



Vol. 14 No. 4

Diciembre de 2011

EVALUACIÓN DE UN MANUAL DE ENTRENAMIENTO EN HABILIDADES INTERPERSONALES PARA TERAPEUTAS

Edilberta Joselina Ibáñez Reyes¹, José de Jesús Vargas Flores², Patricia Landa Durán³ y Juana Olvera Méndez⁴

Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM
Proyecto PAPIME DGAPA PE301209

RESUMEN

En el presente trabajo se presentan los resultados de evaluación de un manual de entrenamiento en habilidades sociales para alumnos que deben cursar la materia de Psicología Clínica Aplicada. Se plantea que el entrenamiento en psicología clínica es uno de los más importantes para el alumno que cursa una licenciatura en psicología. Y de las habilidades del psicólogo clínico, una de las habilidades más importantes es la social, ya que en términos generales la psicología clínica es una interacción entre dos personal. Se elaboró un manual de entrenamiento y fue evaluado con los alumnos que cursan la materia en la FES Iztacala. Se presentan los resultados, los cuales son controvertidos y se plantea seguir la investigación en este campo de la enseñanza de la psicología clínica.

Palabras Clave: Enseñanza de la psicología clínica, alumnos, habilidades sociales, entrenamiento asertivo.

¹ Profesora de Carrera del Área de Psicología Experimental. Correo Electrónico: jibanez@campus.iztacala.unam.mx

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

³ Profesora Titular del Área de Psicología Clínica: Correo Electrónico: patricia.landa@gmail.com

⁴ Profesora de Asignatura del Área de Psicología Clínica. Correo Electrónico: juanaolmen@yahoo.com.mx

ABSTRACT

This paper presents the evaluation results of a training manual in social abilities for students that are taking the Applied Clinical Psychology subject. It states that the clinical psychology training is one of the most important for the psychology student. From the clinical psychologist, the social ability is one of the most important, because, in general terms the clinical psychology is an interaction between two people. A training manual was elaborated and it was evaluated with students that take this subject at the FES Iztacala. The results are presented, which are controversial. The paper suggests continuing the investigation in this field.

Key words: Clinical psychology teaching, students, social skills, assertive training.

La literatura se encuentra saturada de información sobre las características, creencias, estilos, preferencias, etcétera, que caracterizan a un terapeuta exitoso. Sin embargo, estos rasgos se encuentran mezclados, como si pertenecieran todos al mismo nivel. Esto dificulta con mucho su incorporación a los programas de formación de terapeutas noveles. El desarrollo de este proyecto se ha orientado en la dirección de las competencias transversales, como definitorias de un terapeuta experto. Las habilidades interpersonales de un terapeuta son indispensables para que lleve a cabo un trabajo exitoso y no se encuentran, como muchos teóricos de la formación en psicoterapia asumen, ligadas al marco teórico que aquél maneje.

Se propone aquí concebir a la habilidad social como el comportamiento socialmente responsable, es decir, como un conjunto de comportamientos desplegados por un individuo en un contexto interpersonal, que expresan sus sentimientos, actitudes, deseos, opiniones o derechos, de una manera apropiada a la situación, respetando estas conductas en los demás. Las habilidades sociales involucran comportamiento verbal y no verbal, cognitivo-afectivo, que participa en la interpretación de las demandas de la situación interpersonal, la auto-evaluación del comportamiento requerido en esa situación y el auto monitoreo del desempeño.

La psicoterapia es una de las actividades más importantes que lleva a cabo un psicólogo, sin importar la corriente psicológica a la que pertenezca. Siempre se

espera que un psicólogo tenga las habilidades necesarias dentro de un consultorio, para ver a un paciente o una familia, escuchar, preguntar en forma pertinente, evaluar, plantear una intervención psicológica y llevarla a cabo en forma exitosa, ayudando de esta manera a su paciente.

De acuerdo con Corbella, Fernández, Saúl, García y García (2008), realizaron una revisión acerca de cuáles eran los mejores predictores del resultado terapéutico y concluyeron que las variables más importantes pertenecían a los clientes, pero lo seguían en importancia las variables del terapeuta, que llegaban a ser ocho veces más importantes para el resultado final de la terapia que la influencia de las técnicas.

En la actualidad, es aceptado por muchos profesionales de la psicoterapia que independientemente del marco teórico, la relación terapéutica forma parte fundamental del éxito del proceso. Bados y García (2011) afirman que las habilidades terapéuticas permiten que el profesional adquiera las destrezas necesarias para establecer la relación interpersonal con el paciente, en la cual busque proporcionar a la persona o a la familia comprensión sobre el problema de lenguaje o la comunicación que padece y la forma de manejarlo, adaptarse a la situación y saber cómo hacer frente a ello

La conducta socialmente habilidosa es ese conjunto de conductas emitidas por un individuo en un contexto interpersonal que expresa los sentimientos y actitudes, deseos opiniones o derechos de ese individuo de un modo adecuado a la situación, respetando esas conductas en los demás, y que generalmente resuelve los problemas inmediatos de la situación mientras minimiza la probabilidad de futuros problemas (Corbella, Fernández, Saúl, García y García 2008).

