

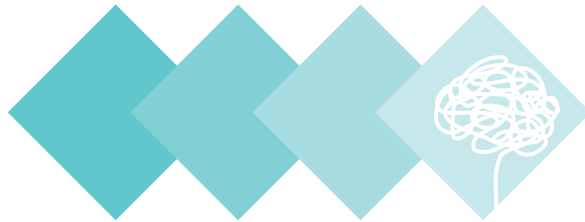
ENTREVISTA CONDUCTUAL: Pautas y recomendaciones para psicólogos en formación

Dra. Ana Leticia Becerra Gálvez
EDITORA



FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

ENTREVISTA CONDUCTUAL: Pautas y recomendaciones para psicólogos en formación



Dra. Ana Leticia Becerra Gálvez
EDITORA

Universidad Nacional Autónoma de México
Facultad de Estudios Superiores Zaragoza



Datos para catalogación bibliográfica

Dr. Vicente Jesús Hernández Abad
Director

Editora: Dra. Ana Leticia Becerra Gálvez.

Dra. Mirna García Méndez
Secretaría General

**Entrevista conductual:
Pautas y recomendaciones para psicólogos en formación.**

Dr. José Luis Alfredo Mora Guevara
Secretario de Desarrollo Académico

UNAM, FES Zaragoza, diciembre de 2022.

CD. Yolanda Lucina Gómez Gutiérrez
Secretaría de Desarrollo Estudiantil

Peso: 18 MB.

Mtro. Luis Alberto Huerta López
Secretario Administrativo

ISBN: 978-607-30-7105-5.

Dra. María Susana González Velázquez
**Jefa de la División de Planeación
Institucional**

Diseño de portada: Carlos Raziel Leños Castillo.

Formación de interiores: Claudia Ahumada Ballesteros.

Dra. Rosalva Rangel Corona
Jefa de la División de Vinculación

La presente obra es resultado del proyecto: Entrevista clínica conductual en estudiantes de psicología: diseño de materiales digitales para el entrenamiento online. Trabajo realizado con el apoyo del Programa UNAM-DGAPA-PAPIME PE300521.

Dr. David Nahum Espinosa Organista
**Jefe de la División de Estudios de
Posgrado e Investigación**

Este libro fue dictaminado y aprobado a través del Comité Editorial de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza y se aprobó en septiembre de 2022, oficio CEFES-Z-101/2022.

Lic. Carlos Raziel Leños Castillo
**Jefe del Departamento de Diseño
Editorial y Comunicación Gráfica**

Se agradece a los miembros de la comunidad académica que participaron en la revisión por pares de esta obra:

1. Dra. Blanca Inés Vargas Núñez - FES Zaragoza UNAM.
2. Dra. Sandra Angélica Anguiano Serrano - FES Iztacala UNAM.
3. Dra. Carime Hagg Hagg - Coordinación Gral. de Estudios de Posgrado UNAM.
4. Dra. María de Lourdes Rodríguez Campuzano - FES Iztacala UNAM.
5. Dra. Bertha Ramos del Río - FES Zaragoza UNAM.

DERECHOS RESERVADOS

Queda prohibida la reproducción o transmisión total o parcial del texto o las ilustraciones de la presente obra bajo cualesquiera formas, electrónicas o mecánicas, incluyendo fotocopiado, almacenamiento en algún sistema de recuperación de información, dispositivo de memoria digital o grabado sin el consentimiento previo y por escrito del editor.

**Entrevista conductual:
Pautas y recomendaciones para psicólogos en formación.**

D.R. © Universidad Nacional Autónoma de México
Av. Universidad # 3000, Col. Universidad Nacional Autónoma de México, C.U.,
Alcaldía Coyoacán, C.P. 04510, Ciudad de México, México.

Facultad de Estudios Superiores Zaragoza
Av. Guelatao # 66, Col. Ejército de Oriente,
Alcaldía Iztapalapa, C.P. 09230, Ciudad de México, México.

Tabla de contenidos



| | | |
|-------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|
| | Prólogo | 9 |
| CAPÍTULO 1 | Evaluación conductual: revisión a las bases teóricas, fases y componentes <i>Ana Leticia Becerra Gálvez, Isaías Vicente Lugo González</i> | 13 |
| CAPÍTULO 2 | Entrevista Conductual: elementos y pautas para la valoración de un problema psicológico <i>Ana Leticia Becerra Gálvez, Leonardo Reynoso Erazo</i> | 35 |
| CAPÍTULO 3 | Elaboración del Análisis Funcional de la Conducta (AFC): consideraciones y advertencias <i>Ana Leticia Becerra Gálvez, Isaías Vicente Lugo González</i> | 71 |
| CAPÍTULO 4 | Interacción verbal en la entrevista conductual: las funciones y sus efectos en el comportamiento del usuario <i>Ana Leticia Becerra Gálvez</i> | 87 |
| CAPÍTULO 5 | Elaboración de la historia y expediente clínico en la Práctica Supervisada <i>Gabriel Martín Villeda Villafaña, Gabriela Carolina Valencia Chávez, Ana Leticia Becerra Gálvez</i> | 99 |
| CAPÍTULO 6 | Práctica supervisada: guía para docentes y entrevistadores en formación <i>Verónica Ruiz González, Ana Leticia Becerra Gálvez</i> | 117 |

Profesores colaboradores -en el Proyecto PE300521



Dra. Ana Leticia Becerra Gálvez
Responsable

Mtro. Leonardo Reynoso Erazo

Dr. Isaías Vicente Lugo González

Mtra. Verónica Ruiz González

Dra. Gabriela Carolina Valencia Chávez

Mtro. Gabriel Martín Villeda Villafaña

Reseñas curriculares



Dra. Ana Leticia Becerra Gálvez

Editora

Licenciada y maestra en psicología con residencia en medicina conductual por la Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Doctora en Psicología por la Universidad de las Américas, Ciudad de México. Profesora asociada “C” de tiempo completo en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza en el área de psicología clínica y de la salud. Supervisora y tutora en la maestría en psicología con residencia en medicina conductual de la FESI-UNAM. Colaboradora y responsable en diversos proyectos de PAPIME desde 2007 a la fecha. Consultora de la Entidad de las Naciones Unidas en México, ONU-Mujeres. Docente en cursos y diplomados en terapia cognitivo-conductual. Autora de artículos publicados en revistas nacionales e internacionales. Coordinadora de las obras *Medicina Conductual: Teoría y Práctica* (2014) y *Medicina Conductual: avances y perspectivas* (2021). Coautora del libro *Trastorno de estrés postraumático en adultos. Intervención cognitivo conductual para víctimas de sismos* (2019). Miembro del Sistema Nacional de Investigadores (SNI) nivel I.

Mtro. Leonardo Reynoso Erazo

Médico cirujano y maestro en modificación de conducta por la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Miembro de la *Society of Behavioral Medicine*, de la *American Psychological Association*, de la *Society for Neuroscience* y de la Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta (SMAC). Coordinador de la residencia en Medicina Conductual de la FES Iztacala UNAM. Es autor, entre otros, de los siguientes libros: *Cuide su corazón*, *Psicología y Salud*, *Psicología clínica de la salud: un enfoque conductual*, *Electrocardiografía*, *Sistema Cardiovascular*, *Diabetes tipo 2 en niños: alternativas de prevención*, *Hipertensión arterial: Manual de intervenciones en actividad física, alimentación y solución de problemas para niños*, *Medicina Conductual: teoría y práctica*, *Medicina Conductual: avances y perspectivas* y *Trastorno de estrés postraumático en adultos. Intervención cognitivo conductual para víctimas de sismos* (2019).



Dr. Isaías Vicente Lugo González

Licenciado, maestro y doctor en psicología, especialista en Medicina Conductual por la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México (FESI-UNAM). Profesor de asignatura a nivel licenciatura y posgrado en la FESI-UNAM. Ha sido docente a nivel privado y, actualmente, es profesor de la licenciatura en psicología, en la residencia en Medicina Conductual, en la especialización en Enfermería Nefrológica y en la Especialización en Enfermería y Salud Laboral. Autor de 17 artículos y cinco capítulos de libro. Coautor del libro *Trastorno de estrés postraumático en adultos. Intervención cognitivo conductual para víctimas de sismos* (2019).

Mtra. Verónica Ruiz González

Licenciada en psicología por la Facultad de Psicología de la UNAM. Maestría en Psicología con Residencia en Psicoterapia Infantil (2002-2004) de la Facultad de Psicología, UNAM. Jefa del centro de servicios psicológicos “Dr. Guillermo Dávila” y ex jefa del Centro comunitario “Dr. Julián Mac Gregor y Sánchez Navarro”. Tutora y supervisora en la Residencia en Psicoterapia Infantil del Programa de Maestría de la Facultad de Psicología, UNAM. Profesora de asignatura B definitiva en la División de Investigación y Posgrado de la Facultad de Psicología, UNAM. Doctorado en Psicología (2019-en proceso) en Universidad de las Américas A. C. Participación en proyectos PAPIME: PE308220. *Desarrollo de competencias profesionales en psicología clínica a través de programas de práctica supervisada*. (2020 a la fecha). PAPIME PE310519. *Buenas prácticas en evaluación psicológica*. Asistente de congresos nacionales e internacionales. Directora de nueve tesis de licenciatura, 19 de maestría y 22 servicios sociales dirigidos.

Dra. Gabriela Carolina Valencia Chávez

Profesora de Tiempo Completo Asociado C interino en el programa de licenciatura de la FES Zaragoza de la UNAM. Ocupa el cargo de Jefa de la Carrera de Psicología. Inició su actividad curricular obteniendo el título de Licenciada en Psicología en la FES-Zaragoza UNAM. Realizó los estudios de Maestría en el Programa de Maestría y Doctorado en Psicología en el campo de Medicina Conductual. Recibió de la Secretaría de Salud Subsecretaría de Innovación y Calidad el diploma de especialización en Medicina Conductual, y el grado de Doctora en Psicología en el área Psicología Social y Ambiental. Es autora y/o coautora de artículos y capítulos de libros especializados. Ha participado en proyectos PAPIIT y PAPIME.



Mtro. Gabriel Martín Villeda Villafaña

Licenciado en psicología por la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM. Es maestro en psicología con residencia en Neuropsicología Clínica. Cuenta con un diplomado en Cultura de la Legalidad y Prevención del Delito, UNAM. Actualmente está realizando estudios de Doctorado en Neurociencias de la Conducta en la Facultad de Psicología de la UNAM. Profesor y coordinador del área de Psicología Clínica y de la Salud de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. Ha presentado diversas ponencias y talleres en congresos nacionales e internacionales especializados, así como, en diversas instituciones educativas y de salud. Ha fungido como par evaluador de artículos científicos para publicaciones de psicología en revistas nacionales e internacionales, como la revista *Behavior & Law Journal* y la *Revista Electrónica de Psicología* de la FES Zaragoza-UNAM donde también es parte del comité editorial.

Prólogo



En el proceso formativo del estudiantado de la carrera de psicología, se espera que adquieran habilidades y competencias para la vida, pero también que puedan responder a las demandas del contexto social. A la revisión de los planes de estudio de las tres entidades de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) en las cuales se imparte la licenciatura en psicología -y muy probablemente en otras instituciones académicas del país- se espera que los egresados desarrollen habilidades para la evaluación, medición, prevención e intervención en diferentes ámbitos; clínico, de la salud, organizacional, social y educativo.

En un primer momento, se espera que adquieran conocimiento de las bases filosóficas y epistemológicas que le dan sustento a las distintas tradiciones psicológicas. Posteriormente, en las etapas de formación práctica y profesionalizante, descubren los mecanismos y procedimientos de evaluación e intervención según corresponda con el ámbito y la tradición psicológica de su interés. Sea cual sea el área que elija el alumnado, un recurso fundamental en el proceso de evaluación es la entrevista. Específicamente en el ámbito clínico y de la salud, la entrevista figura como el cimiento de la evaluación y por ende es pieza clave en la formulación de un caso y en la elección de un plan de tratamiento eficaz que dé respuesta a una problemática psicológica.

Es por lo anterior, que un grupo de profesores de la UNAM nos hemos fijado como meta desarrollar esta obra, con la intención de apoyar a los alumnos interesados en el proceso de evaluación (específicamente en la entrevista conductual) y así, desenvolverse en el ámbito clínico y de la salud desde un enfoque cognitivo-conductual.

En la denominada práctica supervisada ya sea en su forma básica o avanzada, el entrenamiento en la ejecución de la entrevista conductual se ha vuelto una necesidad por varios motivos: 1) la revisión teórica de la temática no es suficiente cuando se trata de la atención de personas que requieren apoyo psicológico, 2) es indispensable que los psicólogos en formación aprendan haciendo, pues conocer las bases teóricas de la entrevista no necesariamente significa que puedan implementarla eficazmente y resolver problemas y 3) es tarea del docente garantizar una práctica ética bajo su supervisión, por lo tanto, tienen



que garantizar que sus aprendices son hábiles en la entrevista y consecuentemente, en la implementación de un tratamiento psicológico.

A lo largo de los capítulos daremos un recorrido por las bases teóricas del proceso de la evaluación conductual para posteriormente, en el capítulo dos hablar de los elementos, fases y actividades que se llevan a cabo en una entrevista conductual para la evaluación de un problema, tema central de esta obra.

En el capítulo tres se hablará de otro elemento fundamental posterior a la entrevista conductual, el Análisis Funcional de la Conducta. En este apartado se describe su importancia, los pasos para elaborarlo y los aspectos que no deben perderse de vista al confeccionarlo. En el capítulo cuatro se habla de los efectos y funciones que tiene la interacción terapéutica bajo el Sistema de Categorización de la Conducta Verbal del Terapeuta, desarrollado por la Dra. María de Xesús Froxán Parga y su equipo de trabajo, a los que agradecemos tan importante aportación a la psicología clínica conductual.

En el capítulo cinco se exponen las maneras en las que debe elaborarse la historia y expediente clínicos una vez recabada la información a lo largo de las entrevistas. Finalmente, en el capítulo seis se comentan algunos consejos relacionados a la práctica supervisada. Se habla de las herramientas más útiles para entrenar en la entrevista conductual desde un marco profesional y ético, así como, recomendaciones para el docente a cargo de la supervisión.

Deseamos que el libro estimule al lector a saber más acerca de este tema y que a su vez, se realicen más investigaciones sobre el proceso de evaluación conductual, la entrevista y el diseño de tratamientos para un único sujeto, temas que deben recuperarse con urgencia en las comunidades científicas que están cada vez más sumergidas en las prácticas basadas en evidencia.

Agradecemos a nuestros familiares, amigos y alumnos por que a partir de ellos y para ellos es este libro, que se elaboró con la intención de dejar una pequeña huella en nuestra *alma máter* y en otras instituciones nacionales e internacionales. Dedico esta compilación al pequeño Saúl, mi hijo y acompañante de trabajo, juegos y otras aventuras.



Comentarios adicionales:

* A lo largo de esta obra se plantean y exponen diferentes alternativas y recomendaciones para llevar a cabo una entrevista conductual, solucionar problemas emergentes en la interacción y propiciar las mejores prácticas en dicho encuentro, pese a ello, se reconoce que existen otros materiales que abordan la temática a mayor detalle, por lo que, bien valdrá la pena que el lector los consulte.

**Las pautas y recomendaciones que se exponen en esta obra son para llevarse en la interacción presencial. Dadas las condiciones actuales y en respuesta a las demandas psicosociales que nos ha traído la pandemia por la COVID-19, confiamos en que gran parte de ellas se puedan trasladar y ajustar de forma eficaz en una interacción remota (*online*).

*** Al final de cada capítulo se expresa una guía de advertencias, la cual obedece a pautas/ indicaciones o recomendaciones que deben de atenderse con base en el color del foco como se observa a continuación:



No emplear



**Emplear con
moderación**



**Emplear en todas
las ocasiones**

****Con base en el documento titulado *Herramientas para una docencia igualitaria, incluyente y libre de violencias* publicado en 2021 por la Coordinación para la Igualdad de Género (CIGU) de la UNAM y con el objetivo de usar un lenguaje incluyente y no sexista, se advierte lo siguiente; a lo largo de la obra, se empleará el masculino genérico para referirnos a ciertos grupos de personas, por ejemplo, “el usuario”, “los usuarios”, “el terapeuta” o “los terapeutas” y “el supervisor/res”. En otros casos se emplearán los sustantivos colectivos neutros con el fin de no contravenir las normas gramaticales, esto bajo la premisa de que el uso de la “x” y “e” son opcionales y no normativas. Los autores de esta obra estamos a favor de visibilizar la existencia de las mujeres, los hombres y personas que no se identifiquen con un género, también abogamos por la igualdad entre las personas, motivo por el cual, enunciamos este punto de inicio a la lectura.



***** En algunas publicaciones, el apellido de la Dra. Froxán está escrito de diferentes formas, por ejemplo: Frojan o Froján, sin embargo, todos los recursos citados en esta obra pertenecen a su trabajo a pesar de esta diferencia.

***Dra. Ana Leticia Becerra Gálvez
Ciudad de México, 2022.***

Capítulo 1

Evaluación Conductual: revisión a las bases teóricas, fases y componentes

Ana Leticia Becerra Gálvez
Isaías Vicente Lugo González



Introducción

En la actualidad existen diversos tipos de paradigmas de evaluación psicológica y, en consecuencia, se entiende de forma diferente un problema y su abordaje. A pesar de dichas diferencias, la evaluación es uno de los elementos más importantes cuando se trata de dar solución a los problemas de un usuario en el contexto clínico.

El proceso de evaluación varía dependiendo de la tradición psicológica a través del cual se haya desarrollado el análisis conceptual y metodológico (Haynes et al., 2011), y es a partir de este proceso que el psicólogo clínico genera ideas e hipótesis sobre el origen y el mantenimiento de un problema, así como, de la terapéutica a emplear.

Para Haynes y O'Brien (2000) y Fernández-Ballesteros (2013) algunos ejemplos de paradigmas de evaluación en psicoterapia son: la evaluación psicodinámica-proyectiva, la evaluación de la personalidad, también llamada evaluación tradicional cuyo elemento de análisis son los signos-rasgos de la personalidad, la evaluación intelectual/cognitiva, la evaluación de los sistemas familiares (elemental en la Terapia Sistémica), la evaluación neuropsicológica, la evaluación biomédica-psiquiátrica y por supuesto, la evaluación conductual, tema central de este capítulo. El objetivo de este capítulo es ofrecer al lector una descripción de los elementos y pasos que constituyen el proceso de Evaluación Conductual (EC) en el contexto clínico.



Conceptualización de la evaluación conductual ¿proceso o producto?

La EC es un proceso basado en el método científico cuyo objetivo es planificar un tratamiento psicológico (Muñoz, 2008). Este proceso incluye la identificación y evaluación de conductas problemáticas, ideas e hipótesis sobre la importancia relativa de estas conductas, las variables que controlan o las causan, los mecanismos de acción causal y los mejores métodos para obtener datos y recopilar evidencia psicométrica (Fernández-Ballesteros, 2001; Haynes et al., 2011).

