La expresión facial.

La sonrisa.

La postura corporal.

Los gestos.

Distancia/contacto físico.

COMPONENTES PARALINGÜÍSTICOS.

Con frecuencia los terapeutas novatos no logran establecer una correspondencia entre los componentes verbales y los no verbales. Mientras que

lingüísticamente expresan una opinión de aceptación, sus gestos y movimientos pueden expresar exactamente lo contrario. Se vuelve entonces prioritario lograr esta correspondencia a través del ejercicio intensivo de estos componentes, con la finalidad de que el terapeuta sea capaz de decidir en qué momento utilizar los componentes no verbales para enfatizar lo que se está diciendo o para sustituir dicho contenido.

B. Escucha activa. Un nivel básico de competencia social es escuchar. La escucha activa se compone de los siguientes elementos:

- Síntesis.
 - Reflejo de sentimientos.
 - Paráfrasis.
 - Clarificación.
- C. Empatía.

II. Habilidades de conversación. El siguiente nivel de competencia es establecer con el paciente una interacción verbal, la cual cubrirá los objetivos establecidos de acuerdo al proceso de la evaluación conductual, esto es, identificar el problema, definirlo, llevar a cabo análisis de soluciones, intervenir y hacer el seguimiento. El terapeuta novato debe aprender a:

- A. Iniciar conversaciones.
- B. Mantener conversaciones.
- C. Afrontar silencios.
- D. Finalizar de conversaciones.
- E. Concertar citas.
- F. Expresar sus opiniones.
- G. Afirmarse positivamente.
- Expresar amor, agrado y afecto.
- Hacer y recibir comentarios positivos.
- H. Afirmarse negativamente.

- Expresar molestia, desagrado o disgusto.
- Hacer críticas.
- Pedir cambios de comportamiento.
- I. Afrontar críticas.
- J. Hacer peticiones.
- K. Rechazar peticiones: decir no.

Todos estos niveles de competencia social y de habilidades interpersonales se pueden programar para ser expresadas frente a las situaciones problemáticas específicas identificadas como las de mayor frecuencia de presentación en las sesiones con los pacientes, a través de entrevistas realizadas a terapeutas expertos, como las que fueron enlistadas con anterioridad.

CONCLUSIONES.

Formar psicólogos competentes en el ámbito del comportamiento anormal no es una tarea sencilla. La psicoterapia se ha conceptualizado históricamente como un campo mágico, en donde ocurren fenómenos inexplicables y sorprendentes, como la *cura por conversación*, alteraciones en el estado de conciencia, hipnosis (Beitman y Yue, 2004). Tal vez en ningún otro campo de aplicación del conocimiento psicológico existan tantos mitos y creencias que interfieran con el aprendizaje de competencias profesionales, como en este campo. Lo que durante muchas décadas se ha dado en llamar “ojo clínico” no es otra cosa que el ejercicio continuado, constante y eficiente de competencias de tres niveles, como ya lo hemos venido comentando: competencias teórico-metodológicas, competencias estratégicas y competencias interpersonales.

La psicología conductual ha sido un parte aguas en este sentido. Una de las grandes transformaciones de la práctica de la psicología clínica se dio cuando se conceptualizó al comportamiento anormal bajo los mismos principios que cualquier otro comportamiento. Como una manera de relación construida. Concebido así, la consecuencia lógica fue la posibilidad de aprender nuevas formas de comportamiento alternativas, diferentes, más adaptativas. Enseñarle a un

individuo a comportarse de manera diferente alteró también el papel del terapeuta. Priorizó la necesidad de contar con estrategias de enseñanza-aprendizaje efectivas más que de *psicoterapias*.

En esa línea, aprovechar el conocimiento que se ha generado en el campo de la educación, a través de las distintas teorías sobre la instrucción, puede resultar un ejercicio muy provechoso en la construcción de programas académicos para los estudiantes de psicología clínica, como lo demuestra la propuesta apenas delineada en este ensayo.

En el futuro, y particularmente en esta era de la información y de la comunicación, surgirán otros modos de hacer *psicoterapia*, que requerirán igualmente de nuevas maneras de aprender. Es necesario entonces seguir atentos a lo que nuestra disciplina le puede aportar a la nueva sociedad del conocimiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Beitman, B. y Yue, D. (2004). *Psicoterapia. Programa de formación*. Barcelona: Masson.
- Gagné, R. (1985). *The conditions of learning and theory of instruction*. 4th edition. New York: Holt, Rinehart, and Winston.
- Gavino, A. (2000). *Guía de Ayuda al Terapeuta Cognitivo-Conductual*. Madrid: Ediciones Pirámide.
- Kazdin, A.E. (1983). *Historia de la modificación de conducta*. Bilbao: Desclée de Brower.
- Landa, P. (2011). Terapias empíricamente fundamentadas. *Revista Colombiana de Psicología*, 20 (1), 107-115.
- Merrill, M. D. (2001). Components of Instruction toward a Theoretical Tool for Instructional Design. *Instructional Science*, 29, 291-310
- Merrill, M. D. (2006b). Levels of instructional strategy. *Educational Technology*, 46 (4), 5-10.

- Phares, J. y Trull, T. (1997). *Clinical psychology: concepts, methods and profession*. USA: International Thompson Publishing.
- Pipes, R. y Davenport, D. (2004). *Introducción a la Psicoterapia. El saber clínico compartido*. Biblioteca de psicología, México: Desclée de Brouwer.
- Programa académico del área de psicología clínica de la carrera de psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM, 2004.
- Reigeluth, C.M. (2007). Order, first step to mastery: An introduction to sequencing in instructional design. In F. Ritter, J. Nerb, E. Lehtinen, y T.O'Shea (Eds.), *In Order to Learn: How the Sequence of Topics Influences Learning*. New York, NY: Oxford University Press.
- Ribes, E., Fernández, C., Rueda, M., Talento, M. y López, F. (1980). *Enseñanza, Ejercicio e Investigación en Psicología*. México: Trillas.
- Siemmens, G. (2004). Connectivism: a learning theory for the digital era. <http://www.elearnspace.org/Articles/connectivism.htm>, visitado el 25 de octubre de 2011.
- Skinner, B.F. (1958). Teaching Machines. *Science*, 128 (3330), 969-977.
- Vargas, J.J., Landa, P., Olvera, J. y García, A. (2010) Establecimiento de habilidades interpersonales para terapeutas novatos: un estudio preliminar. VIII Encuentro Franco Cubano de Salud Mental. Camaguey, Cuba. Noviembre de 2010.