En el caso de la psicoterapia, las habilidades sociales son parte fundamental de las destrezas y estrategias del psicólogo clínico y están asociadas a una terapia eficaz, estas se encuentran presentes en los cuatro estadios fundamentales del proceso terapéutico: relación, evaluación y establecimiento de metas, selección y aplicación de estrategias y evaluación y conclusión.

El entrenamiento en habilidades sociales para terapeutas es un punto de partida nodal para los alumnos. Investigadores y clínicos afirman que la alianza terapéutica (definida como los aspectos colaborativos y afectivos de la relación cliente-terapeuta, es un componente de la psicoterapia exitosa (Vargas, Ibáñez y Landa, 2011).

Parte de las habilidades que puede poseer un terapeuta es transmitir condiciones facilitadoras de la relación (empatía, genuinidad, autor revelación positiva) con un cliente, en una situación de role-play. (Cormier y Cormier 2006). Fernández (2008), considera que el terapeuta busca ayudar al paciente como primer objetivo. Igualmente, debe interesarse por ayudar a la persona y a su familia, en cómo afrontar o adaptarse a esa dificultad de comunicación, si el trastorno se va a prolongar y su alteración puede afectar la comunicación de la vida diaria. En definitiva tener orientación y apoyo de cómo hacer frente a la experiencia adversa.

También afirma que existen multitud de teorías y enfoques que justifican la ayuda o consejo terapéutico. Cada una de ellas incide en aspectos distintos y defienden la puesta en marcha de habilidades y estrategias terapéuticas diferentes. Dentro de las diferentes teorías o escuelas de consejo terapéutico, todas plantean que el terapeuta debe contar con una serie de características y actitudes, las cuales son similares en la mayoría de ellas, y se consideran importantes en el establecimiento de una relación terapéutica efectiva. Con frecuencia las personas que consiguen prestar esta ayuda eficaz en la terapia, suelen conocer enfoques distintos de ayuda y ponen en juego una amplia gama de recursos en cada caso. En algunos, el clínico se puede mostrar cercano y abierto, mientras que con otro cliente puede presentar una imagen más distante, objetiva y menos cálida. Contar con diferentes estrategias permite al terapeuta seleccionar la respuesta adecuada al paciente en cada situación y variarla en cada campo de actuación.

La relación terapéutica es muy importante durante el proceso de la terapia. Constituye el principal medio para obtener y manejar los sentimientos e ideas

significativas que se persiguen para que cambie la conducta del cliente. Una relación terapéutica efectiva proporciona el ímpetu y la base para el éxito de las estrategias. Identificar actitudes y conductas propias que faciliten o interfieran en una relación terapéutica positiva (autoevaluación) de igual modo identificar aspectos sobre valores, ética y objetividad emocional que pueden afectar el desarrollo de una relación terapéutica.

Un aspecto fundamental de la situación terapéutica es la relación entre terapeuta y cliente. Esta puede definirse como los sentimientos y actitudes que los participantes en la terapia tienen entre sí y la manera en que los expresan. De acuerdo con Corbella, Fernández, Saúl, García y García (2008), definen una relación terapéutica o positiva como sentimientos de agrado, respeto y confianza por parte del cliente hacia el terapeuta combinados con sentimientos similares de parte de este hacia el cliente. Cuanto mejor sea la relación, más inclinado se mostrará el cliente a explorar sus problemas con el terapeuta y más probable será que colabore y participe activamente en los procesos de evaluación e intervención. Terapeuta y cliente deben experimentar un sentimiento de “nosotros” y constituir un equipo, una alianza en el trabajo conjunto hacia la consecución de los objetivos terapéuticos. Se han destacado tres componentes en esta alianza terapéutica: a) vínculo emocional positivo entre cliente y terapeuta, b) acuerdo mutuo sobre las metas de la intervención, y c) acuerdo mutuo sobre las tareas terapéuticas.

Cormier y Cormier (2006) y Bados y García (2011), mencionan que una relación positiva entre terapeuta y cliente es un predictor positivo de buenos resultados terapéuticos y contribuye sustancialmente a estos últimos. De todos modos, aunque se considera un elemento necesario, no es suficiente; en la gran mayoría de los casos se requiere además el empleo de técnicas específicas. Además, afirman que la relación terapeuta-paciente constituye el principal medio para obtener y manejar los sentimientos e ideas significativas del cliente, también porque con frecuencia determina si el consejo terapéutico se va a producir o no. Es evidente, que si no existe una relación terapéutica efectiva donde se

proporcione el ímpetu y la base para que las estrategias de intervención sean efectivas no se logrará una intervención exitosa.

Es evidente, que si no existe una relación terapéutica efectiva donde se proporcione el ímpetu y la base para que las estrategias de intervención sean efectivas no se logrará una intervención exitosa. Dentro de las habilidades que desarrolla un psicoterapeuta, una de las más importantes es la interacción con la otra persona. Esta interacción tiene que ser adecuada socialmente hablando y asertiva en todo el sentido de la palabra. Es a través de la interacción interpersonal que el psicoterapeuta consigue casi todas sus metas. El uso del tono de voz, miradas, retroalimentación, gestos y demás componentes verbales y no verbales hace que las posibilidades de ayudar o no ayudar al paciente mejoren considerablemente sin importar tanto la corriente teórica que maneja (Hidalgo y Abarca, 1990; Del Prette, Del Prette y Mendes, 1999;).