La EC implica una valoración sistemática (organizada por pasos y normas que se presentan consecutivamente), una valoración multinivel del comportamiento (identificación de la respuesta en sus niveles, motor, verbal y fisiológico) y una valoración multimetódica ya que se emplean distintas metodologías como entrevistas y registros para conocer al individuo (Fernández-Ballesteros, 2001; Haynes et al., 2011). La EC también reconoce la utilidad de inventarios y pruebas de evaluación validados, sin embargo, siempre centra una mayor relevancia a las variables ambientales, sociales y cognitivas (respuestas verbales encubiertas), las cuales son esenciales en la variación del comportamiento (Díaz et al., 2012; Haynes & O'Brien, 2000; Sturmey, 2008).

Para Phares y Trull (2002) la EC se encarga de analizar las tendencias del comportamiento que se presentan en situaciones contextuales específicas, en otras palabras, los individuos se comportan en función de las experiencias que se producen en el ambiente en el que interactúan. Los datos obtenidos se derivan de eventos empíricos y se concentran en el comportamiento disfuncional, además, se orientan hacia las acciones del individuo, es decir, el "síntoma" se traduce simplemente en respuestas que se seleccionan para la modificación (Kanfer & Philips, 1977). A este respecto, se entiende que es más importante obtener información de la relevancia y características de una conducta problema que de la personalidad o de ciertas funciones neurológicas.

Considerando que, desde la tradición conductual ortodoxa, la evaluación del comportamiento disfuncional se fundamenta en el aprendizaje, se reconoce la relevancia de los antecedentes o acontecimientos pasados, sin embargo, el análisis en cuestión siempre se realiza con base en las conductas problema presentes. Al respecto, Haynes et al. (2011) mencionan que la EC como paradigma se sirve de métodos y estrategias que evolucionan con el paso del tiempo y que pueden incorporar los resultados de investigaciones empíricas existentes, sin embargo, es siempre la conducta problema del presente la que da luz a las acciones en este proceso.



Fases y pasos de la evaluación conductual

Como se mencionó antes la EC se concentra en la conducta de un organismo individual para definir y cuantificar el problema, monitorear el progreso y evaluar la respuesta al tratamiento elegido (Fernández-Ballesteros, 2001). En este punto invitamos al lector a detenerse un momento, para hacer hincapié en un aspecto fundamental, si bien la EC enfatiza la importancia del cambio conductual en el presente, supone una valoración de las variaciones del comportamiento en distintos momentos, es decir, la EC es un proceso continuo y dinámico (Sturmey, 2008).

Este proceso se divide en fases, en la primera es necesario recolectar información que permita identificar, especificar y evaluar el o los problemas que tiene el usuario, en la segunda fase comienza el desarrollo de las hipótesis donde hay una explicación al problema y se identifican las relaciones funcionales; en la tercera se realiza el contraste de hipótesis (fase donde se evalúan constantemente las hipótesis y la información que se adquiere sesión a sesión) y, por último, la formulación del caso, donde también se diseña un programa de tratamiento individualizado, mientras que en el seguimiento se evalúan los efectos de la intervención conductual (Haynes, 2000). Este proceso se describe de manera más amplia en la Figura 1. A continuación, se analizarán cada una de las fases de este proceso y se describen los pasos que las comprenden.

Contacto inicial

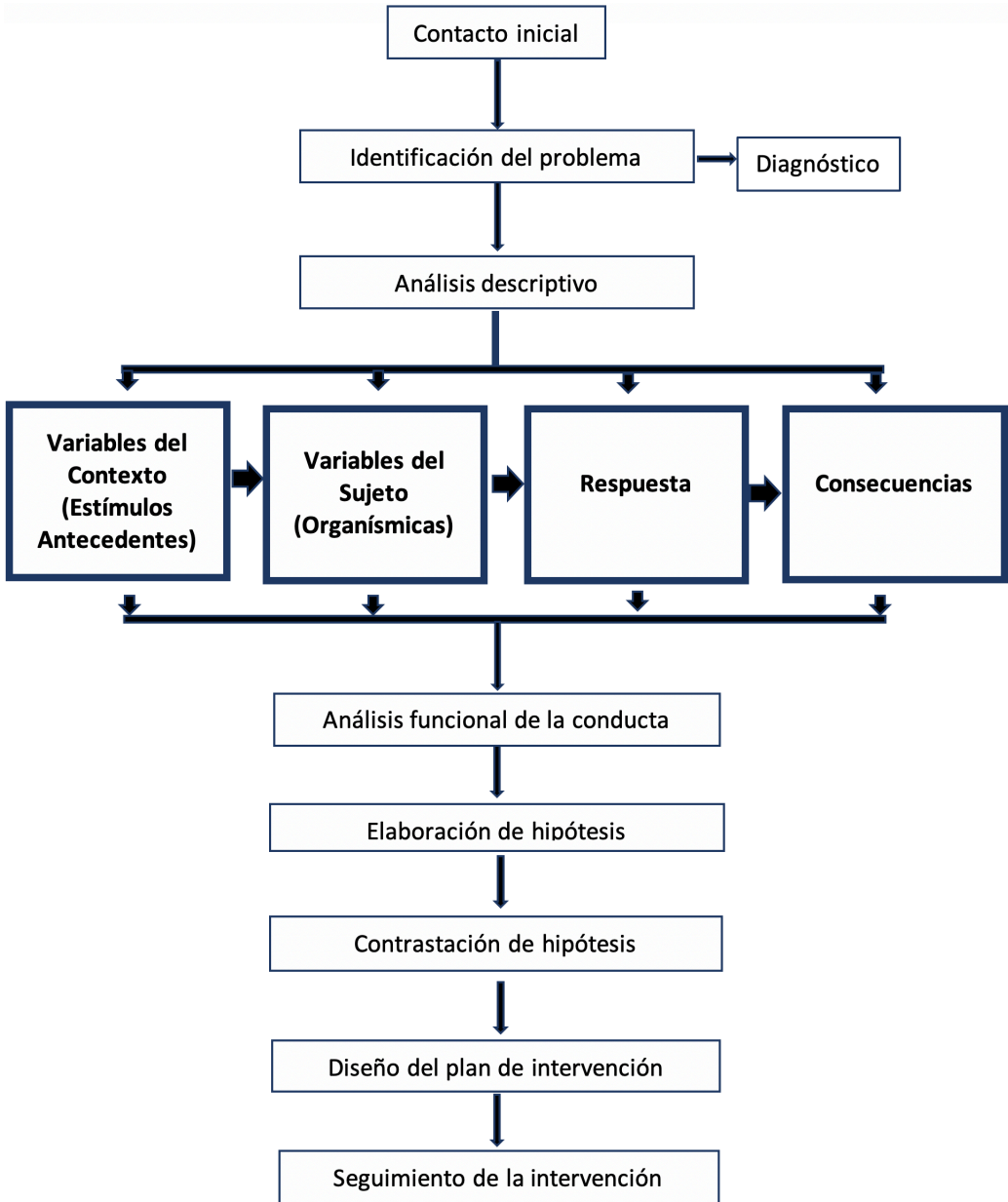
La exploración inicial conlleva básicamente acciones de observación, conversación y exploración de la conducta problema. En el contacto inicial, se tiene por objetivo identificar con claridad, y lo más concretamente posible las problemáticas del usuario. La información recabada siempre debe contrastarse y ampliarse con otras entrevistas posteriores (Borrell, 2004; Muñoz, 2008).

Identificación del problema

Para identificar una conducta problema, es necesario que el terapeuta implemente estrategias para la recolección de datos, primordialmente por medio de la entrevista (Figura 2). La información que interesa conocer debe: 1) ofrecer una descripción de los contextos y situaciones vinculadas al problema (multicausalidad), así como, una caracterización específica de las conductas, en sus tres niveles de respuesta; motor, cognitivo



FIGURA 1. Fases de la evaluación conductual.

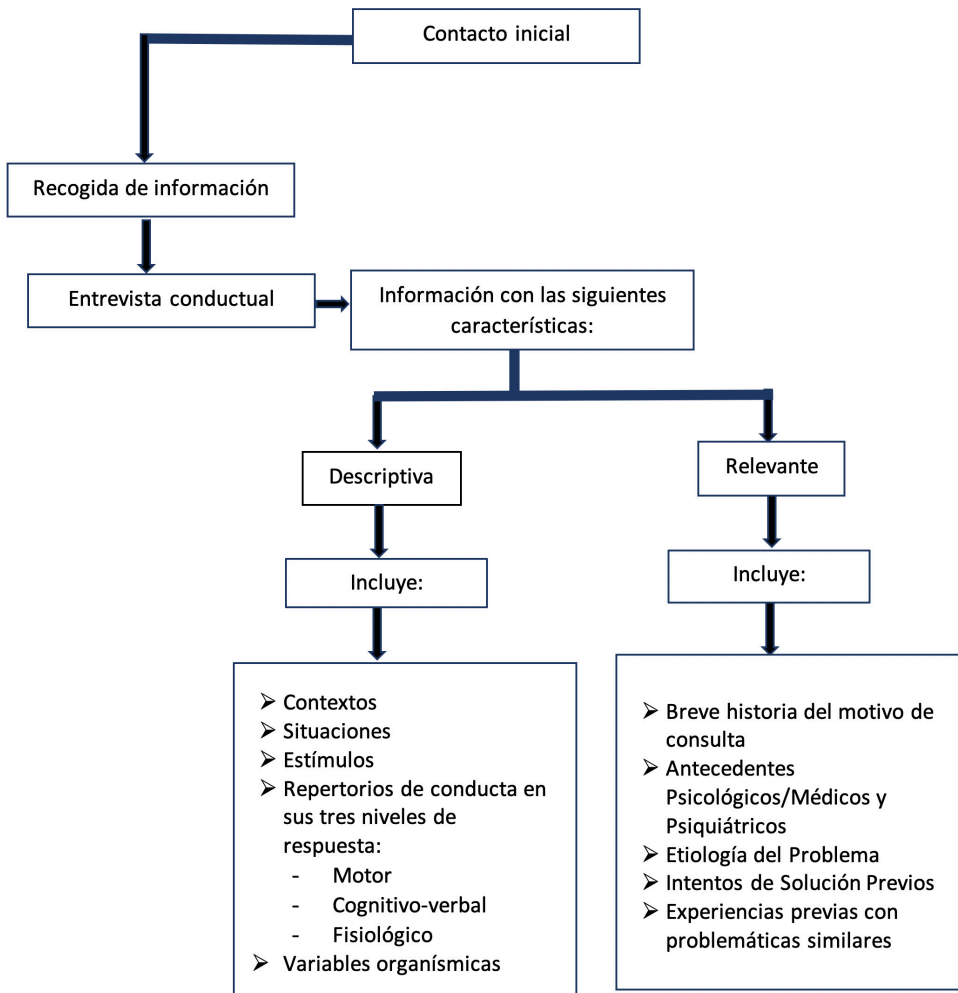


Nota. Elaboración Propia.



y fisiológico, 2) tener el menor nivel de interpretación posible por parte del terapeuta, esto con el objetivo de evitar errores de razonamiento clínico y así, diseñar la ruta más adecuada para el cambio de conducta y 3) aportar datos relevantes relacionados con la conducta de interés (Fernández-Ballesteros, 2001; Haynes, 2000; Muñoz, 2001, 2008).

FIGURA 2. Elementos por considerar durante la identificación del problema.



Nota. Elaboración Propia.



Análisis descriptivo

El análisis descriptivo supone la identificación de las diferentes manifestaciones del comportamiento definido o percibido como problemático para el usuario (morfologías del comportamiento), la categorización y sistematización de las variables asociadas y su correlación temporal en un marco contextual (Martella et al., 2012; Muñoz, 2001). En ese sentido, se debe comprender que al configurarse el comportamiento en una serie de secuencias espacio-temporales, la conducta problema y su correlación con otras variables estimulares antecedentes o consecuentes son solo una muestra de las múltiples formas en las que un usuario puede responder (Hawkins et al., 2019; Phares & Trull, 2002). El análisis descriptivo se clasifica en dos tipos: cualitativo y cuantitativo como se observa en la Tabla 1.

TABLA 1. Categorización del análisis descriptivo.

| | Análisis cualitativo | Análisis Cuantitativo |
|-------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Objetivo | - Organizar esquemáticamente la información con base en el discurso del usuario. | - Cuantificar los datos más relevantes de la(s) conducta(s) problema en términos de los parámetros existentes para su medición según el nivel de respuesta. |
| Actividades | - Elaborar diagramas del flujo que incluyan una descripción de los acontecimientos estimulares y consecuentes relacionados a la(s) conducta(s) problema ordenada(s) temporalmente. - Delinear por medio de un lenguaje claro las formas en cómo se relacionan las variables asociadas a la(s) conducta(s) problema, evitando interpretaciones o suposiciones del terapeuta. | - Crear sistemas de registro y medición para conocer los parámetros de la conducta: 1. Frecuencia: número de veces que ocurre una conducta en una unidad de tiempo específica 2. Duración: tiempo que dura una conducta o un acontecimiento 3. Intensidad: magnitud de la conducta o de los cambios que provoca una vez que aparece 4. Latencia: tiempo que transcurre entre la presencia de un estímulo y la manifestación de una respuesta |

Nota. Elaboración Propia.



Como se observa en la Figura 3, el análisis descriptivo se compone de dos elementos: 1) la identificación del problema (enlistar las problemáticas y sus manifestaciones en los diferentes niveles de respuesta) y 2) el análisis de secuencia. Al respecto de este último, se dice que no solo permite conocer la secuencia que configura el problema, sino que ofrece la posibilidad de ampliar el esquema a varios ciclos (por ejemplo, una situación estimular antecedente puede funcionar como consecuencia, y una consecuencia individual puede funcionar como una condición estimular que antecede a otro comportamiento). Dicho de otra manera, la secuencia de la conducta problema no es lineal, por el contrario, existen fenómenos multicausales que explican la ocurrencia del comportamiento en cuestión (Fernández-Ballesteros, 2001, 2013; Muñoz, 2003).

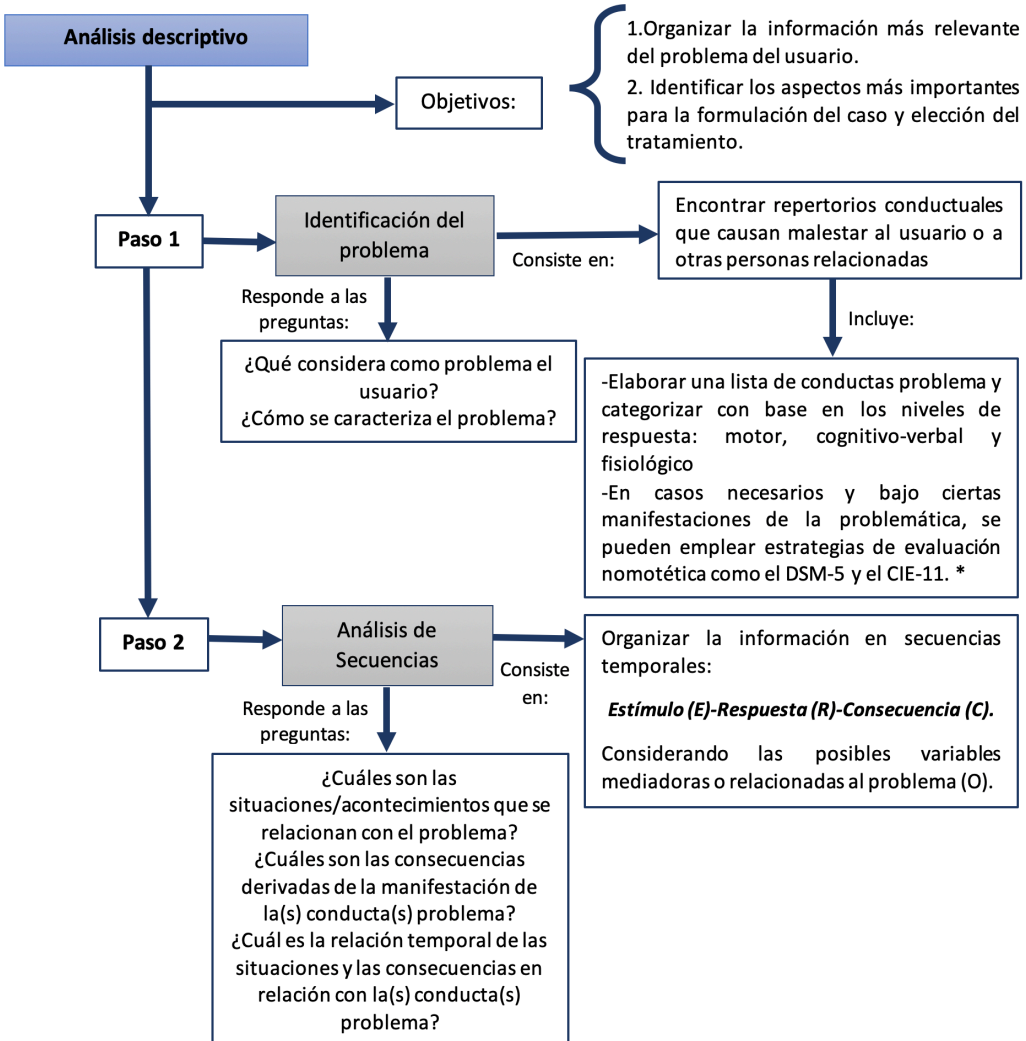
Es forzoso aclarar que existe una diferencia sustancial entre el análisis descriptivo (también llamado análisis topográfico) y el análisis funcional de la conducta, pues si bien el primero aporta información del problema y sus variables asociadas no responde a la relación funcional entre ellas. El análisis funcional de la conducta se considera como un modelo explicativo (hipotético y tentativo) del comportamiento problema, es una integración que incluye las conductas problema y todas las variables relacionadas funcionalmente con ésta, siendo un elemento que guía al terapeuta a las mejores decisiones cuando se trata de elegir las técnicas y procedimientos que integrarán su plan de intervención (Fernández-Ballesteros, 2001; Haynes, 2000).

Análisis funcional de la conducta

Para Bravo y Mora (2014) el análisis funcional de la conducta tiene como meta darle un sentido explicativo a la información que nos ofrece el análisis de descriptivo. Brinda al terapeuta los datos necesarios para elaborar hipótesis del origen y del mantenimiento de la conducta problema. Se trata de una estrategia idiográfica que hace posible conocer las relaciones funcionales de la conducta del usuario e identificar los elementos en los que se tienen que incidir para propiciar un cambio (Fernández-Ballesteros, 2001; Haynes & O'Brien, 2000; Haynes, 2000; Nezu et al., 2006). En la Figura 4 se observan los elementos que se deben considerar para elaborar un análisis funcional de la conducta. En el capítulo tres de este libro se ofrece al lector mayor detalle de este tema para su mayor entendimiento.