Son muchos los esfuerzos dirigidos a explorar y estudiar los factores que influyen en el establecimiento de una buena relación entre terapeuta y paciente que permita conseguir un buen resultado psicoterapéutico. La calidad de la relación terapéutica resulta ser un aspecto determinante para la eficacia de la terapia (Botella y Corbella, 2005; y Corbella 2008). Las habilidades interpersonales son valoradas en cualquier área de conocimiento por exigencia del propio mercado de trabajo en términos de requisitos profesionales. En el caso de la Psicología, las dificultades interpersonales y las dificultades relativas a la competencia social son aún más críticas, dado el carácter interpersonal de la actuación y del objeto de la intervención psicológica, asociado, en general, a problemas de naturaleza relacional o que afectan a las relaciones sociales. En consecuencia y consideradas las dificultades generalizadas en algunas conductas sociales entre los estudiantes de Psicología y el hecho de que las asignaturas de formación académica no objetivan, sistemáticamente, la adquisición de comportamientos sociales inherentes al ejercicio profesional (Del Prette, Del Prette y Mendes ; 1999)

Ahora bien Cormier y Cormier (2006) mencionan parte de las características afectivas que debe tener un terapeuta y estas son las siguientes:

La competencia intelectual: que son todos los conocimientos globales y adecuados de diversas áreas. En este apartado encontramos aspectos importantes como la energía ya que existen terapeutas pasivos y poco enérgicos que no inspirarán mucha confianza y seguridad a sus clientes. El dinamismo y la intensidad también son fundamentales pues inspiran seguridad y paran que el cliente colabore durante las sesiones.

Los buenos deseos que deben trabajar a favor de los clientes y no en beneficio de sí mismos. Involucrando también un comportamiento ético y responsable con los clientes.

El Conocimiento de sí mismos: este conlleva una interacción interpersonal efectiva que está influida por los sentimientos y actitudes que tenemos con respecto a nosotros mismos. (autoimagen negativa, competentes o válidos).

Apoyo: en donde el terapeuta apoya, pero no ofrece una protección incondicional, manteniendo un equilibrio justo entre el apoyo y la protección para evitar que se genere la dependencia del cliente y para evitar “rescatar” de su propio sistema de autoapoyo.

Competencia: tomando en cuenta que los sentimientos de competencia profesional pueden influir sobre la conducta observable y encubierta en las interacciones terapéuticas]; así los sentimientos de incompetencia pueden describirse como temor al fracaso o temor al éxito

Objetividad emocional: La relación terapéutica tiene el poder de invocar una intensidad emocional fuerte, a menudo experimentada tanto por el terapeuta como por el cliente. Si el terapeuta se muestra muy alejado o distante en la relación, el cliente lo puede interpretar como frío, mecánico y despreocupado.

Dentro de las condiciones facilitativas que Cormier y Cormier (2006) exponen, se encuentran las siguientes:

Empatía: Comprensión precisa.

Respeto: Atención positiva.

Genuidad: Congruencia.

Estos tres aspectos son respuestas facilitativas que ayudan a definir el rol del terapeuta; los terapeutas utilizan las conductas terapéuticas efectivas e intentan evitar las destrezas y conductas no efectivas y de este modo concreto demuestran a los clientes que disponen de toda su atención sin ninguna distracción personal o ambiental.

Haciendo referencia a lo que es la empatía se debe recordar que esta se define como la capacidad de comprender a las personas desde su propio marco de referencia en vez del correspondiente al terapeuta, esta ayudara a los terapeutas a conseguir el rapport y a obtener información de los clientes mostrándoles comprensión o atención.

Corbella, Fernández, Saúl, García y García (2008) mencionan que los medios verbales para la transmisión de la empatía son los siguientes:

Utilizar respuestas que transmitan sus conocimientos sobre los sentimientos del cliente. Centrándose en los sentimientos del cliente y definiéndolos o etiquetándolos.

Utilizar respuestas verbales que conducen o siguen los mensajes implícitos del cliente, implica también la comprensión de los pensamientos y perspectivas internas del cliente incluso cuando éstas no han sido verbalizadas.

Ser capaz de esclarecer los mensajes conscientes del cliente sino también los que permanecen justo debajo del nivel de conciencia.

Mostrar deseos de comprender: Transmitir el deseo de entender desde el marco de referencia del cliente, esfuerzos por comprender el mundo del cliente y por la clarificación y preguntas sobre las experiencias y sentimientos del cliente.

Tratar lo que es importante para el cliente: Captar los pensamientos y sentimientos del cliente, relacionados directamente a las preocupaciones del cliente.

Uso de respuestas verbales referentes a los sentimientos del cliente: Una forma de definir la empatía consiste en hacer afirmaciones verbales que reflejan los sentimientos del cliente.

En el desempeño de cualquier acto psicoterapéutico, el terapeuta debe de cumplir con una serie de acciones. Corbella, Fernández, Saúl, García y García (2008) mencionan que las funciones más significativas que Fernández y Álvarez (1998) han identificado se clasifican en diferentes dimensiones; instrucción, atención, expresión, operación e involucramiento; durante la práctica estas funciones se deben de llevar a cabo de manera integrada y en su conjunto deberán expresar disposiciones, rasgos y actitudes que todo terapeuta debe poner en evidencia durante el ejercicio profesional.

Para entender estas instrucciones que proponen, se abordan a continuación las dimensiones de estas: en lo instruccional se menciona la instalación ajuste del dispositivo terapéutico, Aquí los terapeutas deberán fluctúan entre rigidez y la flexibilidad. En la dimensión atencional es importante la selección de elementos necesarios que ayuden a avanzar en el trabajo terapéutico, en donde los terapeutas deberán fluctuar entre la focalización activa, abierta y receptiva. Respecto a la dimensión expresiva estos deben de relacionarse de manera afectiva con el paciente, aquí los terapeutas fluctúan entre próximos y distantes. La dimensión operacional consiste en el modo de cumplir con la tareas en donde los terapeutas deben fluctuar entre relajados y espontáneos y finalmente la dimensión involucrativa consiste en el compromiso bajo el modo en el que el terapeuta se involucra en su tarea aquí los terapeutas fluctúan entre muy comprometidos y poco comprometidos.

La llamada "Formación del terapeuta" es sin duda parte de la formación más relevante a la hora del desarrollo y permanencia de los diversos modelos psicoterapéuticos; dicha formación debe guardar coherencia, a lo menos, frente a sus propios conceptos de ser humano, definición de problema y cambio, los cuales parecen comunes en el abordaje clínico. Cruz (2009), menciona que la formación como terapeuta deberá tomar al menos tres niveles de formación:

Formación Teórica. Que asegure una coherencia en el quehacer terapéutico, así como también una forma de lograr un lenguaje común que permita representar la experiencia y transmitirla.

Formación Práctica. Donde pueda aprender desde el hacer, e integrar sus experiencias y reflexiones en una instancia de supervisión clínica.

Formación de la Persona del Terapeuta. Donde pueda asumir aquellos aspectos diferenciadores, personales y únicos del quehacer del terapeuta en formación.

Esta forma integral de aprender, tomando en consideración la formación teórica y práctica, además de incorporar el proceso personal del que está en formación, constituye lo que se conceptualiza como volverse competente. Según Corbella, Balmaña, Fernández, Ángel, Botella y García (2009), el terapeuta emprende sus acciones siguiendo los principios de un modelo genérico que se aplica a cualquier procedimiento un modelo teórico que le sirve para demarcar el dispositivo terapéutico que decide utilizar. En el cumplimiento de su tarea, el terapeuta se comunica con el paciente en múltiples niveles. En la comunicación que establece con el paciente combina formas estilísticas y modalidades singulares ajustadas a cada situación particular. Las características del estilo comunicativo del terapeuta van estructurando su perfil personal de operar en la terapia, incluyendo su manera de relacionarse con el paciente.

El estilo personal del terapeuta (EPT) ha sido definido como el conjunto de condiciones singulares que conducen a un terapeuta a operar de un modo particular en su tarea Corbella, Fernández, Saúl, García y García (2008), se refieren a las características habituales que cada terapeuta impone en su tarea como resultado de su peculiar manera de ser, más allá del enfoque de trabajo que utilice y de los requerimientos específicos que le exija la intervención.

Las funciones del estilo personal del terapeuta son las siguientes:

Instruccional. Instalación y ajuste del dispositivo terapéutico.

Atencional. Selección de los elementos necesarios para avanzar en el trabajo terapéutico. Los terapeutas fluctúan entre focalizados, activos y abiertos receptivos.

Operacional. Modo de cumplimiento de pautados (reglados, directivos) y espontáneos (intuitivos, no directivos).

Involucración (Compromiso). Modo en que el terapeuta se involucra en su tarea.

Es importante buscar ofrecer una visión lo más amplia posible del modo en que un terapeuta le imprime su sello personal a la manera e cumplir con su tarea.

El estilo del terapeuta se diferenciaría de las intervenciones por el aspecto más global y vinculado a los principios comunicativos del terapeuta, sin limitarse a las técnicas concretas empleadas. Corbella, Fernández, Saúl, García y García (2008), consideran que son tres las variables que contribuyen a la formación del estilo personal del terapeuta

a) La posición socio-profesional.

b) La situación vital, la personalidad, la actitud y los posicionamientos.

c) Los modos dominantes de comunicación que utiliza.

Las dos primeras variables aluden a condiciones personales que influyen sobre la actividad terapéutica en su conjunto. Una se refiere a la incidencia que tiene el lugar ocupado por el terapeuta en el contexto socio-profesional donde se desempeña.

Otra remite a la síntesis de las circunstancias vitales y de relación con el marco teórico que condicionan el modo de cumplir con su tarea. La tercera variable reúne las modalidades básicas de comunicación que él terapeuta emplea respondiendo a los diferentes aspectos que conforman el acto terapéutico.