FIGURA 3. Elementos por considerar en el análisis descriptivo.

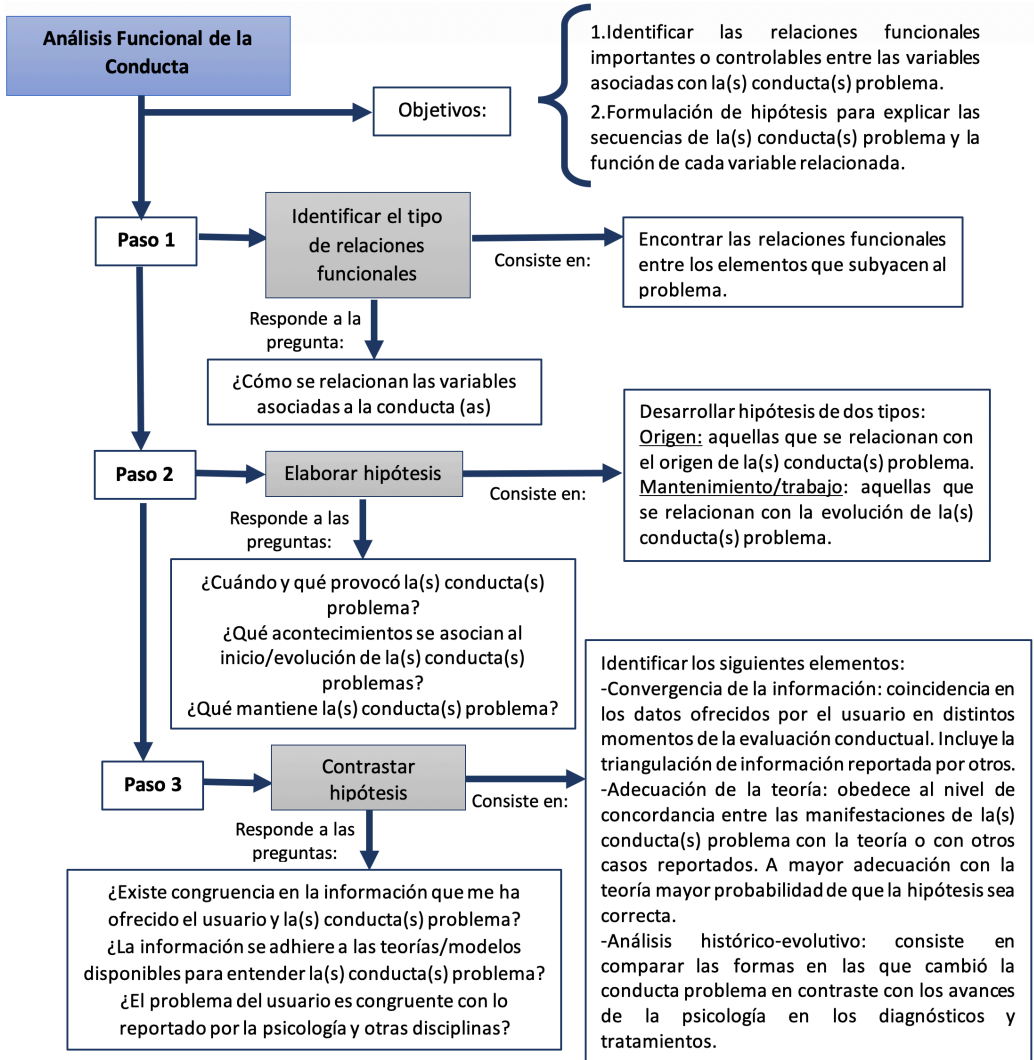


Nota. Elaboración Propia.

* Se sugiere no guiar exclusivamente el análisis descriptivo con los criterios nosológicos del DSM-5 o el CIE-11. Dada la complejidad de los análisis conductuales se recomienda emplearlos con cautela y esperar a la conformación del análisis funcional de la conducta antes de tomar una decisión terapéutica.



FIGURA 4. Elementos por considerar en el análisis funcional de la conducta.



Nota. Elaboración Propia.



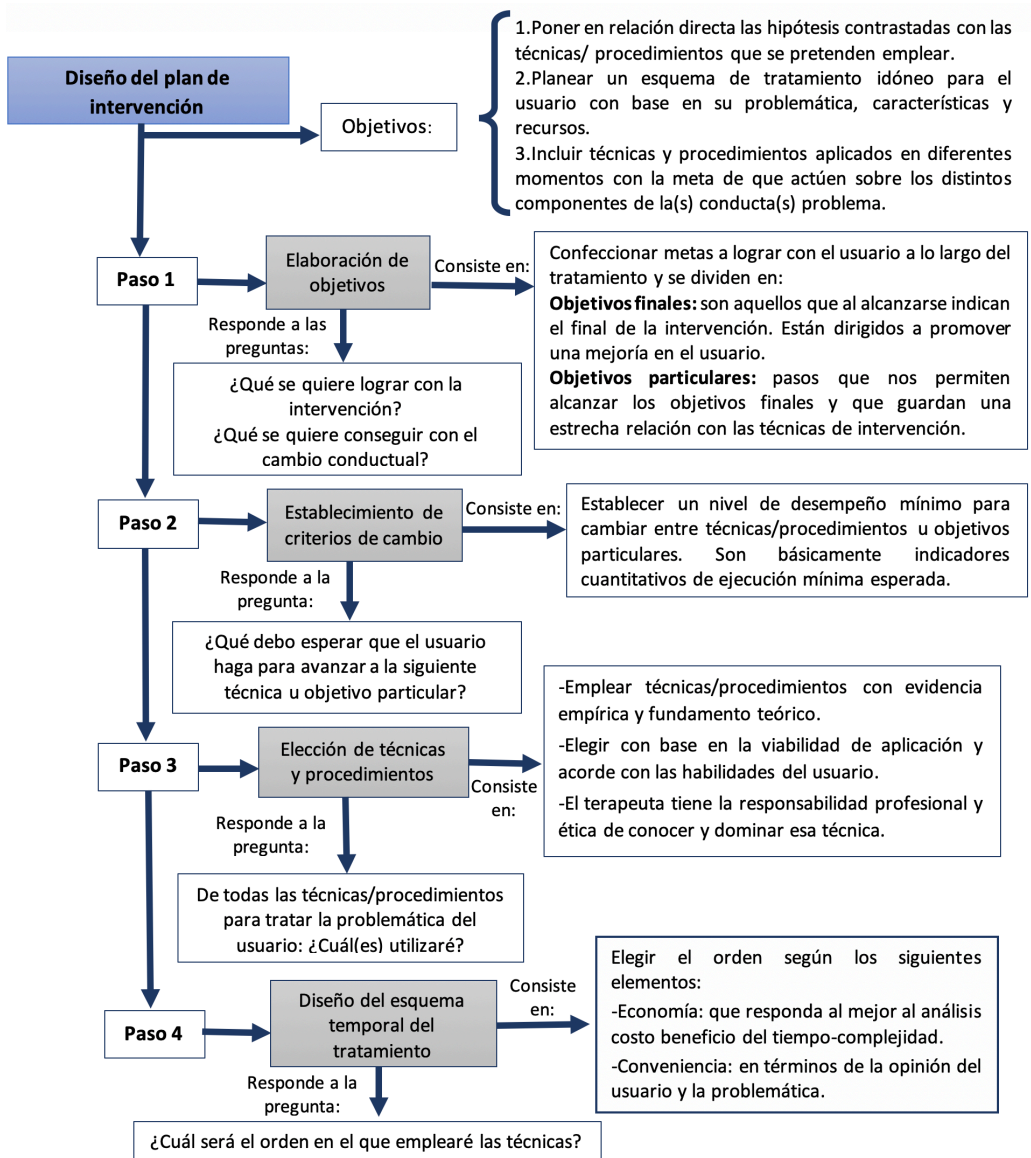
Diseño del plan de intervención

En esta fase de la EC se espera que el terapeuta construya un plan de acción en el cual se elijan los mejores procedimientos y técnicas en el abordaje de la problemática del usuario. Este plan de intervención deberá concebir las características de la problemática, del individuo y del terapeuta, es decir, deberá contemplar sus habilidades, recursos y experiencia con las técnicas que potencialmente se podrían emplear. La selección de los mejores procedimientos para entrenar al usuario, dependerán en gran medida del análisis funcional de la conducta, de la rentabilidad de dichos procedimientos, los posibles efectos adversos de los mismos, del apoyo social del usuario y de los objetivos que se pretenden alcanzar con la terapia, pues es justo en este punto cuando se dará por entendido que la intervención ha llegado a su fin (Díaz et al., 2012; Haynes, 2000). En la Figura 5 se plantean los elementos que deben ser considerados en esta fase de la EC.

La elección de las técnicas o procedimientos que se emplearán en el plan de intervención es una tarea difícil para el terapeuta, sobre todo si no se encuentra familiarizado con ellos o carece de experiencia en la práctica, es por eso que Muñoz (2001) plantea una serie de criterios para la toma de las mejores decisiones en esta etapa: a) criterios de gravedad, consiste en comenzar la intervención con aquella conducta problema que cause un mayor malestar al usuario que incluso, atente contra su integridad física; b) criterios de jerarquía de habilidades, suponen el empleo de las técnicas que sirvan para entrenar al usuario en las habilidades más básicas para posteriormente ir construyendo otras por aproximaciones sucesivas y c) criterios de adherencia, incluir en los inicios de la intervención procedimientos muy eficaces que produzcan cambios en el corto plazo de modo que el usuario se comprometa con el tratamiento, que se “enganche” con mayor facilidad y por tanto, se reduzca la probabilidad de abandono terapéutico.



FIGURA 5. Elementos por considerar en el diseño del plan de intervención.



Nota. Elaboración Propia.



Evaluación postratamiento

Como se ha mencionado antes, la EC se constituye por ser un proceso sistemático y que da cuenta de un cambio clínico en el usuario de un servicio psicológico. La evaluación y medición constante de los indicadores de cambio conductual son actividades deseables a lo largo de toda la terapia. El uso de escalas o inventarios, cuestionarios, autorregistros y listas de chequeo ofrecen al terapeuta y al usuario la posibilidad de conocer los cambios a lo largo de la intervención. Con el registro sistemático de los datos que se recaben con los parámetros del comportamiento, se podrán valorar las repercusiones o efectos del plan de intervención; elementos de relevancia debido a la naturaleza multimetódica de la EC a través de la intervención (Fernández-Ballesteros, 2001, 2013). Los elementos de esta fase se describen en la Figura 6.

Estrategias y herramientas de evaluación conductual

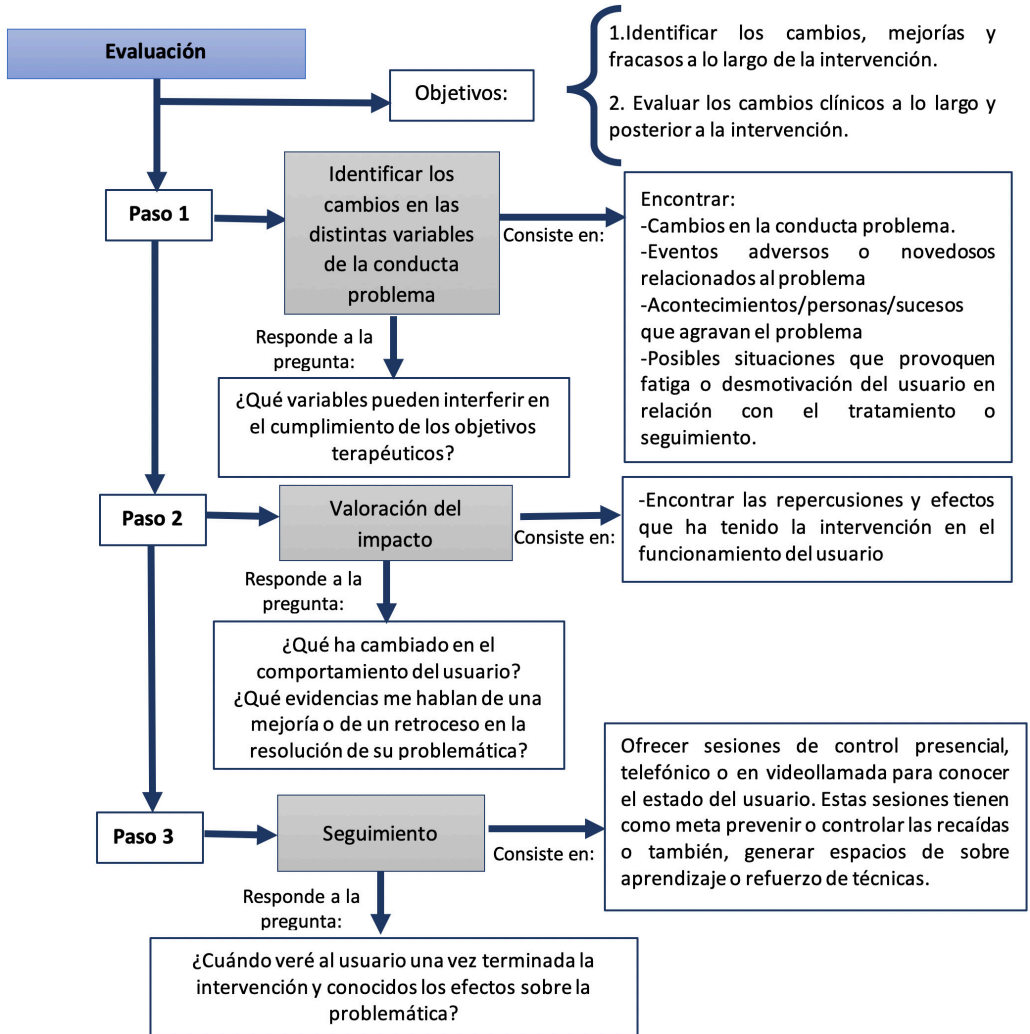
Con base en las recomendaciones de Martin y Pear (2008) un programa de intervención para el cambio comportamental debería incluir una fase de recogida de datos para el análisis del problema, una línea de base o evaluación previa al tratamiento, una fase de tratamiento; y una fase de seguimiento. Si bien es claro que en las fases previas y posteriores al tratamiento se requiere de la evaluación de la o las conductas problema para así determinar los efectos de un tratamiento, no se debe olvidar que esta evaluación también se realiza durante el tratamiento (Fernández-Ballesteros, 2001, 2013; Miguel & Lugo, 2021). Ahora bien, para recoger los datos se disponen de diversas herramientas como son, entrevistas, cuestionarios o escalas de autoinforme, listas de chequeo, registros psicofisiológicos, entre otros (Moreno et al., 2012; Martin & Pear, 2008; Miltenberger, 2013).

Entrevista conductual

La entrevista es una conversación con un propósito específico, en ella se genera un momento interactivo donde el usuario y el terapeuta se comunican esencialmente de manera verbal (Perpiñá, 2012). En la Tabla 2 se muestran algunos ejemplos de preguntas comúnmente utilizadas en la evaluación conductual, se advierte que en el capítulo dos de esta obra se darán más detalles de esta estrategia.



FIGURA 6. Elementos por considerar en la evaluación durante y posterior a la intervención.



Nota. Elaboración Propia.



TABLA 2. Ejemplos de preguntas utilizadas en la evaluación conductual.

| Preguntas para el análisis de conductas problema |
|-------------------------------------------------------------------------------------------|
| 1. ¿Cuál es el problema? |
| 2. ¿Qué hace o dice cuando experimenta el problema? |
| 3. ¿Con qué frecuencia se produce el problema? |
| 4. ¿Cuánto tiempo ha tenido/vivido con el problema? |
| 5. ¿En qué situaciones/lugares normalmente se presenta el problema? |
| 6. ¿Qué suele suceder inmediatamente después de que usted haya experimentado el problema? |
| 7. ¿Qué suele pensar y sentir mientras el problema ocurre? |
| 8. ¿Qué ha intentado hacer hasta ahora para resolverlo? |

Nota. Elaboración Propia.

Observación directa

La observación es un proceso sistemático en el que se recoge información sobre un fenómeno y en el caso que nos atiende, sobre una o varias conductas definidas como problema. El objetivo primordial de la observación es identificar una conducta, diferenciarla de otras, definir sus características, las variables asociadas a ella, además de saber cómo (morfología), cuándo y en qué circunstancias aparece (Kerlinger & Lee, 2002; Martin & Pear, 2008; Moreno et al., 2012; Miltenberger, 2013).

De acuerdo con Moreno et al. (2012) previo a iniciar el proceso de observación directa se deberían determinar los siguientes elementos: a) el propósito de la observación; b) definir operacionalmente lo que se va a observar; c) las herramientas de registro o medición; d) la frecuencia de las observaciones; e) los contextos en los que se realizarán las observaciones; y f) la duración de las observaciones.

Aunado a lo anterior, la observación realizada debe ser objetiva, es decir, evitar, en medida de lo posible, inferencias o interpretaciones sobre la conducta, de aquí la importancia de la definición operacional y la elección adecuada del instrumento (sensibilidad), elementos que ayudarán a que el registro de observación sea confiable y válido (Martin & Pear, 2008;



Moreno et al., 2012; Miltenberger, 2013).¹ Existen diversas herramientas o registros de observación directa, por ejemplo, registros anecdóticos, registros de ocurrencia continua, registros temporales, registros de bloque temporal, registros de muestreo de tiempo, registros *Pla-check*, registros de duración, registros de productos permanentes, registro espacial, registros de estímulo-respuesta y estímulo-respuesta-consecuencia (Moreno et al., 2012). En la Tabla 3 se describen los tipos de registros de observación directa de mayor utilidad en el contexto clínico.

TABLA 3. Tipos de registros de observación directa.

| Tipo | Descripción |
|-------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Registro anecdótico | Escribir en un archivo lo que se está observando, centrándose especialmente en la conducta del individuo. Permite analizar la relación entre la conducta del usuario y su ambiente. |
| Registro de ocurrencia continua | Implica registrar en un archivo el número de veces que ocurre una conducta. Proporcionar una medida del comportamiento, es decir, frecuencia de la conducta en un período específico. |
| Registro de duración | Implica la especificación en la duración de una respuesta. Su propósito es registrar el tiempo desde que inicia y hasta que finaliza una conducta |
| Registro de productos permanentes | Útiles cuando se necesita contar con evidencia de cómo se realiza una conducta o el producto de ella. |
| Registro espacial | Consiste en describir el lugar o lugares donde se emiten el o los comportamientos de interés. Además, puede ser importante el tiempo que dura una conducta en un lugar determinado, así como la presencia de variables de interés. |
| Registros de estímulo-respuesta y estímulo-respuesta-consecuencia | Consisten en el registro de una conducta en particular, así como de aquellos eventos que le anteceden o preceden, esto con la finalidad de determinar los estímulos que aumentan la probabilidad de una conducta. |

Nota. Elaboración Propia.