Una perspectiva diferente acerca del terapeuta en formación, según Cruz (2009); debe abordar la búsqueda de desarrollo de competencias en psicoterapia, sino que también debe revisar aquellas creencias, emociones y conductas que estarán en escena a la hora de interactuar con su paciente. Este autor del mismo modo nos dice que desde la visión sistémica, la formación del terapeuta debe de responder a ciertas características que, se desprenden en el proceso formativo el cual deberá abordar aspectos que le permitan ampliar sus recursos.

Corbella, Fernández, Saúl, García y García (2008) exponen una perspectiva diferente a la de Cruz (2009), aludiendo que la formación teórico-práctica de los terapeutas sistémicos, debe englobar las siguientes distinciones:

Mejorar y ampliar el conocimiento del terapeuta en formación en áreas específicas de su trabajo. Obtener reconocimientos técnicos respecto al trabajo en diversos contextos.

Reducir sus distorsiones cognitivas, y al mismo tiempo ampliar sus marcos de referencia, asumir la necesaria reflexión acerca de las creencias y significados respecto así mismo, el cambio, y la psicoterapia. Teniendo oportunidades para cuestionar sus conocimientos y hacer surgir nuevos repertorios.

Mejorar sus habilidades como terapeuta, implementar el uso de recursos como el humor, la improvisación, el trabajo con el cuerpo y la voz, entre otros aspectos.

Ayudar al terapeuta en el manejo de casos, entregándole meta-observaciones, que le permiten una reformulación y

Que ayudan a concebir nuevas formas de trabajo y acción en terapia.

La eficiencia del terapeuta depende de diferentes enfoques dentro de estos múltiples enfoques creemos importante resaltar la capacidad para involucrarse con habilidades sociales sabiendo que el paciente puede percibir al terapeuta capaz de ayudarlo. Se han mencionado cualidades como la empatía, comprensión, calidez, aceptación incondicional, capacidad de persuasión y apoyo, bienestar

emocional general, congruencia, credibilidad y autenticidad. Estas características son relevantes en la medida que afectan la alianza terapéutica.

MÉTODO

PARTICIPANTES

Dos grupos naturales de 21 estudiantes de la FES Iztacala-UNAM que cursaron la práctica de psicología clínica, quienes fueron asignados aleatoriamente a una de dos condiciones; grupo de formación con manual, grupo de formación sin manual

INSTRUMENTOS

Registro de Comportamientos Socialmente Apropriados en Situaciones de Entrevista (RCESE). Se encuentra formado por 21 situaciones terapéuticas que demandan una competencia social por parte del terapeuta. Las evaluaciones que un observador hace se encuentran graduadas: (1) muy inapropiado; (2) inapropiado; (3) apropiado y; (4) muy apropiado. La confiabilidad entre observadores que se obtuvo fue del 90%

MATERIALES

Guías de entrevista, formatos de registro, cámara de video, video proyector, Manual de Habilidades Interpersonales para Terapeutas.

ESCENARIO

El estudio se llevó a cabo en el área de consultorios de la Clínica Universitaria de Salud Integral de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala UNAM

PROCEDIMIENTO

Se adaptó el modelo de Merrill para instruir a los estudiantes: problematizar, activar, demostrar, aplicar, e integrar.

FASES

FASE I. Definición y componentes de las habilidades sociales

FASE II. Habilidades básicas de interacción

FASE III. Establecimiento de habilidades interpersonales

FASE IV. Asertividad positiva

SITUACIONES DE ENTRENAMIENTO

El usuario:

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

Durante la entrevista inicial, llora reiterada e incontrolablemente.

Entra una llamada al celular del terapeuta

Entra una llamada al celular del paciente

La información brindada es contradictoria o inconsistente

Utiliza un lenguaje inapropiado (grosero) para referirse a las personas con las que tiene problemas

Manifiesta desconfianza en la capacidad del terapeuta para ayudarlo

Muestra actitudes de coqueteo

Hace preguntas personales inapropiadas

Se involucra en comportamientos inapropiados (fumar, tirar basura al piso, comer, etcétera)

Se altera cuando se le confronta o se le contradice

Usa un lenguaje ofensivo

Manifiesta un desacuerdo

Propone metas poco viable

Manifiesta su deseo de abandonar la terapia

Demanda información sobre las personas involucradas en el problema

Falta a la sesión sin previo aviso

Comenta que se siente incómodo con la forma de trabajar.

Llega tarde a la sesión de manera reiterada

Hacia el final de la sesión insiste en seguir platicando

No ha cumplido con las tareas

Instrumentos de evaluación.

La base de datos contiene las respuestas de los estudiantes a dos instrumentos:

A. Escala de Comportamientos Socialmente Apropriados. (BASE ELTE)

Consta de 21 reactivos que presentan situaciones terapéuticas, con dos dimensiones de respuesta. La dimensión a involucra comportamientos socialmente apropiados, la dimensión b involucra comportamientos socialmente inapropiados. El estudiante valora en una escala de 1 (muy inapropiada) a 5 (muy apropiada) el comportamiento del terapeuta en estas dimensiones.

B. Inventario de competencia para la conducta asertiva.

Consta de 25 reactivos que presentan situaciones sociales. Las respuestas están en dos dimensiones. La dimensión “grado de malestar o nerviosismo” que va de ninguno (1) a muchísimo (5); y la dimensión “probabilidad de respuesta” que va de 1 (siempre lo hago) a 5 (nunca lo hago)

MUESTRA

La muestra intencional de 53 estudiantes, 7 hombres y 46 mujeres, cursaron la práctica de psicología clínica del octavo semestre de la carrera de psicología de la Facultad de Estudios Superiores Iztacala. Agrupados en equipos de trabajo pertenecientes a los grupos naturales 2801, 2803, 2805, 2809, 2811, 2851, 2853 y 2855.

RESULTADOS

Se llevaron a cabo los análisis de confiabilidad de los instrumentos:

□ La Escala de Comportamientos Socialmente Adecuados obtuvo un coeficiente $\alpha = .703$ El Inventario de Competencia para la Conducta Asertiva obtuvo un coeficiente $\alpha = .916$

□ El examen objetivo de conocimientos consta de 43 reactivos y ha sido, juceado y calibrado. De él se tomaron 19 reactivos que evaluarán tanto conocimiento conceptual como procedimental (Peñalosa, 2008)

Se obtuvieron inicialmente los estadísticos descriptivos para ambos grupos, experimental y control, en la variable de conocimientos sobre el modelo teórico:

condición		N	media	S. D.	Varianza
experimental	porpre	21	42.3810	8.99153	80.848
	porpost	21	46.0952	13.65981	186.590
	Valid N (listwise)	21			
control	porpre	21	50.0476	9.05249	81.948
	porpost	21	48.4286	9.47930	89.857
	Valid N (listwise)	21			

Cuando analizamos por separado los grupos experimental y control, aplicando una prueba t para una sola muestra, sí encontramos diferencia significativa entre el pretest y el post test:

One-Sample Test^a

	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
porpre	25.335	20	.000	50.04762	45.9270	54.1683
porpost	23.412	20	.000	48.42857	44.1136	52.7435

a. condicion = control

One-Sample Test^a

	Test Value = 0					
	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	95% Confidence Interval of the Difference	
					Lower	Upper
porpre	21.600	20	.000	42.38095	38.2881	46.4738
porpost	15.464	20	.000	46.09524	39.8774	52.3131

a. condicion = experimental

Que atendiendo a la media reportada anteriormente, observamos una mejora en la ejecución en la prueba de conocimientos del grupo experimental (de m=42.3 a m=46.0)

One-Sample Statistics(a)

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
porpre	21	42.3810	8.99153	1.96211
porpost	21	46.0952	13.65981	2.98082

a condicion = experimental

Mientras que en el grupo control encontramos un decremento en el porcentaje promedio de respuestas correctas:

One-Sample Statistics(a)

	N	Mean	Std. Deviation	Std. Error Mean
porpre	21	50.0476	9.05249	1.97542
porpost	21	48.4286	9.47930	2.06855

a condicion = control

Competencia Social:

Los valores promedio inicialmente obtenidos a través del Inventario de Competencia para la Conducta Asertiva fueron:

Descriptive Statistics

condicion		N	Mean	Std. Deviation	Variance
experimental	MOLESTIA	21	45.8571	11.62018	135.029
	Probabilidad de respuesta	21	61.5238	17.35978	301.362
	Valid N (listwise)	21			
control	MOLESTIA	32	44.4375	10.72813	115.093
	Probabilidad de respuesta	32	57.2187	11.82598	139.854
	Valid N (listwise)	32			

Se nota un grado promedio de molestia mayor en el grupo experimental que en el grupo control. Sin embargo, siendo el puntaje mínimo para la dimensión de grado de molestia 25 y el máximo 125, los promedios corresponderían a un grado de molestia moderado.

En lo que se refiere a la probabilidad de responder de acuerdo al reactivo, el grupo control reportó una probabilidad promedio mayor que el experimental, como se muestra en la tabla; pues aún cuando la media es menor, la escala del inventario le asigna el valor mínimo a “siempre lo hago” y el máximo a “nunca lo hago”

Descriptive Statistics

condicion		N	Mean	Std. Deviation	Variance
experimental	Probabilidad de respuesta	21	61.5238	17.35978	301.362
	Valid N (listwise)	21			
control	Probabilidad de respuesta	21	57.0000	12.92672	167.100
	Valid N (listwise)	21			

Se aplicó una prueba t para muestras independientes y se encontró que las diferencias en el comportamiento asertivo del grupo control y del experimental no eran estadísticamente significativas.

Un hallazgo interesante fue la correlación entre la ejecución académica y el comportamiento asertivo. El coeficiente de pearson obtuvo un valor de $-.357$, estadísticamente significativo al nivel de probabilidad de 0.05; aparentemente entre mejor es la ejecución académica, el nivel de probabilidad de respuesta asertiva es menor.