¹ **Confiable:** Es un atributo de consistencia en una medición (Gregory, 2012). También puede entenderse como la exactitud o precisión de una medición (Kerlinger & Lee, 2002).

Validez: Propiedad de un instrumento que mide lo que afirma medir (Kerlinger & Lee, 2002). En un sentido general, un instrumento de medición es válido si hace aquello para lo que fue concebido (Aragón-Borja, 2015).

Sensibilidad: Se refiere a la capacidad que tiene un instrumento de medición para detectar cambios en la conducta de interés (Moreno et al., 2012).



Autorregistros

Debido a que puede ser difícil que el terapeuta observe directamente el comportamiento del usuario fuera de la sesión, será necesario que esta información se obtenga por el autoinforme. Esto implicaría que durante las sesiones de evaluación se realice una buena entrevista y, además, diseñar herramientas de registro que le permitan al usuario autorregistrar diversas características del comportamiento problema. A este respecto, un autorregistro es un documento diseñado para la medición de diferentes parámetros y características de una conducta o problema. Un autorregistro puede concentrar información sobre la frecuencia de un problema, su intensidad, su duración, sus manifestaciones (conductuales, cognitivas, fisiológicas), los eventos que probabilizan la aparición de la conducta o sus consecuencias. Es importante mencionar que la información de los autorregistros nos permitirá detectar y conocer mejor una conducta problema, además, ofrecerán información de los cambios en dicha conducta a lo largo del proceso de intervención. En la tabla 4 se describen algunos de los autorregistros más empleados en la EC.

TABLA 4. Tipos de autorregistros empleados en la evaluación conductual.

| Tipo | Descripción |
|----------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Registro de pensamientos negativos | Documento compuesto por cinco columnas divididas de la siguiente manera: día, hora, situación, pensamiento y nivel de malestar emocional (de 0-10). |
| Registro situación, pensamientos, emoción y conducta | Documento compuesto por seis columnas divididas de la siguiente manera: día, hora, situación, pensamiento, emoción y conducta. |
| Registro antecedente, pensamientos y consecuencias (ABC) | Documento compuesto por cuatro columnas divididas de la siguiente manera: día/hora, situación-A (¿qué sucedió?), pensamientos-B (evaluación de la situación) y consecuencias-C (conductuales y emocionales) |
| Registro del estado de ánimo | Documento compuesto por escalas numéricas o escalas visuales análogas sobre algún estado emocional (tristeza, ansiedad, estrés). Normalmente puede contener siete escalas para registrar diariamente durante una semana. |
| Registro de actividades diarias | Documento compuesto por cinco columnas divididas de la siguiente manera: hora, lugar, conducta, nivel de importancia (0-10), nivel de disfrute (0-10). |

Nota. Elaboración Propia.






Cuestionarios o escalas de autoinforme

Los cuestionarios o escalas de autoinforme corresponden con un tipo de herramienta de observación del comportamiento en términos recordados o percibidos. En estas escalas o cuestionarios se agrupan preguntas o enunciados (ítems) que tendrán que ser respondidos por los usuarios, seleccionando alguna opción de respuesta, a la cual previamente se haya asignado alguna categoría de valor. Dicha respuesta dada a cada ítem se hará con base en el despliegue de comportamientos pasados o en la percepción de cómo se dio o dará ese comportamiento (Kerlinger & Lee, 2002).

Finalmente, es necesario mencionar que la elección de las estrategias para la recolección de datos se llevará a cabo considerando su utilidad, su pertinencia y su facilidad para el usuario, sin dejar de lado los elementos de confiabilidad, validez y sensibilidad previamente mencionados.

Se ha concluido con este primer capítulo, es momento de conocer la guía de advertencias del tema la cual se observa en la Figura 7.

FIGURA 7. Guía de advertencias: evaluación conductual.

|  No emplear |  Emplear con moderación |  Emplear en todas las ocasiones |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">- Estrategias de evaluación que no sean congruentes con el paradigma conductual, por ejemplo, pruebas proyectivas. | <ul style="list-style-type: none">- Emplear sistemas nomotéticos de evaluación o manuales para el diagnóstico nosológico, por ejemplo, el DSM-5 o el CIE-11 solo como medios complementarios y no exclusivos para formular un caso clínico. Dichos sistemas de evaluación y diagnóstico no equivalen o sustituyen a las estrategias de evaluación conductual. | <ul style="list-style-type: none">- Registros y autorregistros congruentes con el nivel de respuesta a evaluar y que sean sencillos y claros para el usuario.- Utilizar parámetros de la conducta que sean parsimoniosos con el nivel de respuesta. |

Nota. Elaboración Propia.



Conclusiones

- La EC se compone de un conjunto de supuestos sobre el comportamiento y sus causas, nos ayuda a comprender los problemas de conducta de los individuos y a identificar las mejores estrategias de tratamiento.
- La EC es un proceso organizado con base en la metodología científica.
- Las fases de la evaluación conductual son:
 1. Recabar información (primordialmente con la entrevista conductual)
 2. Elaborar hipótesis de la problemática de un usuario con base en el análisis descriptivo y funcional de la conducta.
 3. Contrastar esas hipótesis
 4. Diseñar y elaborar el mejor plan de tratamiento para el usuario
- Idealmente, el proceso de intervención psicológica debería incluir una fase de recogida de datos para el análisis del problema, una línea de base o evaluación previa al tratamiento, una fase de tratamiento; y una fase de seguimiento.
- Para recoger los datos de la o las conductas problema se disponen de diversas herramientas, como son: entrevistas, cuestionarios o escalas de autoinforme, listas de chequeo o registros psicofisiológicos.
- El autorreporte de la conducta es una de las formas más comunes para recoger información sobre la conducta del usuario.
- Siempre considera la confiabilidad, la validez y la sensibilidad de los instrumentos de elección.
- La elección de las estrategias para la recolección de datos se llevará a cabo considerando su utilidad, su pertinencia y su facilidad para el usuario.



Referencias

- Aragón-Borja, L. (2015). Fundamentos psicométricos en la evaluación psicológica. En L. Aragón-Borja (Ed.), *Evaluación psicológica: historia, fundamentos teórico-conceptuales y psicometría* (pp. 44-72). Manual Moderno.
- Bravo, C., y Mora, M. (2014). Análisis Funcional y Diseño de intervención en el ámbito hospitalario. En L. Reynoso & A. Becerra (Eds.), *Medicina conductual: teoría y práctica* (pp. 101-126). UNAM-Qartuppi. <https://qartuppi.com/ciencias-sociales/medicinaconductual/>
- Borrell, F. (2004). *Entrevista clínica: manual de estrategias prácticas*. Semfyc ediciones. https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2016/05/EntrevistaClinica_Borrell.pdf
- Díaz, M., Ruiz, A., y Villalobos, A. (2012). El proceso en Terapia de Conducta: la evaluación conductual. En A. Ruiz, M. Díaz & A. Villalobos (Eds.), *Manual de técnicas de intervención cognitivo-conductuales* (pp. 99-145). Desclée de Brouwer.
- Fernández-Ballesteros, R. (2001). Behavioral Assessment. In N. J. Smelser & P. B. Baltes (Eds.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (pp. 1090-1094). Pergamon. <https://www.sciencedirect.com/referencework/9780080430768/international-encyclopedia-of-the-social-and-behavioral-sciences>
- Fernández-Ballesteros, R. (2013). *Evaluación psicológica: Conceptos, métodos y estudios de caso*. Pirámide.
- Gregory, R. J. (2012). Normas y confiabilidad. En R. J. Gregory (Eds.), *Pruebas psicológicas: historia principios y aplicaciones* (pp. 67-87). Pearson.
- Hawkins, R. O., Collins, T. A., & Murphy, M. (2019). Assessing challenging behaviors. In J. L. Matson (Ed.), *Handbook of intellectual disabilities: Integrating theory, research, and practice* (pp. 427-433). Springer. <https://www.springer.com/gp/book/9783030208424>
- Haynes, S. (2000). Behavioral assessment of adults. En G. Godstein & Hersen, M (Eds.), *Handbook of Psychological Assessment* (Third Edition, pp. 471-502), Pergamon. <https://doi.org/10.1016/B978-008043645-6/50097-5>.
- Haynes, S., Godoy, A., y Gavino, A. (2011). *Cómo elegir el mejor tratamiento psicológico: Formulación de casos clínicos en terapia del comportamiento*. Pirámide.



- Haynes, S., & O'Brien, W. (2000). *Principles and practice of behavioral assessment*. Kluwer Academic/Plenum.
- Haynes, S., O'Brien, W., & Kaholokula, J. (2011). *Behavioral assessment and case formulation*. Wiley.
- Haynes, S., Smith, G., & Hunsley, J. (2011). *Scientific foundations of clinical assessment*. Routledge.
- Kanfer, F. H., & Phillips, J. S. (1977). *Principios de aprendizaje en la terapia del comportamiento*. Trillas.
- Kerlinger, F. N., & Lee, H. B. (2002). *Investigación del comportamiento: Métodos de investigación en ciencias sociales*. McGraw-Hill.
- Martella, R. C., Nelson, J. R., Marchand-Martella, N. E., & O'Reilly, M. (2012). Functional behavior assessments and behavior support plans. En R. C. Martella, J. R. Nelson, N. E. Marchand-Martella & M. O'Reilly (Eds.), *Comprehensive behavior management: individualized, classroom, and schoolwide approaches* (pp. 110-145). <http://dx.doi.org/10.4135/9781452243931.n4>
- Martin, G & Pear, J. (2008). *Modificación de conducta, qué es y cómo aplicarla*. Pearson: Prentice-Hall
- Miguel-Corona, R., y Lugo-González, I. V. (2021). Diseños N = 1, viabilidad y utilidad en escenarios hospitalarios. En L. Reynoso & A. L. Becerra (Eds.), *Medicina Conductual: Avances y perspectivas* (pp. 48-71). Qartuppi. <https://qartuppi.com/ciencias-sociales/conductual/>
- Miltenberger, R. G. (2013). *Modificación de conducta: Principios y procedimientos*. Pirámide.
- Moreno, D., López, M. R., Cepeda, M. L., Plancarte, P., Alvarado, I. R., Vega, C. Z., Hickman, H., y Tena, O. (2012). *El proceso de investigación*. UNAM. FES Iztacala.
- Muñoz, M. (2001). Forma de proceder y pasos en el desarrollo de la evaluación conductual. En F. Labrador, J. Cruzado & M. Muñoz (Eds.), *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta* (pp. 284-318). Ediciones Pirámide.
- Muñoz, M. (2003). *Manual práctico de evaluación psicológica clínica*. Síntesis.



- Muñoz, M. (2008). Proceso de evaluación psicológica cognitivo-conductual: una guía de actuación. En F. Labrador (Ed.), *Técnicas de modificación de conducta* (pp. 69-98). Ediciones Pirámide.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., y Lombardo E. (2006). *Formulación de casos y diseños de tratamientos cognitivo-conductuales: un enfoque basado en problemas*. Manual Moderno
- Perpiñá, C. (2012). *Manual de entrevista psicológica: saber escuchar, saber preguntar*. Pirámide.
- Phares, J., & Trull, T.J. (2002). Evaluación Conductual. En J. Phares & T.J. Trull (Eds.), *Psicología Conductual. Conceptos, métodos y práctica* (6ta ed, pp.240-264). Manual Moderno.
- Sturmey, P. (2008). *Behavioral Case Formulation and Intervention. A functional analytic approach*. Wiley-Blackwell.

Capítulo 2

Entrevista Conductual: elementos y pautas para la valoración de un problema psicológico

Ana Leticia Becerra Gálvez
Leonardo Reynoso Erazo



Introducción

La entrevista es sin lugar a duda una herramienta indispensable en el proceso de la evaluación conductual. Independientemente de la tradición psicológica bajo la cual se instrumente una intervención, la entrevista figura como un recurso esencial para la recabación de información relacionada con el motivo de consulta.

Una entrevista se trata de un encuentro interactivo entre dos personas, las cuales probablemente nunca habían tenido algún vínculo personal, mucho menos afectivo. Cuando hablamos específicamente de la entrevista conductual, se dice que el producto de dicha interacción va más allá del simple interrogatorio o del intercambio de información, pues se espera que el terapeuta sea capaz de indagar sobre el comportamiento problema del usuario y que identifique las posibles relaciones funcionales de las variables asociadas a dicho comportamiento, todo ello en un intervalo fijo (probablemente no mayor a una hora). Además, tanto el entrevistador como el entrevistado deberán valerse de la conducta verbal para establecer tal interacción, pero ésta no es la única forma de relacionarse ya que existen diversos elementos que entran en juego para favorecer o dificultar la entrevista como lo veremos a lo largo de esta sección. En este capítulo trataremos de dirigir al lector hacia la



elaboración de la entrevista conductual; para ello, se plantean una serie de preguntas a las que pretendemos dar respuesta con ayuda de acrónimos y diagramas.

Aunque el proceso de entrevista resulta ser complejo, en este capítulo se presentan algunas sugerencias útiles para implementar un interrogatorio con miras a la evaluación de un problema psicológico. Se reconoce que pueden existir distintas propuestas y guías incluso más detalladas con relación a este tema, sin embargo, deseamos que las pautas planteadas a continuación, resulten de utilidad para los alumnos de la carrera de psicología en su práctica clínica supervisada bajo el enfoque cognitivo-conductual.

¿Qué es la entrevista conductual?

De acuerdo con Villarreal (2008) la entrevista conductual es fundamentalmente una situación de comunicación la cual se distingue de otras modalidades ya que su importancia radica en reunir información de los diferentes repertorios conductuales del usuario en cuestión. A través de preguntas relacionadas al comportamiento problema es que se identifican los niveles de repuesta de dicha problemática, así como las variables asociadas a la aparición o mantenimiento de ésta (Bravo & Miguel, 2021; Llanova, 2008).

Se entiende entonces que se trata de un procedimiento de evaluación mixta, pues el entrevistador recopila información de la conducta (primordialmente a través del lenguaje verbal) pero también recopila información sobre la conducta misma durante la sesión (Bravo & Miguel, 2021; Froxán et al., 2006). De acuerdo con Díaz et al. (2012) y Fernández-Ballesteros (2013) es una técnica por medio de la cual se identifican y conceptualizan las conductas problemáticas (topográfica y funcionalmente), se formulan las hipótesis y se seleccionan las técnicas de intervención. Esta técnica de evaluación conductual es una constante en todo el proceso terapéutico, desde el contacto inicial hasta el seguimiento, además de permitir al terapeuta tener contacto con información relevante, puede generar espacios de motivación para que se comprometa con el tratamiento psicológico (Perpiñá, 2012).



¿Cómo se relaciona la entrevista conductual con otros elementos del proceso de evaluación conductual?

La entrevista figura como la espina dorsal de la evaluación conductual. De acuerdo con Díaz et al. (2012) cumple con los siguientes objetivos en el proceso de evaluación: recabar información detallada y relevante, identificar las conductas problema, definir dichas conductas en términos de los parámetros conductuales, conocer los antecedentes y consecuentes, reconocer los recursos o habilidades del usuario y conocer datos de las medidas obtenidas de los registros y tareas en casa. De llevarse a cabo una adecuada entrevista conductual, se puede describir la conducta problema y se facilita la elaboración del análisis funcional (Llanova, 2008). Por lo tanto, de completarse un análisis funcional de la conducta, se puede decir que se pueden generar las hipótesis del problema y plantear las mejores acciones y técnicas para el tratamiento.

¿Cuáles son las funciones de la entrevista conductual?

La entrevista conductual tiene tres funciones, entre ellas, elaborar un diagnóstico, motivar en el proceso terapéutico e informar/instruir al usuario en tanto al plan terapéutico (Díaz et al., 2012; Perpiñá, 2012). En la Figura 1 se describen cada una de estas funciones.

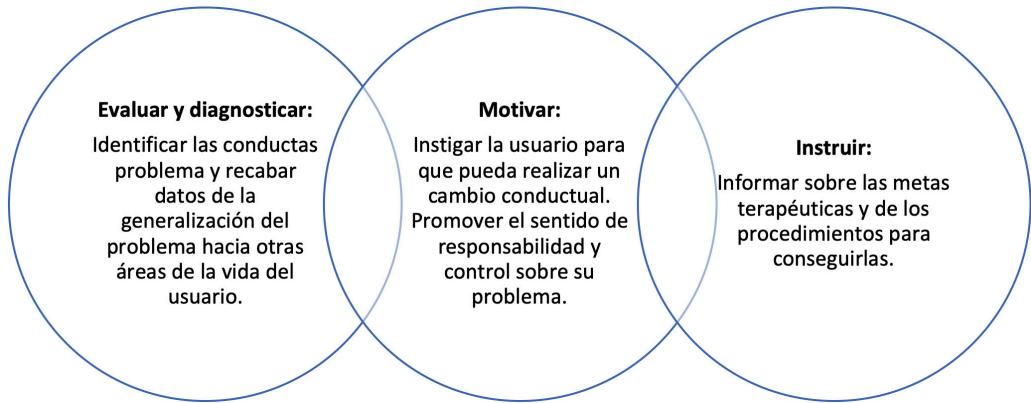
¿Cuáles son las modalidades de entrevista conductual?

Existen cuatro modalidades de entrevista según los objetivos de la información que se requiera (Haynes, 1978; Silva, 1992 como se citó en Llanova, 2013). Las primeras dos modalidades corresponden a las entrevistas de investigación y epidemiológicas cuyo objetivo es recabar datos que permitan evaluar una hipótesis o hacer muestreos de comportamientos en un contexto de investigación. La tercera modalidad es la entrevista conductual de evaluación de problemas, en la cual se reúne información que permita determinar la existencia de problemas (para estos fines, de índole psicológico), sus características y condiciones en las que suelen manifestarse. Otra modalidad es la entrevista para el diseño de intervención, cuya función es motivar al usuario a implicarse en el proceso de cambios y se comprometa



con las actividades dentro y fuera de la sesión. Incluye la aplicabilidad de las técnicas o procedimientos a emplear. La última modalidad es la entrevista para la evaluación de intervenciones la cual tiene como fin aportar datos sobre el funcionamiento, situaciones y obstáculos que influyen o interfieren con los objetivos de intervención.

FIGURA 1. Funciones de la entrevista conductual.



Nota: Elaboración propia.

¿Cuáles son los puntos principales de la entrevista conductual de evaluación de problemas?