Actitudes hacia el comportamiento del terapeuta. (Escala de Comportamientos Socialmente Apropriados en Situaciones de Entrevista)

Con la cautela que exige el caso del instrumento que desarrollamos, pues no se encuentra validado y la confiabilidad que obtuvo en este estudio fue del 70% como se mencionó, los resultados muestran que los estudiantes del grupo experimental distinguieron correctamente los comportamientos socialmente inadecuados del terapeuta, en comparación con los estudiantes del grupo control:

Independent Samples Test									
		Levene's Test for Equality of Variances		t-test for Equality of Means					
		F	Sig.	t	df	Sig. (2-tailed)	Mean Difference	Std. Error Difference	95% Confidence Interval of the Difference
socialmente apropiados	Equal variances assumed	.026	.873	.215	51	.830	.47321	2.19839	-3.94023 4.88666
	Equal variances not assumed			.213	41.358	.832	.47321	2.22222	-4.01347 4.95990
inadecuadas ¹	Equal variances assumed	1.783	.188	-2.019	51	.049	-4.82292	2.38845	-9.61793 -.02791
	Equal variances not assumed			-1.912	35.123	.064	-4.82292	2.52210	-9.94241 -.29658

Se encontró diferencia significativa entre el pre y el post de ambas condiciones, en relación con las actitudes frente al comportamiento socialmente apropiado:

Test Statistics ^b			apropiados post - socialmente apropiados
condición			
experimental	Z		-2.890 ^a
	Asymp. Sig. (2-tailed)		.004
control	Z		-2.372 ^a
	Asymp. Sig. (2-tailed)		.018

a. Based on negative ranks.

b. Wilcoxon Signed Ranks Test

Mientras que en el caso del comportamiento socialmente inadecuado del terapeuta, solo el grupo control mostró cambios significativos del pre al post:

Test Statistics(c)			IMPROPI OS2 - inadecuadas1
condición			
experimental	Z		-.070(a)
	Asymp. Sig. (2-tailed)		.945
control	Z		-2.615(b)
	Asymp. Sig. (2-tailed)		.009

a. Based on negative ranks.

b. Based on positive ranks.

c. Wilcoxon Signed Ranks Test

Siendo las medias de ambos grupos:

Descriptive Statistics

condición		N	Minimum	Maximum	Mean	Std. Deviation	Variance
experimental	socialmente apropiados	21	62.00	97.00	82.2857	8.06934	65.114
	inadecuadas1	21	29.00	72.00	51.3333	9.80986	96.233
	apropiados post	21	72.00	103.00	88.3333	8.82232	77.833
	IMPROPIOS2	21	33.00	68.00	51.6190	9.95729	99.148
	Valid N (listwise)	21					
control	socialmente apropiados	20	64.00	95.00	80.0500	8.00970	64.155
	inadecuadas1	20	46.00	70.00	57.5000	7.32336	53.632
	apropiados post	20	68.00	104.00	87.4000	10.43476	108.884
	IMPROPIOS2	20	29.00	71.00	50.6000	10.45492	109.305
	Valid N (listwise)	20					

Se puede establecer que el grupo experimental mejoró su apreciación de los comportamientos socialmente adecuados del terapeuta (media inicial= 82.2; media final=88.3). Sin embargo su percepción de los comportamientos socialmente inadecuados no cambió (media inicial 51.3; media final= 51.6)

Por otro lado, el grupo control no solamente mejoró su apreciación de los comportamientos socialmente adecuados del terapeuta (mi=80; mf=87.4) sino que también incrementó su valoración negativa respecto de los comportamientos socialmente inadecuados (mi= 57.5; mf=50.6)

Con la finalidad de explorar la posible relación de las apreciaciones sobre el comportamiento del terapeuta y el conocimiento del modelo teórico, se llevó a cabo un análisis de correlación:

Correlations

		inapropiados1	pretest
inapropiados1	Pearson Correlation	1	.337(*)
	Sig. (2-tailed)		.029
	N	42	42
pretest	Pearson Correlation	.337(*)	1
	Sig. (2-tailed)	.029	
	N	42	42

* Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Se observa en la fase de pretest una relación pequeña pero significativa entre ambos.

CONCLUSIONES

Una actuación profesional competente requiere entre otras cosas, habilidades interpersonales para trabajar en grupo, hablar en público, resolver problemas, tomar decisiones, mediar conflictos y promover el desarrollo y aprendizaje de otros. En el caso de los futuros psicólogos clínicos, fomentar las habilidades sociales y asertivas permitirá además crear una buena relación psicólogo-paciente y aumentar así la adherencia al tratamiento, la motivación del paciente y en último término, aumentar la eficacia del tratamiento. Asimismo, contar con instrumentos que ayuden a la evaluación inicial de dichas competencias en el contexto específico de la entrevista, permite, construir programas de formación que las vayan estableciendo paulatinamente, de manera consistente con el marco de habilidades interpersonales. En este estudio se probó que el Manual de Habilidades Interpersonales puede ser una herramienta útil en la formación de terapeutas conductuales. A pesar de que los resultados no muestran contundencia en la demostración de esta afirmación, si se puede decir que resulta alentador que existe diferencia entre los dos grupos, aunque esta diferencia no fue tan grande. Una de las razones por las cuales dicha diferencia no fue tan grande, es que los profesores tienen su propio estilo de impartir la materia, lo cual hace que, a pesar de que en unos grupos se impartió con el manual y en otros no, el estilo sigue siendo el mismo (Baños, 2005). Este es uno de los problemas de la investigación aplicada, donde el número de variables es tan grande que difícilmente se pueden controlar todas.

En un trabajo presentado anteriormente, se presentan también algunas de las razones por las cuales no existió esta diferencia tan grande entre los dos grupos (Vargas Flores, Ibáñez Reyes y Landa Durán, 2011), por lo solo habría que agregar la importancia de utilizar un material como el manual que ahora se presenta.

La enseñanza de la psicología clínica sigue siendo muy compleja. Las habilidades que se tienen que enseñar estarán determinadas tanto por el marco teórico que el profesor maneja como por las preferencias del alumno. Unos opinan que la psicoterapia no se puede enseñar dado que es un arte, mientras que otras

opinan que se pueden desglosar el conjunto de comportamientos y habilidades que son necesarias para ser un buen terapeuta. La discusión sigue en el aire, pero será la investigación la que dé la última palabra.

Bibliografía

Bados, L.A. y García, G.E. (2011). Características personales Generales para ser terapeuta. 2-5. Habilidades Terapéuticas.

Baños, J.E. (2005) Cómo fomentar las competencias transversales en los estudios de Ciencias de la Salud: una propuesta de actividades. **Educación Médica**, **8**,(4), 216-225.

Botella, L. y Corbella, S. (2005). Neurobiología de la autorregulación afectiva, patrones de apego y compatibilidad en la relación terapeuta-paciente. **Revista de Psicoterapia**, **61**, 77-104.

Corbella, S., Balmaña, N. Fernández, A. H., Ángel, S.L., Botella, L., García, F. (2009). Estilo personal del terapeuta y teoría de la mente. **Revista Argentina de Clínica Psicológica**. **17**. 125-133

Corbella, S., Fernández, A., Saúl, G.L., García, F., García, del C. (2008). Estilo personal del terapeuta y dirección de intereses. *Apuntes de Psicología*. **26**. 281-289.

Cormier, W. H., Cormier, L. S. (2006). **Estrategias de entrevistas para terapeutas**. Bilbao, España :Desclée de Brouwer

Cormier, W.H., y Cormier, S. (2000) **Estrategias de entrevista para terapeutas**. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Cruz Fernández, J. (2009). Enfoque Estratégico y Formación de Terapeutas. *Terapia Psicológica*, **27**, 129-142

Del Prette, A., Del Prette, Z. A., Mendes, B.M. (1999). Habilidades sociales en la formación profesional del psicólogo: análisis de un programa de intervención. **Psicología Conductual**. **7**(1). 27-47.

Espada, J., Olivares, J. y Méndez, F. (2004) **Terapia Psicológica: casos prácticos**. Madrid: Ediciones Pirámide

- Fernández, Z.M. (2008). Habilidades Terapéuticas en terapia del lenguaje. Relación terapeuta-paciente. **Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología**. **28**(1). 34-45
- Gavino, A. (2000) **Guía de Ayuda al Terapeuta Cognitivo-Conductual**. Madrid: Ediciones Pirámide
- Hidalgo, C. H. y Abarca, N. M. (1990). Desarrollo de habilidades sociales en estudiantes universitarios. *Revista Latinoamericana de Psicología*, **22**, 265-282.
- Hill, C., Stahl, J. y Roffman, M. (2007) Training novice psychotherapists: helping skills and beyond Psychotherapy. *Theory, Research, Practice, Training* by the American Psychological Association, **44**, 4, 364–370.
- Cruz Fernández J. P. (2009) Enfoque Estratégico y Formación de Terapeutas. **Terapia Psicológica**, **27**, (1) 129-142
- Kelly J.A. (2000) **Entrenamiento de las habilidades sociales: guía práctica para intervenciones**. Bilbao: Descleé de Brower.
- Luca de Tena C., Sureda-García I. y Rodríguez R.I. (2001) **Programa de Habilidades Sociales en la Enseñanza Secundaria Obligatoria ¿Cómo puedo favorecer las habilidades sociales de mis alumnos?** Málaga: Aljibe.
- Moreno, J. (2006). El aprendizaje de ser terapeuta.
www.escuelasistemica.com.ar/publicaciones/articulos/16.pdf
(Recuperado en septiembre 2010).
- Ovejero Bernal A. (1990) Las habilidades sociales y su entrenamiento: Un enfoque necesariamente social. **Psicothema**, **2**, (2), 93-112.
- Peñalosa Castro E. y Landa Durán P. (2008) Objetos de aprendizaje: una propuesta de conceptualización, taxonomía y metodología. **Revista Electrónica de Psicología Clínica**. **11** (3) 19-49.
- Vargas Flores J., Ibáñez Reyes E. y Landa Durán P. (2011). Estudio comparativo de entrenamiento de habilidades interpersonales para terapeutas. **Revista Electrónica de Psicología de Iztacala**. **14** (3) 117-128.