En la entrevista conductual de evaluación de problemas se recaban datos de los elementos situacionales anteriores y posteriores a la ocurrencia de la conducta en cuestión, además de las circunstancias en las que se encuentra el organismo cuando ésta tiene lugar. Este tipo de entrevista se puede facilitar a través del uso de guías siempre y cuando se tengan en cuenta los objetivos que persigue el interrogatorio y las formas en que se dé la interacción con el usuario, en otras palabras, una guía de entrevista funcionará como un mapa que te indica el destino, en este caso identificar y delimitar la problemática, sin embargo, el conductor tendrá que virar, improvisar o resolver según el camino y los posibles obstáculos,



que evidentemente, no se encontraban en el mapa, es decir, el terapeuta deberá ajustarse a las respuestas y a los comportamientos del usuario dentro de la sesión y no solo focalizarse en su guía. Como es de notarse, se espera que el terapeuta sea creativo y responsivo a las características y comportamientos del usuario a lo largo de la entrevista. A pesar de este último elemento, Llavona (2008) señala que los puntos principales de la entrevista de evaluación de problemas son los siguientes:

- *Delimitación de la conducta problema.* Consiste en conocer la problemática del usuario, conocer qué le ocurre. Para este punto no existe un tiempo límite, sin embargo, cuanto más delimitado esté el problema, mayor será el éxito de la entrevista. Los pasos básicamente son: identificar el problema (según su importancia/relevancia); especificar los niveles de respuesta (conductual, cognitivo-verbal y fisiológico) y solicitar información de la última vez en la que se presentó el problema, esto debido a que se reducen los sesgos debidos al tiempo y el usuario podrá ofrecer mayor detalle de la situación si ocurrió recientemente.
- *Importancia del problema.* Se debe obtener la información acerca de la relevancia del problema, es decir, cómo afecta la vida del usuario en diferentes contextos, por ejemplo, el familiar, laboral y social. La valoración subjetiva de la gravedad también deberá ser cuestionada y para ello, se puede hacer uso de alguna escala numérico-análoga que vaya del 0= nada grave a 10= muy grave, un ejemplo de pregunta puede ser “¿Qué tan grave considera que es su problema del 0 al 10?”
- *Parámetros de la conducta problema.* Después de obtener la gravedad del problema se deberán definir los parámetros de la conducta tales como, la frecuencia, la duración y la intensidad del comportamiento con base en una escala subjetiva como ya se ha expuesto en el capítulo 1 de este libro.
- *Determinantes de la conducta problema.* Implica la búsqueda de aquellos elementos que puedan ser responsables de la ocurrencia y mantenimiento de la conducta problema, por ejemplo, la estimulación previa externa (lugar, personas, horario o motivo de estar presente) o la estimulación propia de la persona (pensamientos o respuestas fisiológicas). En el caso de los estímulos responsables del mantenimiento de la conducta, hablamos de los cambios estímulares posteriores externos (sucesos que pasan en el lugar o lo que dicen/hacen otras personas) o a los cambios estímulares posteriores en la propia persona (las cosas que realiza, piensa, siente o dice).



- *Evolución y desarrollo.* Cuando se conoce la conducta problema, los parámetros y los estímulos que pueden determinarla, se esbozan las primeras hipótesis que explican el funcionamiento, dando cuenta al terapeuta de si aquello que tiene el usuario se trata de un déficit o un exceso de conducta. Además, es recomendable conocer la evolución de la problemática y los intentos de solución.
- *Expectativas y objetivos.* En este punto, el usuario señalará que comportamientos han ayudado para enfrentar su problemática y cuáles serán sus objetivos de cambio. Para finalizar, se debe conversar acerca de las expectativas de la intervención psicológica, qué es lo que espera del contacto psicológico y así dar paso a la explicación de las formas en las que se llevará la terapia.

¿Qué preguntas deben considerarse en la entrevista conductual de la evaluación de problemas?

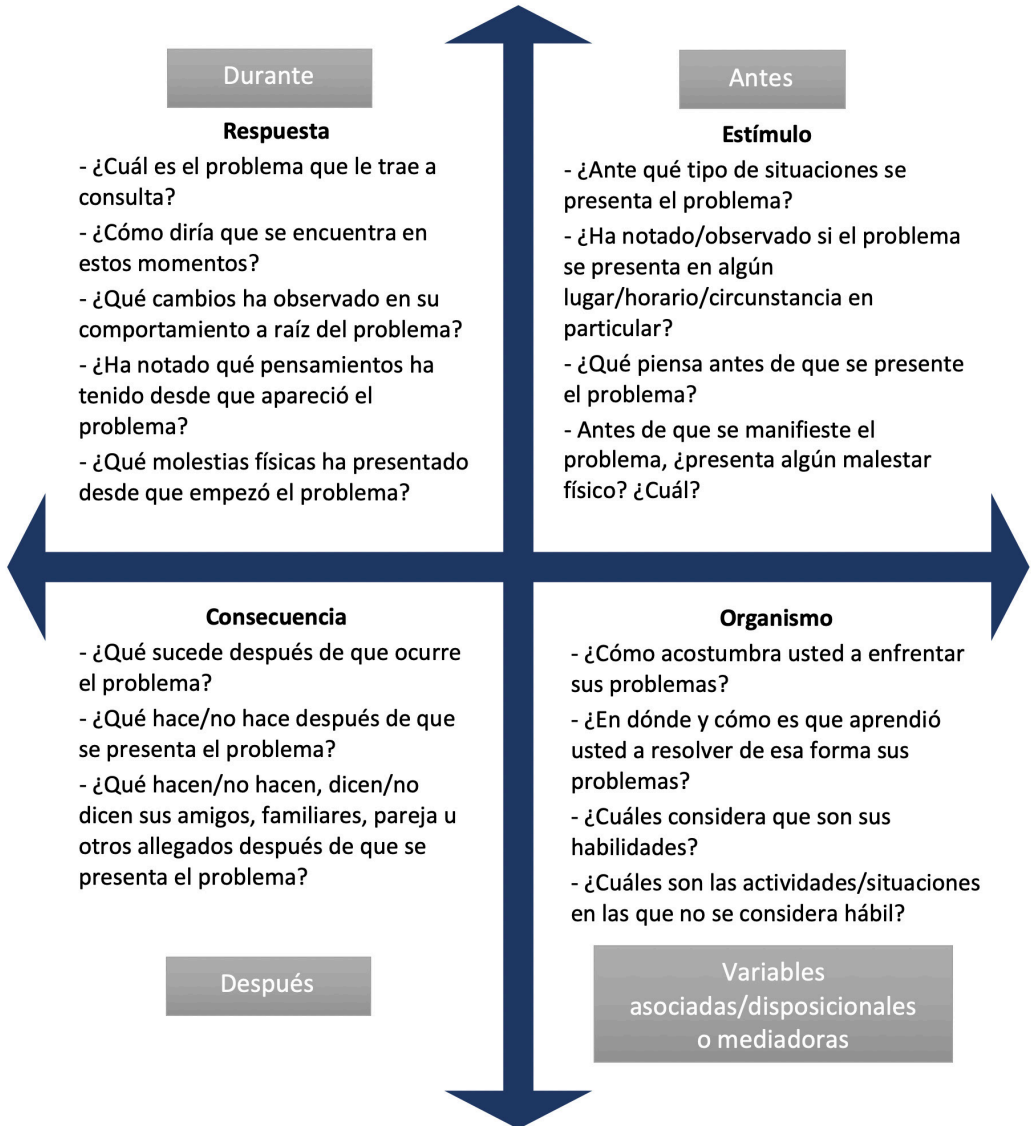
Cuando realizamos una entrevista conductual con miras a evaluar un problema, el objetivo es indagar sobre los repertorios conductuales problemáticos. Este tipo de entrevista incluye la formulación de preguntas que guíen al terapeuta a las cuatro coordenadas para hacer análisis conductual: la respuesta, las situaciones estimulares, las consecuencias y las variables orgánicas mediadoras (Kanfer & Saslow, 1965). En la Figura 2 se observan algunas preguntas que pueden utilizarse en el interrogatorio según la coordenada.

Aspectos técnicos y fases de la entrevista conductual de evaluación de problemas

Este tipo de entrevista conductual debe ser directa, buscar la información relevante y evitar las redundancias al explorar todas las áreas. Al respecto, Roncero y García (2012) y Llavona (2008) afirman que el terapeuta tiene la responsabilidad de guiar al entrevistado de forma sutil para conocer la información que se requiere y en los momentos oportunos a través de las siguientes fases:



FIGURA 2. Preguntas para la entrevista conductual de la evaluación de problemas.



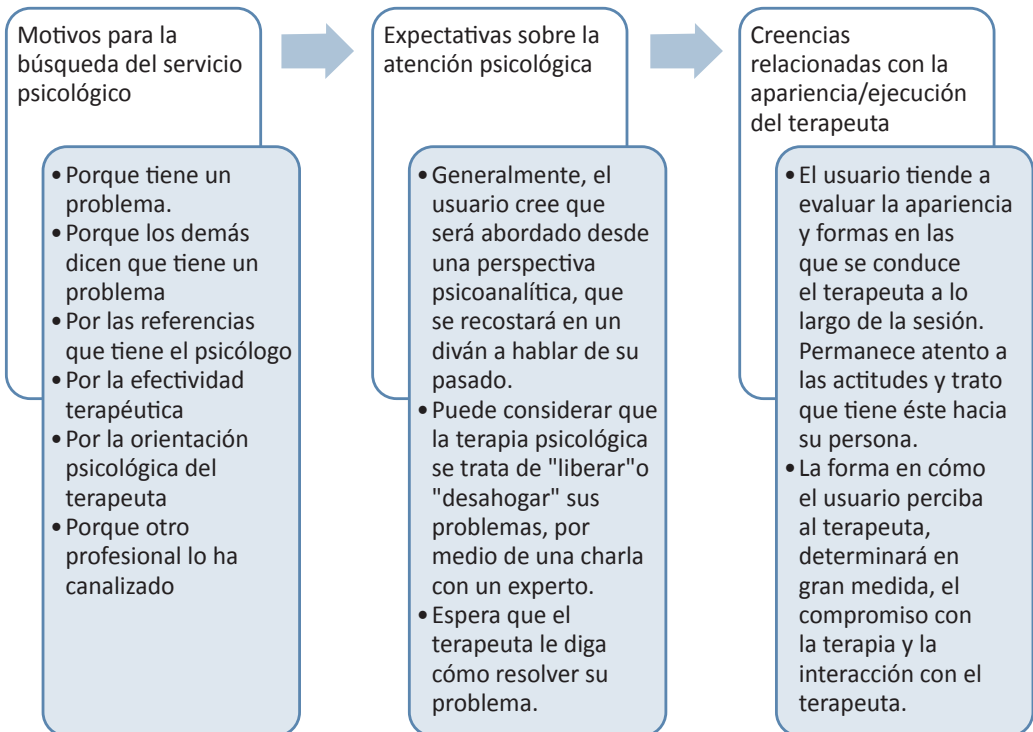
Nota. Elaboración Propia.



Fase inicial

En esta fase, el usuario crea una primera impresión sobre el terapeuta y lo que ocurrirá durante la entrevista, por lo que el entrevistador debe procurar que esa imagen sea lo más positiva posible. Si la solicitud de atención psicológica ha sido realizada por tener un problema y tratar de resolverlo, es muy probable que el usuario tenga una serie de suposiciones o expectativas con respecto a los servicios psicológicos, producto de la opinión popular, de los dichos de otros, de creencias sin sustento, de escenas presentadas en la televisión o el cine. Estas expectativas pueden favorecer o entorpecer el proceso de evaluación conductual, así como también la interacción entre el terapeuta y el usuario. Es por lo anterior que el terapeuta debe conocer las creencias del usuario a este respecto considerando algunos elementos como los que se describen en la Figura 3.

FIGURA 3. Creencias y expectativas de los usuarios de un servicio psicológico.





Además de estos elementos, se tienen que considerar aquellos que se relacionan con el escenario, por ejemplo, las condiciones de privacidad, iluminación, temperatura y limpieza en donde se llevará a cabo el encuentro. En esta etapa de inicio el terapeuta y el usuario se van a evaluar mutuamente, la primera impresión que uno tenga del otro impactará su relación, por lo que en los primeros minutos de ésta se debe promover un clima empático para que el usuario se sienta en confianza de hablar de su problema, es decir, se debe establecer *rapport*.

Morrison (2015) señala que el *rapport* implica una interacción en la cual se espera cooperación de ambas partes, durante su ejecución, el terapeuta debe moderar su comportamiento, mantener la neutralidad y utilizar con moderación los elogios. En la Figura 4 se pueden observar algunas sugerencias para la implementación del *rapport*.

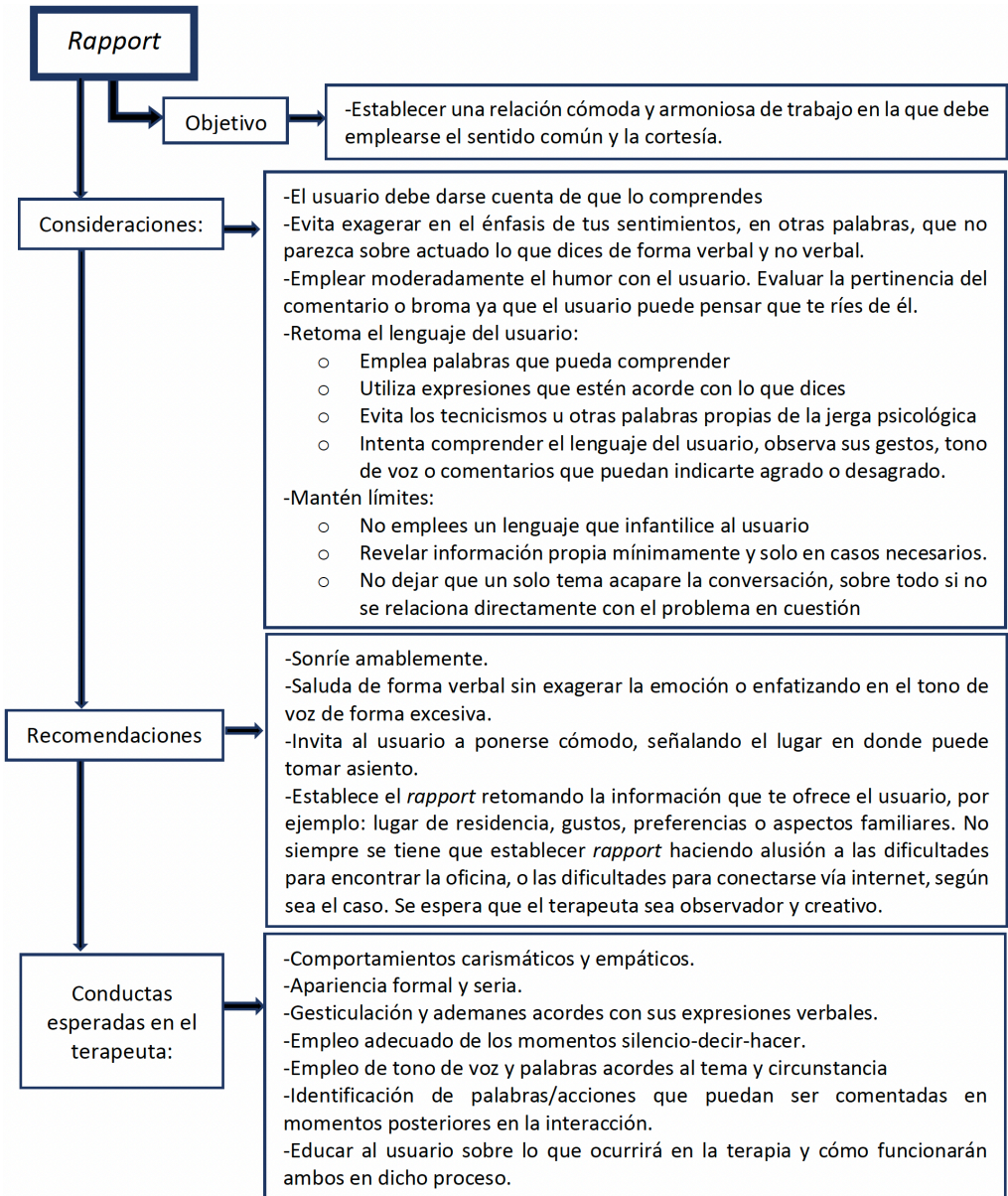
Para Lazarus (1971) el *rapport* debe entenderse como una relación óptima entre el terapeuta y el usuario durante el curso de la terapia. Señala que es indispensable si el terapeuta desea motivar al usuario a asistir a sesiones posteriores, dándole la sensación de que es escuchado y comprendido.

Las técnicas de *rapport* pueden variar durante la sesión y en el transcurso de la terapia. El terapeuta debe ser sensible para darse cuenta de la forma de establecerlo con cada usuario en términos del habla, ya que hay quienes se sienten más cómodos cuando el terapeuta sonríe amigablemente, mientras que otros prefieren al terapeuta de cara inexpresiva.

Toda vez que se ha establecido inicialmente el *rapport* y que el usuario se observa tranquilo, se debe pasar a la segunda parte de la entrevista: la recolección de datos sociodemográficos y otros datos relevantes. Para iniciar con esta actividad debemos llenar mínimamente una ficha de identificación e incluir información relacionada con los antecedentes médicos y psicológicos como se observan en la Figura 5.



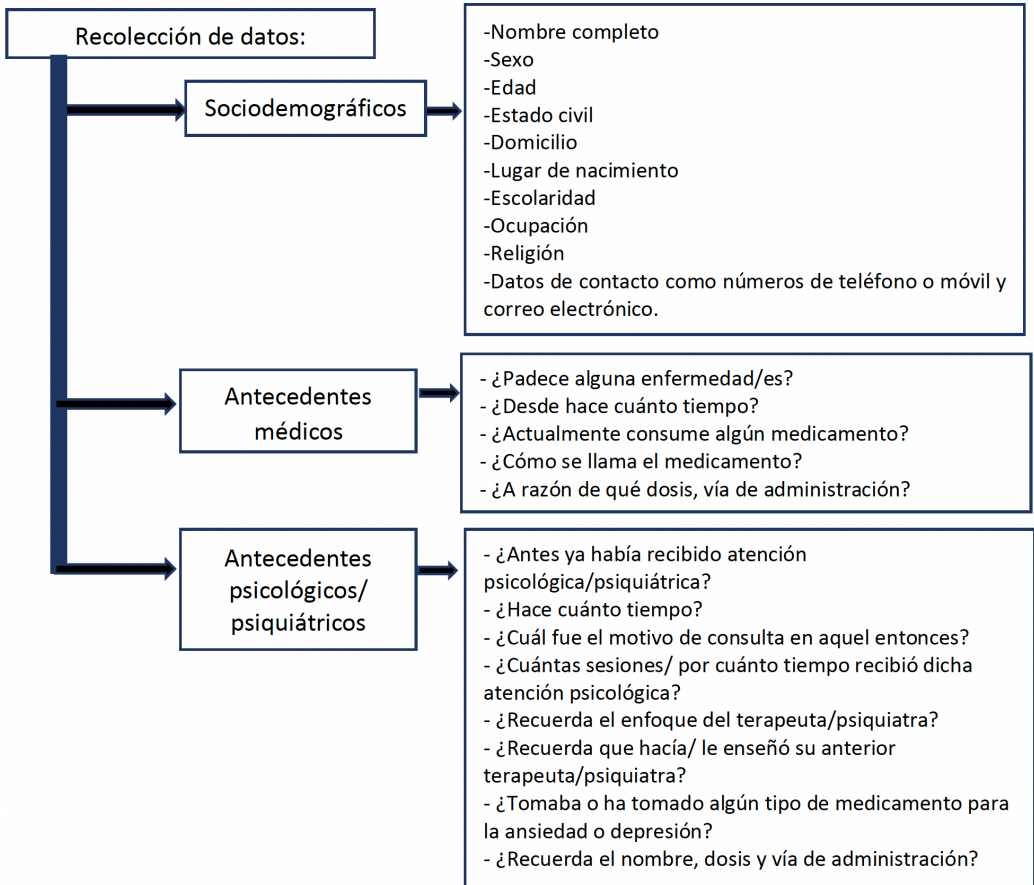
FIGURA 4. Consideraciones, recomendaciones y conductas esperadas en el terapeuta durante el establecimiento del rapport.



Nota. Elaboración Propia.



FIGURA 5. Recolección de información sociodemográfica y otros datos relevantes del usuario.



Nota. Elaboración Propia.

Posterior a la recabación de datos sociodemográficos y antecedentes de interés, el terapeuta, deberá iniciar con el interrogatorio para la identificación del motivo de consulta. Preguntas como “¿Qué le trae por aquí?” “¿Cuál es la razón por la que solicitó atención psicológica?” son solo algunos cuestionamientos que tienen la intención de conocer la



queja o demanda del usuario. A la respuesta, podemos encontrar una gama de opciones, desde el usuario que pudiese apenas responder señalando *no sé* o *no estoy seguro* hasta quien pueda ofrecernos toda una disertación sobre el contexto, la problemática y otras cuestiones que no son relevantes.

Fase intermedia

Durante esta fase, el usuario hablará por mucho tiempo ya que responderá a las preguntas del terapeuta, por lo tanto, el terapeuta no deberá perder de vista la dirección de la entrevista. Debe existir fluidez en la conversación, por lo que es importante que el entrevistador realice buenas transiciones entre los temas (no saltar entre temáticas) y vigilar en todo momento su lenguaje no verbal (Bados & García, 2014). Los objetivos de esta etapa son los siguientes: recoger información relevante y precisa, la identificación del problema y finalmente la elaboración de hipótesis que a su vez ayuden a guiar la conversación. De acuerdo con Roncero y García (2012) la autoobservación es un punto sumamente importante, ya que se deben tratar de controlar las reacciones no verbales ante lo que platica el usuario y mantener una postura objetiva, esto ayudará a evitar que el entrevistado perciba conductas de desaprobación por parte del psicólogo.

Fase final

Consiste en hacer un cierre positivo, integral y claro de lo que se ha realizado a lo largo de esa sesión y con base en el interrogatorio, es decir, se debe intentar que el usuario termine la consulta con un estado anímico mejor del que tenía al inicio. Sus principales objetivos son sintetizar de forma concreta todo lo que se charló en la entrevista, resolver dudas o confrontar según sea el caso y exponer las siguientes actividades a realizar en el próximo encuentro (Llavona, 2008; Roncero & García, 2012). Otras acciones importantes son agendar la próxima cita, indicando lugar, fecha y hora, explicar las tareas para casa y asegurarse de que el usuario no tenga alguna duda. Se puede motivar al usuario con frases alentadoras como *“Deseo que tengas una excelente semana”, “Espero que los próximos días todo vaya bien en casa/ en el trabajo” “Nos vemos en la próxima cita, te agradezco la asistencia puntual el día de hoy”*.



¿Cuáles son las actitudes y habilidades que debe tener el terapeuta para implementar una entrevista conductual?

Bados y García (2014) y Marinho et al. (2003) resaltan que el terapeuta debe poseer creatividad y sensibilidad clínica, lo que implica tener ciertas actitudes y habilidades. Este conjunto de actitudes hace alusión a patrones de comportamiento cuya función es que, para ciertos estímulos que originalmente parecían neutros (verbalizaciones y comportamientos no verbales), posean un valor emocional el cual puede controlarse por medio de variables operantes de acercamiento o alejamiento según la experiencia personal del individuo en cuestión (De Pascual et al., 2020). En la Tabla 1 se describen estas actitudes y habilidades desde un marco conductual.

TABLA 1. Actitudes y habilidades del terapeuta en la entrevista conductual.

| Actitudes | Habilidades |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">▪ <i>Empatía:</i> Conjunto de respuestas condicionadas que se presentan ante las expresiones verbales o paraverbales de la otra persona. Por ejemplo, a lo largo de su experiencia el terapeuta ha aprendido que el llanto es una manifestación de tristeza, por lo tanto, responde de cierta forma ante ella en un contexto que por lo regular aprueba dicha conducta.▪ <i>Aceptación:</i> Evitar o reducir la emisión de comportamientos manifiestos y encubiertos elicitados por el comportamiento del usuario. | <ul style="list-style-type: none">▪ <i>Escucha activa:</i> permite identificar y delimitar el problema del usuario, alentarle y diseñar un mejor plan de intervención. Operacionalmente hablando incluye que el terapeuta refuerce el comportamiento del usuario diferencialmente, evite la asociación entre el comportamiento de hablar del usuario con cualquier otro estímulo social y favorezca la asociación entre sus respuestas con otros estímulos que relacione el usuario con su bienestar.▪ <i>Directividad:</i> definida por el nivel en que el terapeuta brinda instrucciones, es decir, ofrezca estímulos discriminativos muy claros para que el usuario responda en consecuencia.▪ <i>Presentar elementos corporales adecuados:</i> habilidad para transmitir receptividad e interés a través de señales no verbales como posturas, proxemia y gesticulaciones. |



| Actitudes | Habilidades |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Autenticidad:</i> capacidad para saber cómo expresarse y en qué momentos a través de conductas no verbales. En otras palabras, que el terapeuta no castigue o emita verbalizaciones asociadas con estímulos aversivos para el usuario contingente a su comportamiento. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ <i>Presentar elementos paralingüísticos adecuados:</i> habilidad para incrementar el clima emocional de la relación terapéutica a través del control de los elementos paralingüísticos: latencia, velocidad, tono, énfasis, fluidez, tiempo de habla, claridad, velocidad. ▪ <i>Hacer preguntas abiertas:</i> habilidad para obtener datos e indicar al usuario su interés en oírle a través del uso de preguntas abiertas. ▪ <i>Manejar conductas de escape/evitación del usuario:</i> habilidad para identificar la ocurrencia de dichas conductas, sus causas y presentar conductas capaces de disminuirlas o eliminarlas. |

Nota. Elaboración Propia.

Duración y frecuencia de las sesiones

La duración de las sesiones, particularmente de la entrevista conductual para la evaluación de problemas es de suma importancia; probablemente 50 minutos sea suficiente, sin embargo, hay sesiones que pueden durar hasta 90 minutos dependiendo de la modalidad, por ejemplo, si se trata de una terapia individual, de pareja o grupal. Con respecto a la frecuencia de las sesiones, se espera que estas se lleven a cabo una vez por semana, sin embargo, su ocurrencia puede ser mayor o menor según sea el caso, por ejemplo, si se trata de un usuario en crisis, la frecuencia de las sesiones será mayor a diferencia de aquel usuario que se encuentra en seguimiento. En cuanto a este elemento, se deberá tener cuidado con los llamados telefónicos o los mensajes de los usuarios, ya que hay algunos que pretenden tener sesión terapéutica telefónica en lugar de preguntar o de realizar algún comentario de interés. Existen también usuarios que, habiendo tomado el importantísimo paso de llamar por teléfono para solicitar una cita, son impacientes y manipuladores y demandan o exigen ser atendidos inmediatamente. Estos usuarios generalmente pueden esperar no deben ser confundidos con aquellos que necesitan ser atendidos inmediatamente por gravedad.



Prácticas éticas en el contexto de la entrevista conductual

La supuesta neutralidad del terapeuta puede ponerse en duda, cuando genera ideas preconcebidas respecto de lo que espera escuchar del entrevistado, cuando añade o resta información a los expuesto por el usuario durante el interrogatorio con base en sus interpretaciones o juicios y finalmente cuando se da un diálogo inflexible entre ambos. Ante estas circunstancias, es necesario que el terapeuta actúe con valores éticos. Debe considerar que los códigos, las reglas o normas son cruciales, pero constituyen solo una parte de la estructura ética completa. La otra parte está compuesta por los principios asimilados más que aprendidos o en apego a normas, es decir, ser ético implica decir la verdad (Reynoso & Seligson, 2006). Un terapeuta no debe hacerse cargo de algún usuario cuando no esté capacitado, no debe prometer cosas que no pueda cumplir, debe terminar el tratamiento cuando éste no favorece los intereses del usuario solo por conservarlo a él y a su respectiva ganancia económica (Martínez, 2006).

Lazarus (1971) señalaba que una de las mayores limitaciones de la terapia conductual es la aplicación de técnicas específicas que ignoran los valores del usuario, sus actitudes y creencias y que no define las metas particulares del tratamiento, por lo que será menester que el terapeuta no lleve a cabo sus prácticas sin considerar estos elementos, pues si bien, el espacio de la terapia es para conocer la eficacia de ciertos tratamientos, la prioridad siempre es y deberá ser el bienestar del usuario y la correspondencia entre estos procedimientos y sus necesidades.

La ética es algo más que situaciones concretas y juicios basados en reglas y principios. Cuando se elige un principio como dominante o se compromete con una línea de conducta que se cree correcta, se hace a la luz de una creencia sobre lo que es la realidad humana o sobre el tipo de persona que se debe ser. Desde una perspectiva conductual, los puntos más importantes como requisitos del terapeuta son su competencia y habilidad, definidas y medidas objetivamente (Flanagan & Liberman, 1985). Por lo tanto, estas habilidades y sus implicaciones éticas pueden enseñarse, moldearse y asimilarse en los terapeutas en formación como se verá más adelante en el capítulo 6.

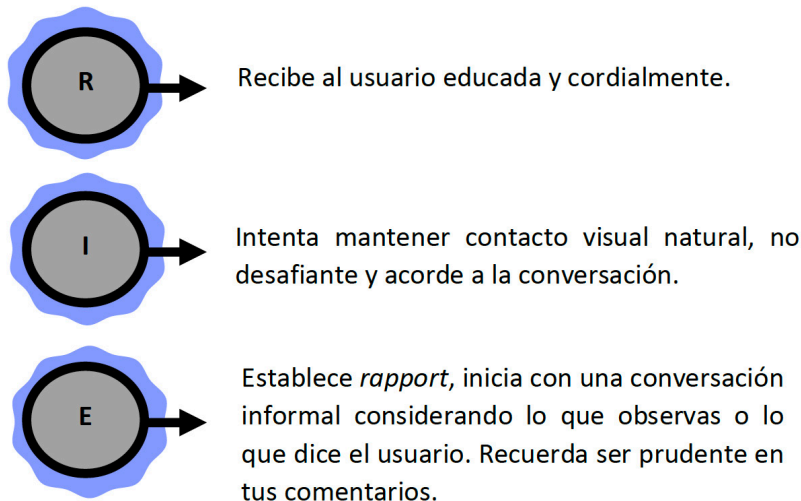


Soluciones a situaciones frecuentes en el contexto de la entrevista conductual

Una vez que se han explicado los componentes verbales y no verbales en la entrevista conductual, se exponen una serie de pautas que potencialmente pueden emplearse ante situaciones específicas, las cuales frecuentemente son percibidas como complicadas por los terapeutas en formación.

Inicio de la entrevista. Para terapeutas con experiencia limitada en la entrevista o que incluso nunca la han implementado, un problema frecuente es no encontrar las palabras o formas más adecuadas para iniciar la charla con su usuario, para ello, puede ser de utilidad seguir el acrónimo RIE el cual se observa en la Figura 6.

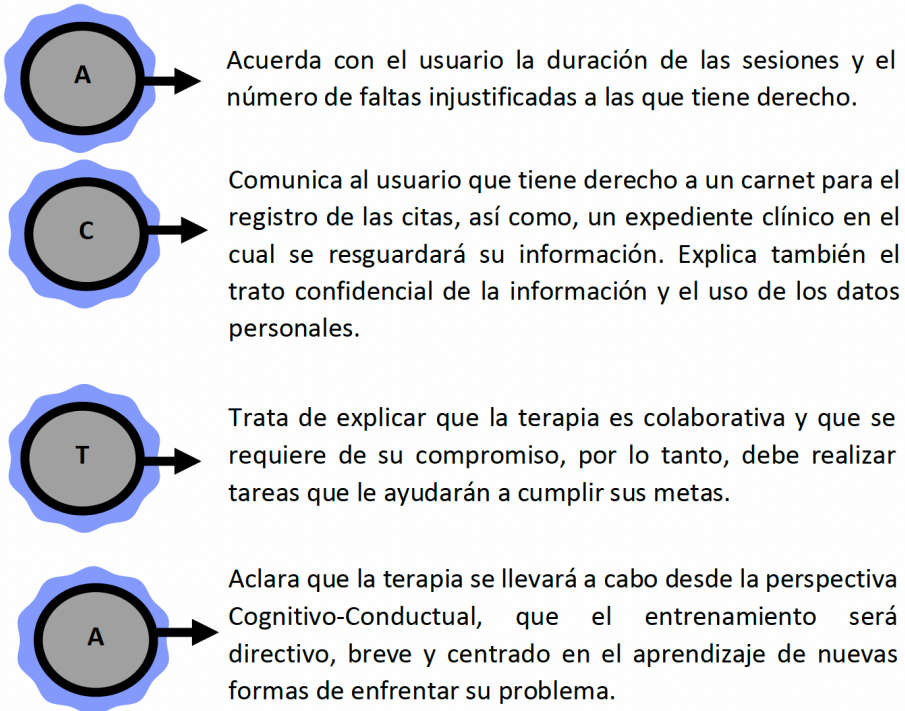
FIGURA 6. Acrónimo RIE para el inicio de la entrevista conductual (contacto inicial).





Explicar las reglas de la sesión y el enfoque psicológico con el que se conducirá la terapia. El terapeuta puede experimentar vergüenza al exponer las reglas de la terapia a un usuario que recién ha solicitado el servicio psicológico, pues *¿cómo le vamos a poner reglas a alguien que recién llega y está experimentando algún tipo de sufrimiento?* Pues bien, en la Figura 7 se exponen las pautas a seguir con el acrónimo ACTA.

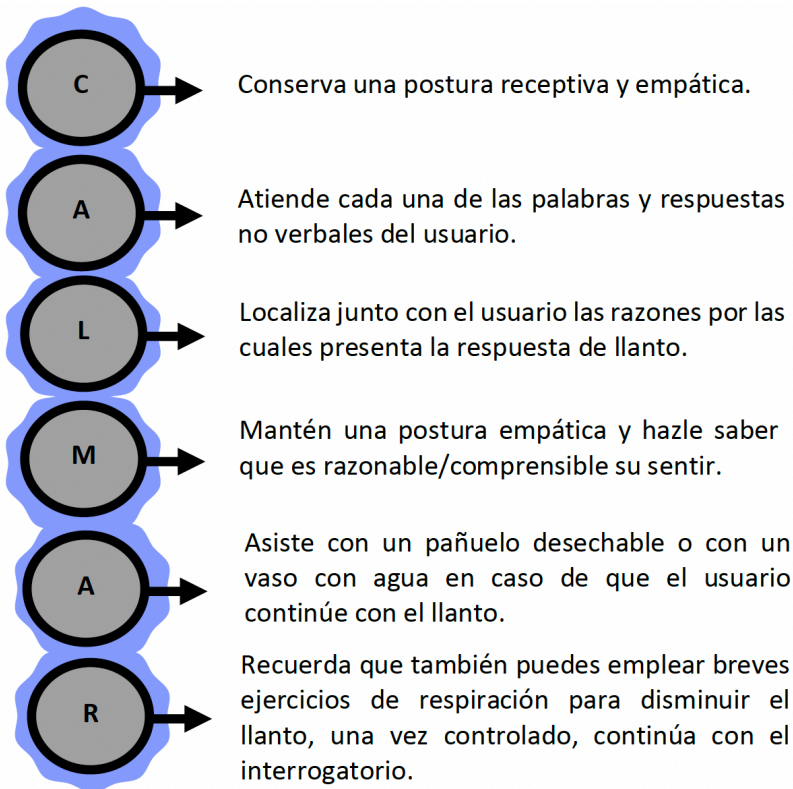
FIGURA 7. Acrónimo ACTA para explicar al usuario las reglas de la terapia y el enfoque psicológico que se empleará.





Usuario que llora durante la entrevista. En aquellos usuarios que se encuentran con gran ansiedad o deprimidos, el llanto es una respuesta muy frecuente, por lo que, formular preguntas, lograr que respondan o continuar con el interrogatorio son tareas difíciles. Conservar una postura receptiva y empática, así como emplear ejercicios de respiración pueden resultar de utilidad tal como se observa en el acrónimo CALMAR que se describe en la Figura 8.

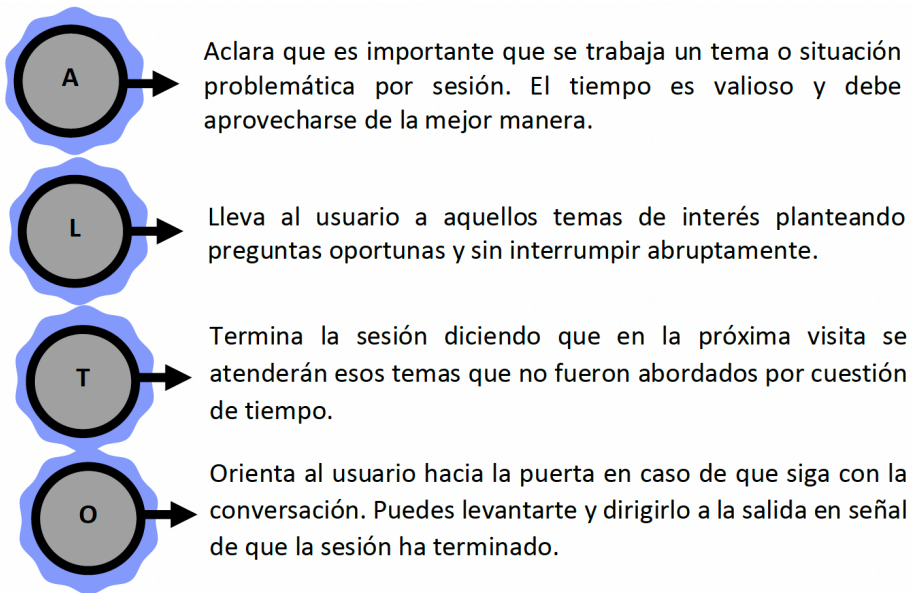
FIGURA 8. Acrónimo CALMAR para controlar la respuesta de llanto en los usuarios y continuar con la entrevista conductual.





Usuario verborreico o que insiste en hablar justo antes de finalizar la sesión. Algunos usuarios tienen la necesidad de explicar o dar cuenta hasta el último detalle de su problemática, incluso de aquellos que no se relacionan directamente con él, otros, pueden emitir respuestas muy concretas al inicio del interrogatorio, pero justo al final de la sesión, toman mayor confianza y pueden insistir en hablar de temas que por cuestión del tiempo no pueden ser abordados. En esos casos el terapeuta puede emplear las pautas que se describen en la Figura 9 con el acrónimo ALTO.

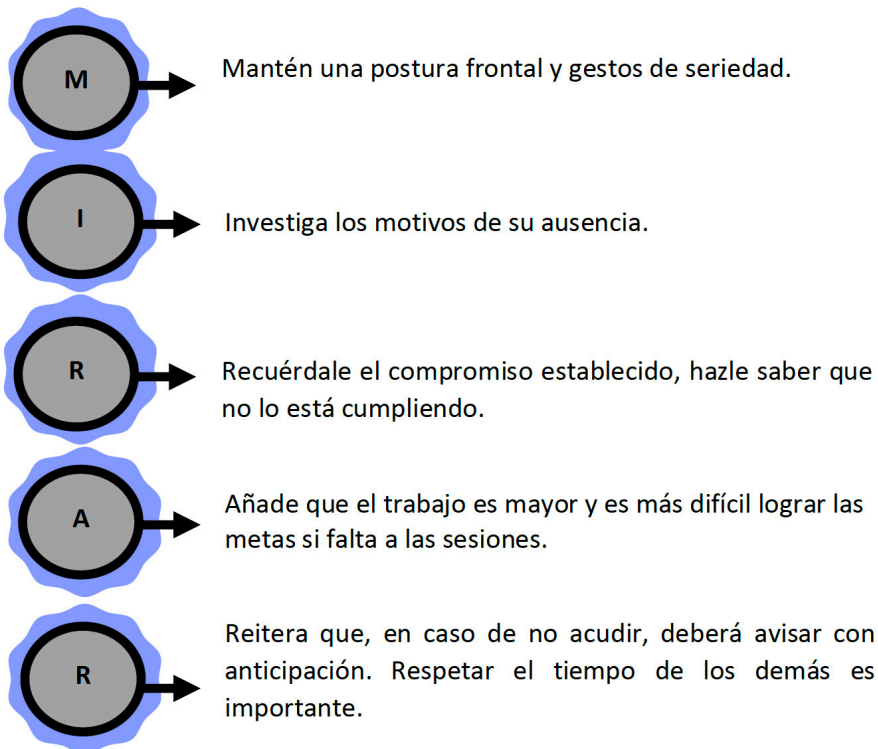
FIGURA 9. Acrónimo ALTO para detener el discurso de los usuarios verborreicos o que insisten en hablar de un tema casi al final de la sesión.





Usuario que falta a las sesiones frecuentemente o sin previo aviso. Repetidamente, los usuarios comienzan a sentir una mejoría y suelen percibir que no necesitan las sesiones con la frecuencia con la que el terapeuta les ha indicado. Otros pueden no sentirse comprometidos con la terapia, perciben costoso el servicio o simplemente, no cuentan con el recurso económico para pagar su sesión. Cualquiera que sea el caso, es responsabilidad del terapeuta, explicar la importancia de la asistencia a las sesiones y realizar en casos necesarios, una llamada de “rescate” con el objetivo de identificar el motivo de la inasistencia y acordar un nuevo encuentro. El acrónimo MIRAR puede ser de utilidad en estas situaciones y se describe en la Figura 10.

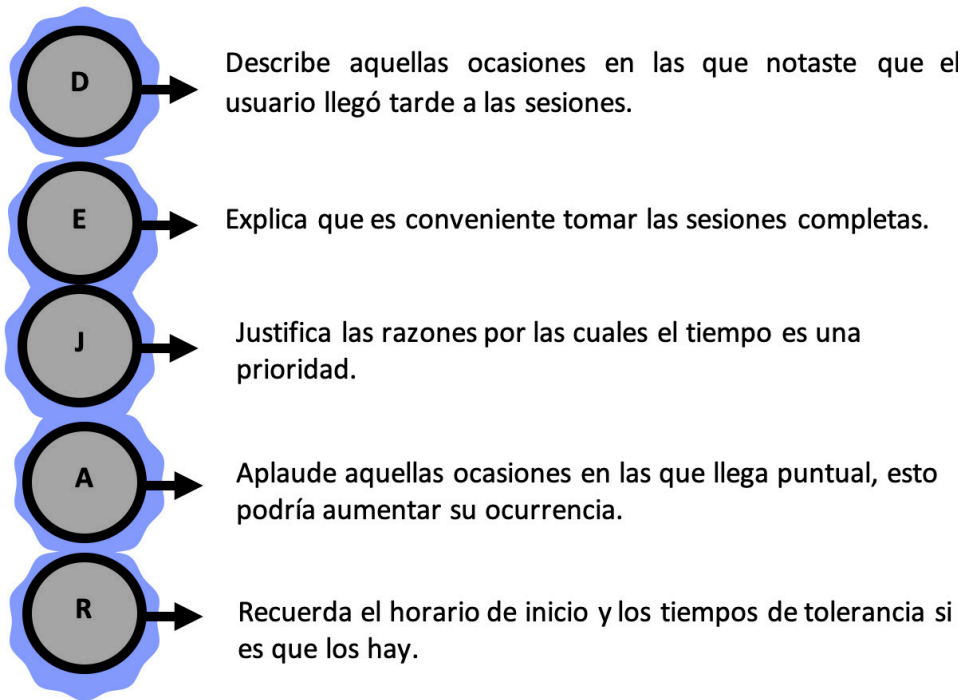
FIGURA 10. Acrónimo MIRAR para usuarios que falta a sesiones continuamente o sin previo aviso.





Usuario que llega tarde a las sesiones. Complementario a la situación anterior, también ocurre que los usuarios si acuden a las sesiones, pero llegan tarde, en esos casos se recomiendan las pautas del acrónimo DEJAR de la Figura 11.

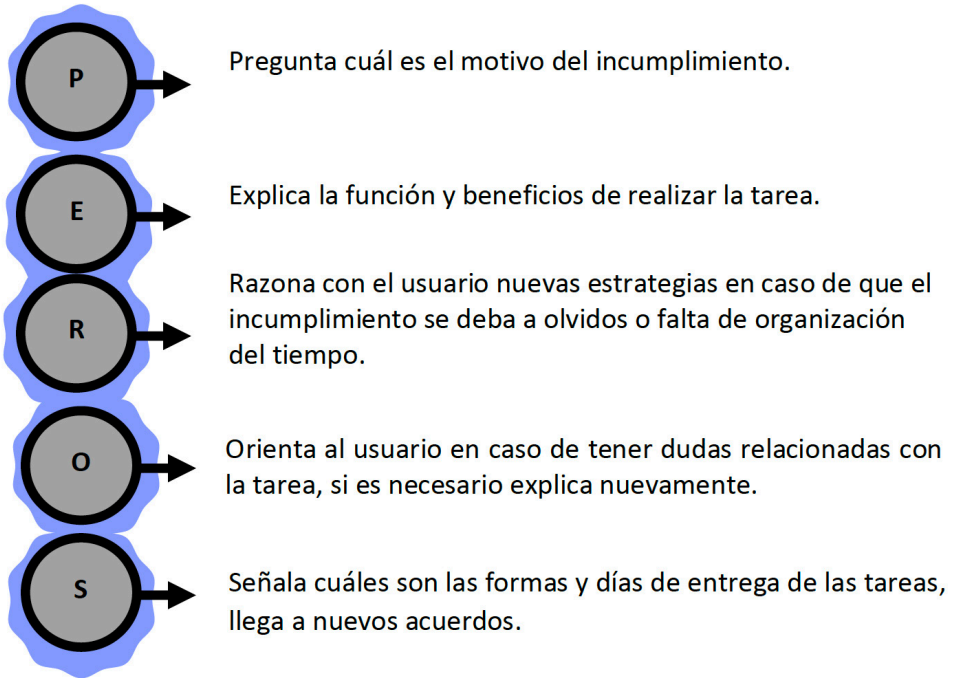
FIGURA 11. Acrónimo DEJAR para usuarios que llegan tarde con frecuencia a las sesiones.



Usuario que no ha cumplido con la entrega de las tareas. Para los usuarios, realizar las tareas de casa suele ser una actividad difícil por muchos motivos, entre los más comunes encontramos: olvidos, falta de entendimiento para realizar la tarea, déficit en la organización del tiempo para llevarlas a cabo, complejidad del registro que tienen que llenar o simplemente, no encuentran un beneficio en hacerla. Ante estas circunstancias el terapeuta puede emplear los pasos del acrónimo PEROS que se visualiza en la Figura 12.



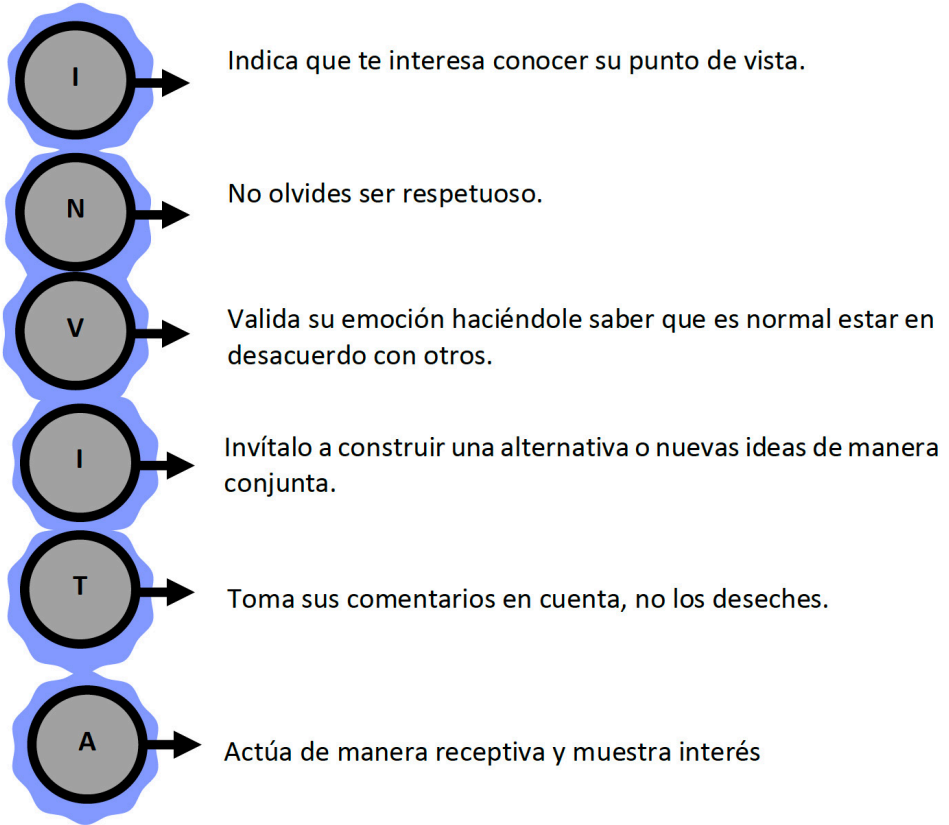
FIGURA 12. Acrónimo PEROS para usuarios que no cumplen con las tareas para casa.



Usuario que manifiesta un desacuerdo. Cuando esto ocurre, es prudente incitar al usuario a expresar los motivos de su desacuerdo y plantear otras posibles alternativas o ideas, tal como se sugiere en el acrónimo INVITA que se muestra en la Figura 13.



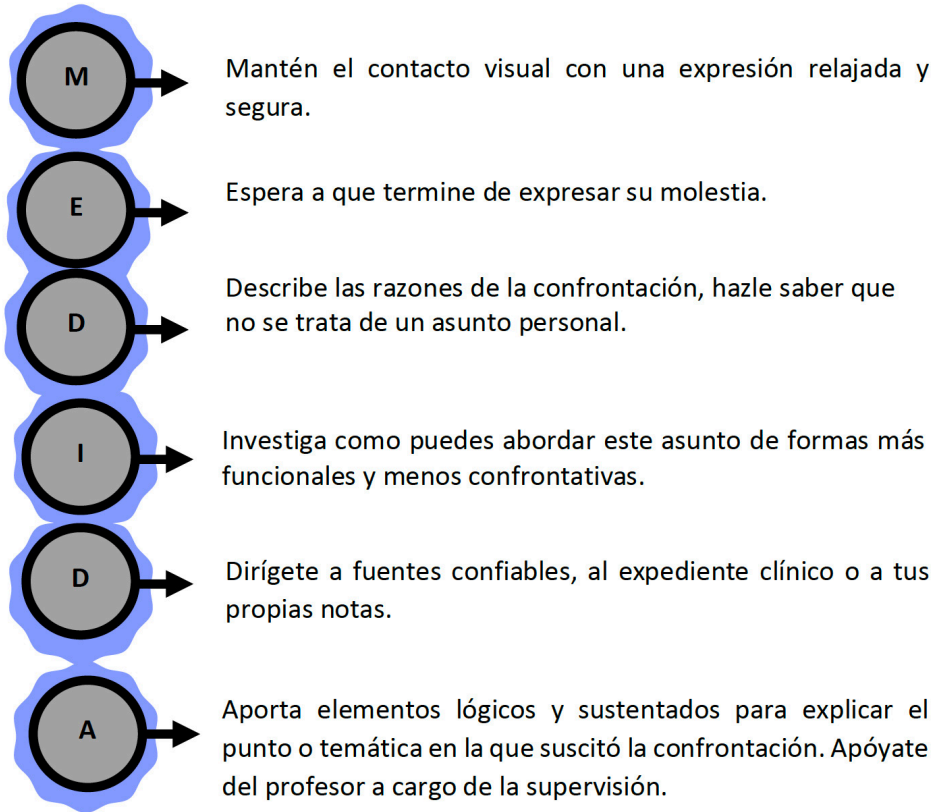
FIGURA 13. Acrónimo INVITA para usuarios que expresan un desacuerdo en la sesión.



Usuario que se altera cuando es confrontado en la sesión. Algunos de los procedimientos del enfoque cognitivo-conductual o incluso en el mismo contexto de la entrevista, se suele confrontar las ideas del usuario con miras a que encuentre la lógica de sus pensamientos, analizando los hechos y evitando las suposiciones; cuando esto ocurre, el usuario puede alterarse y manifestar enojo. Si esta situación se presenta, el terapeuta deberá dejar que el usuario exprese su molestia sin interrumpir y posteriormente, ofrecer una explicación de las razones de la confrontación como se observa en la Figura 14 con el acrónimo MEDIDA.



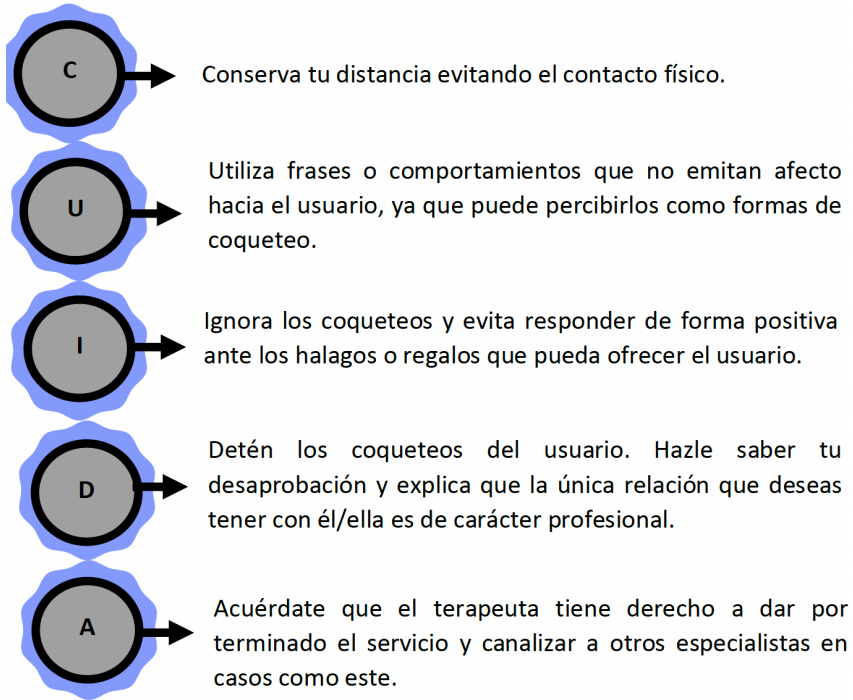
FIGURA 14. Acrónimo MEDIDA para usuarios que se alteran cuando son confrontados en sesión.



Usuario que coquetea con el terapeuta. Después de algunas sesiones el usuario puede sentirse atraído por el terapeuta, esta situación es completamente comprensible ya que después de todo, es la persona que le ha escuchado y apoyado para resolver su problema, sin embargo, es deber del terapeuta conservar la relación profesional y no fomentar la idea de que puedan ser amigos o pareja. Algunas recomendaciones al respecto se pueden visualizar en la Figura 15 con el acrónimo CUIDA.



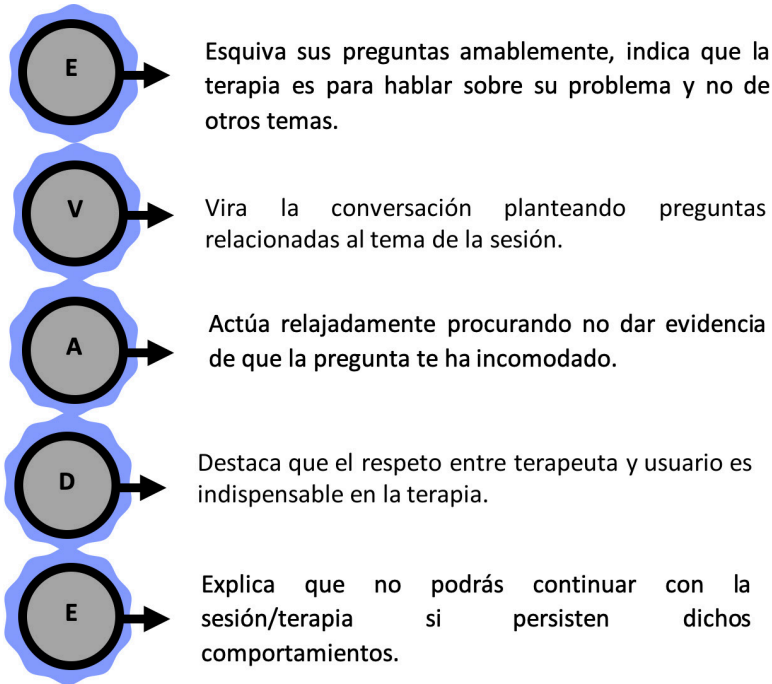
FIGURA 15. Acrónimo CUIDA para usuarios que suelen coquetear con su terapeuta..



Usuario que hace preguntas personales inapropiadas a su terapeuta. En estos casos se sugiere al terapeuta esquivar amablemente este tipo de cuestionamientos y aclarar que la sesión tiene como objetivo hablar de su problemática y las posibles soluciones. Las sugerencias para enfrentar este tipo de situaciones se observan en la figura 16 donde se describe el acrónimo EVADE.



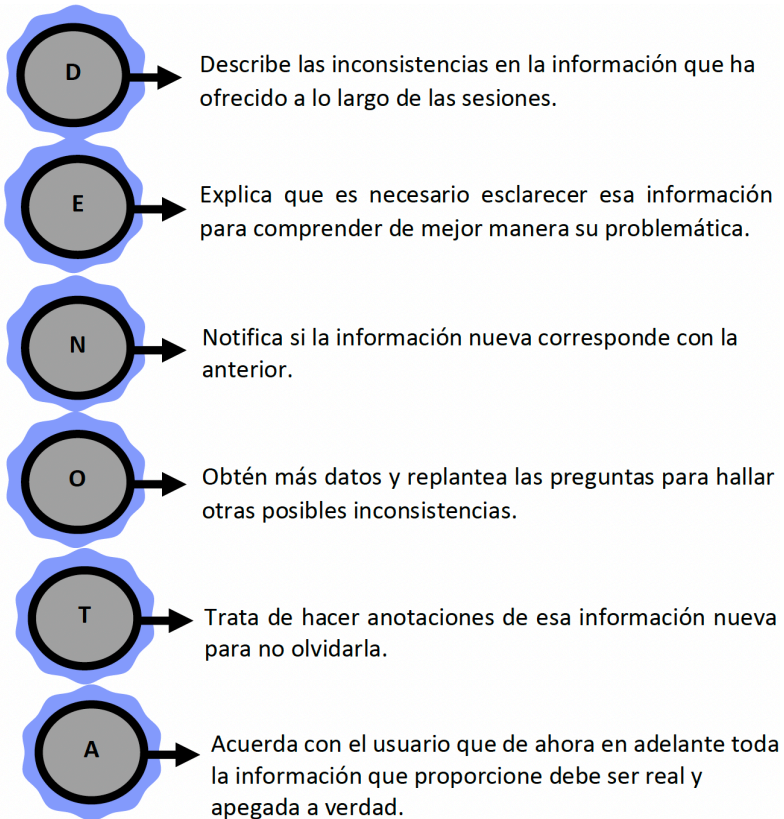
FIGURA 16. Acrónimo EVADE para usuarios que hacen preguntas personales inapropiadas al terapeuta.



Usuario que proporciona información contradictoria. En estos casos se hace saber al usuario las inconsistencias en la información. Se pueden emplear las pautas del acrónimo DENOTA que se encuentra en la Figura 17.



FIGURA 17. Acrónimo DENOTA para usuarios que ofrecen información contradictoria en la entrevista.

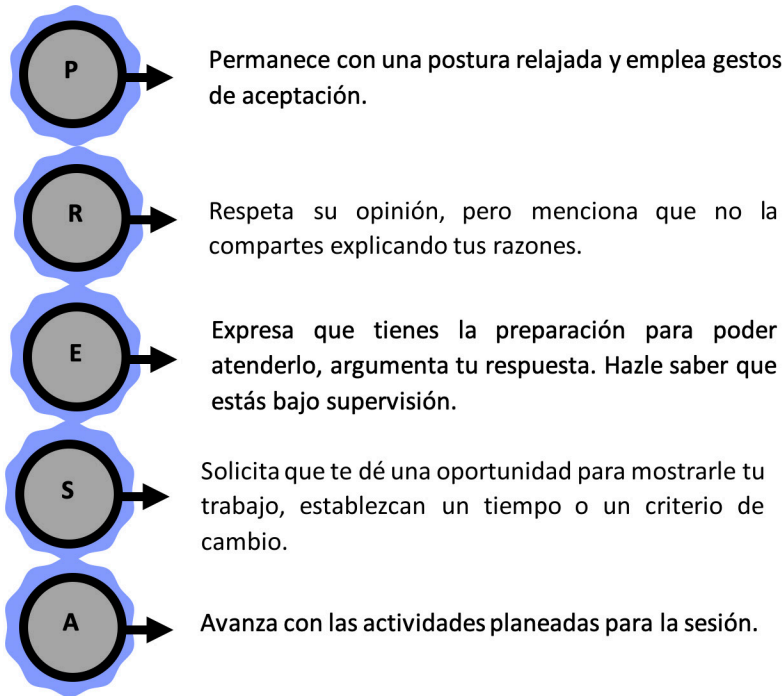


Usuario que expresa desconfianza en la habilidad del terapeuta para resolver su problema. Tal y como se mencionaba en apartados anteriores el usuario tiene expectativas de las formas en las que se llevará a cabo la terapia y por supuesto de su terapeuta. Algunas de las expectativas relacionadas con el terapeuta son; que es un adulto de mediana edad, que posee experiencia en el trato con los usuarios y en los procedimientos para abordar su problemática. En el contexto de la práctica supervisada, el usuario se percata de que será tratado por un psicólogo en formación y con experiencia mínima, motivo por el cual suele



presentarse la desconfianza y aumentan las probabilidades de abandono. De manifestarse este problema, algunos pasos que puede emplear el terapeuta son los que se describen en el acrónimo PRESA de la Figura 18.

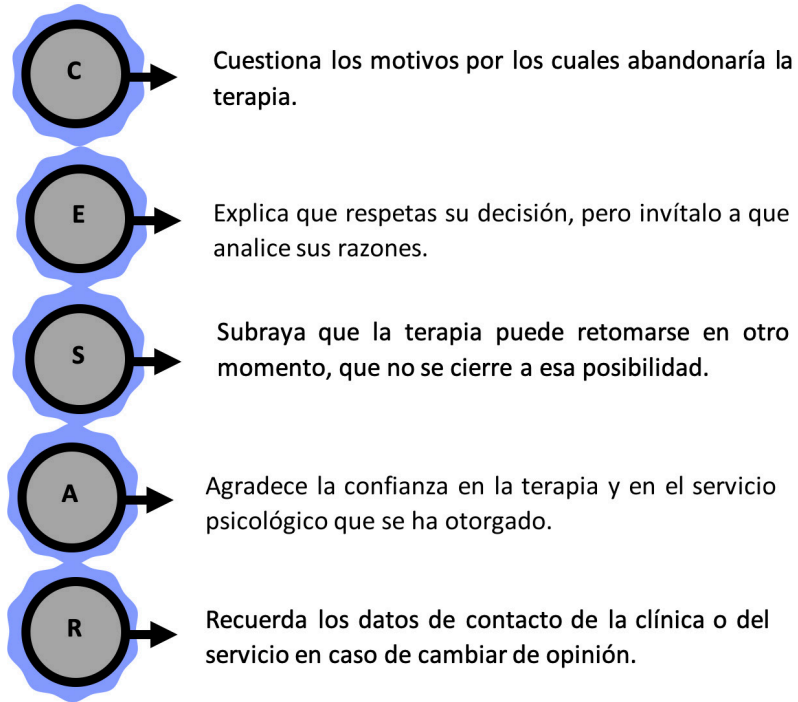
FIGURA 18. Acrónimo PRESA para usuarios que desconfían de la habilidad del terapeuta.



Usuario que expresa intención de abandonar la terapia. Lograr una mejoría, no tener afinidad con el terapeuta o cuando no se logran las metas deseadas en el tiempo pensado, son solo algunas razones por las cuales los usuarios abandonan la terapia. Pocos son aquellos que tienen la gentileza de expresar su intención de abandono, cuando esto ocurra, el terapeuta puede emplear las recomendaciones del acrónimo CESAR que se observa en la Figura 19.



FIGURA 19. Acrónimo CESAR para usuarios que expresan intención de abandonar la terapia.



¿Cómo me preparo para mi primera entrevista conductual? Recomendaciones para llevar a cabo antes, durante y después de tu primera experiencia.

Para Lamaster y Larsen (2010) y Platt (2001) realizar una entrevista conductual por primera vez suele ser una condición estresante y abrumadora para muchos especialistas médicos y psicólogos. Para mitigar ese estrés, estos autores sugieren una serie de recomendaciones antes, durante y después de este ejercicio práctico, las cuales se describen en la Tabla 2.






TABLA 2. Recomendaciones para los terapeutas que realizan por primera vez una entrevista conductual.

| Recomendaciones previas a la entrevista conductual | Recomendaciones durante la entrevista conductual | Recomendaciones posteriores a la entrevista conductual |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> - Confirma el día, la hora y el lugar de la cita. - Si te es posible ofrece un breve recorrido al usuario y muéstrale el lugar del próximo encuentro. - Practica tus preguntas frente al espejo o si te es posible, efectúa un <i>role playing</i> previo al encuentro. - Procura tener todo listo por lo menos 15 minutos antes de iniciar la sesión. - Apaga tu teléfono móvil o mantenlo en modo silencio. - Si es necesario acude al baño. - Elige por lo menos cinco preguntas clave para cada una de tus sesiones. - Relájate y sonríe. - No pienses en tus posibles fallas, finalmente estás aprendiendo. | <ul style="list-style-type: none"> - Procura dar una impresión profesional. - Evita el uso de tecnicismos o términos especializados. De usarlos, explica de qué se trata. - Presta atención al comportamiento verbal y no verbal del usuario. - Atención a tus pensamientos y sentimientos. Tal vez te encuentres nervioso o presentes algún malestar físico al escuchar la problemática de tu usuario, pero conserva la calma y conversa dicha situación con el profesor a cargo de la supervisión. | <ul style="list-style-type: none"> - Revisa tus notas de sesión, no confíes en tu memoria. - Realiza copias o guarda en otros dispositivos tus notas de sesión o grabaciones de video o audio. - Investiga acerca de la problemática y de las formas en las que estructuras la entrevista. - Realiza la lista de las preguntas que quieres realizar a lo largo de tus sesiones. |



Antes de terminar con este capítulo, ofrecemos al lector una guía de advertencias la cual se observa en la Figura 20.

FIGURA 20. Guía de advertencias-entrevista conductual.

|  No emplear |  Emplear con moderación |  Emplear en todas las ocasiones |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">-Hacer sonidos o tener "muletillas".-Hablar a una velocidad rápida.-Interrumpir al usuario cuando explique su problema.-Alargar la entrevista innecesariamente.-Utilizar tecnicismos para explicar al usuario las técnicas psicológicas. | <ul style="list-style-type: none">-Conversar de experiencias propias para brindar confianza al usuario.-Registrar la información en notas al momento en que el usuario se encuentre hablando. | <ul style="list-style-type: none">-Resumir y dejar claro al usuario el objetivo de la entrevista.-Aclarar el significado de algún mensaje ambiguo que haya mencionado.- Poseer una buena pronunciación, fluidez y entonación; un volumen de voz que permita al usuario comprender. |

Nota. Elaboración Propia.

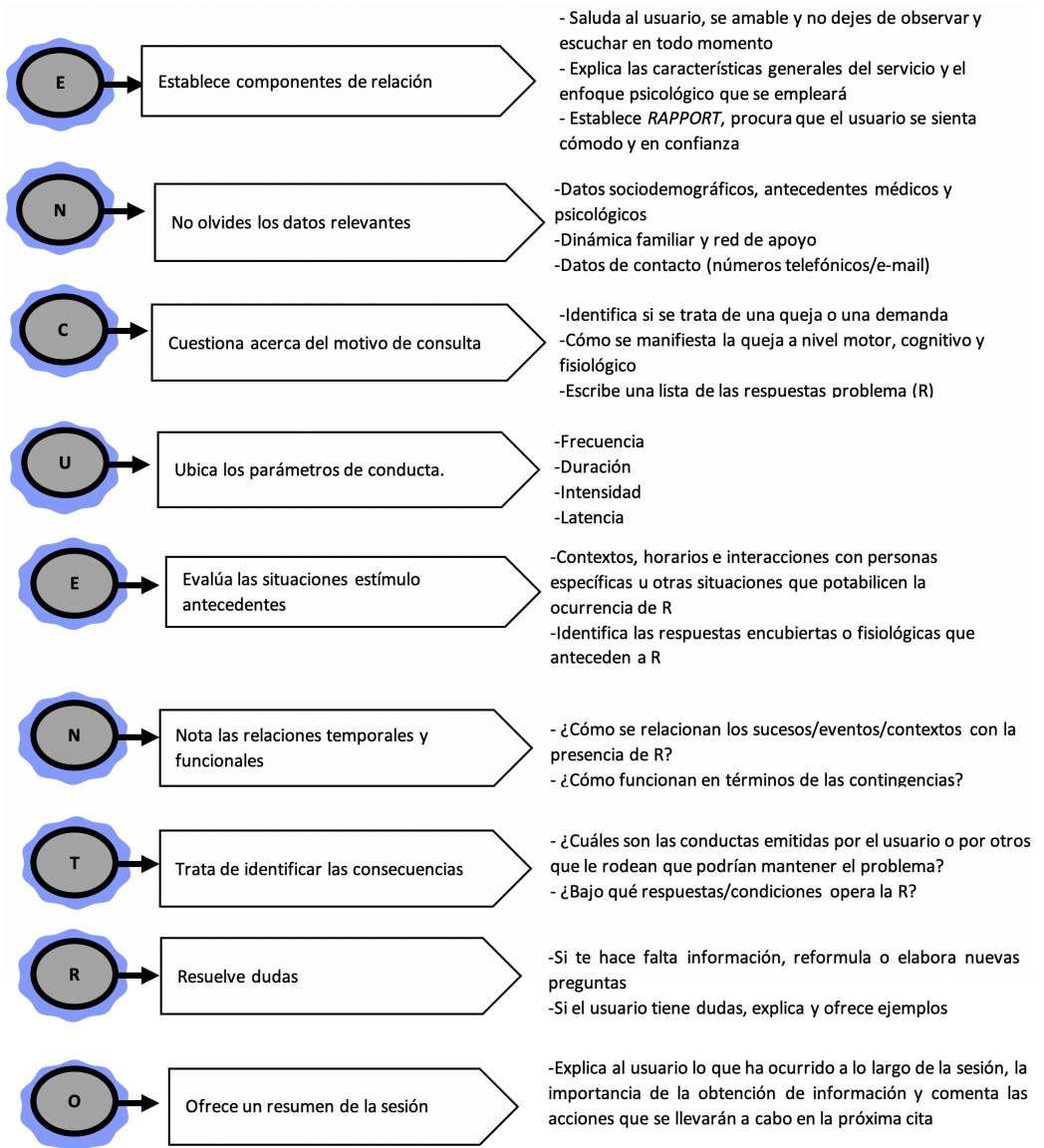


Conclusiones

- La entrevista conductual es la principal estrategia en el proceso de evaluación, es una técnica por medio de la cual se identifican y conceptualizan las conductas problemáticas (topográfica y funcionalmente).
- En la entrevista conductual de evaluación de problemas se recaban datos de los repertorios conductuales problemáticos y de elementos situacionales anteriores y posteriores a la ocurrencia de la conducta en cuestión.
- El *rapport* tiene como meta lograr que el usuario y el terapeuta mantengan una relación cómoda y armoniosa de trabajo.
- La entrevista conductual para la evaluación de problemas puede ser entendida como un encuentro interactivo entre el terapeuta y el usuario e implica las actividades que se describen en la Figura 21 con el acrónimo ENCUESTRO.



FIGURA 21. Acrónimo -encuentro para integrar todos los elementos de la entrevista conductual.



Nota. Elaboración Propia.



Referencias

- Bados, A. y García E. (2014). La entrevista clínica. *Dipòsit Digital de la Universitat de Barcelona*. Recuperado el 30 de julio 2021 de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/54766/1/Entrevista.pdf>
- Bravo, M. y Miguel, R. (2021). Entrevista conductual en el ámbito hospitalario. En L. Reynoso y Becerra A. (coord.). *Medicina Conductual: Avances y Perspectivas*. (pp. 16-47). Qartuppi. <http://doi.org/10.29410/QTP.21.11>
- De Pascual, R., Gálvez, E., Serrador, C., Gyran, T. y Froxán, M. (2020). Análisis funcional de términos psicológicos. En M. Froxán Parga. *Análisis funcional de la conducta humana*. (pp. 162-205). Pirámide.
- Díaz, M., Ruíz, M. y Villalobos, A. (2012). El proceso en Terapia de Conducta: la evaluación conductual En A. Ruíz, M. Díaz y A. Villalobos. *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. (pp. 99-152). Desclée de Brouwer.
- Fernández-Ballesteros, R. (2013). Conceptos y modelos básicos. En R. Fernández-Ballesteros (Dir.), *Evaluación psicológica. Conceptos, método y estudio de casos* (pp.27-59). Ediciones Pirámide.
- Flanagan, S.G., y Liberman, R. P. (1985): Problemas éticos en la práctica de la terapia conductual. En: M. Rosenbaum (Ed) *Ética y valores en psicoterapia*. Fondo de Cultura Económica.
- Froxán, M. X., Montañó, M., y Calero, A. (2006). ¿Por qué la gente cambia en terapia? Un estudio preliminar. *Psicothema*, 18(4), 797 - 803. <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=3311>
- Kanfer, F. & Saslow, G. (1965). Behavioral Analysis. An Alternative to Diagnostic Classification. *Archives of General Psychiatry*, 12, 520-538.
- Lamaster, M. A., & Larsen, R. A. (2010). Prepare for a behavioral interview, then ace it!. *Nursing*, 40 Suppl, 8–10. <https://doi.org/10.1097/01.NURSE.0000387060.63175.ea>
- Lazarus, A. A. (1971). *Behavior therapy and beyond*. Mc Graw-Hill, Co.
- Llavona, L. (2008). Entrevista. En F. J. Labrador (Ed.), *Técnicas de Modificación de Conducta* (pp. 103-120). Ediciones Pirámide.



- Martínez, N. E. (2006). Ética de la profesión: proyecto personal y compromiso de ciudadanía. *Veritas*, 1(14), 121-139.
- Marinho, M. L., Caballo, V., y Silveira, J. M. (2003). Cuestiones olvidadas en la terapia conductual: las habilidades del terapeuta. *Psicología conductual*, 11(1), 135-161. https://www.behavioralpsycho.com/wp-content/uploads/2020/04/08.Marinho_11-1.pdf
- Morrison, J. (2015). *La entrevista psicológica*. Manual Moderno.
- Perpiñá, C. (2012). Definición y aspectos conceptuales de la entrevista. En Perpiñá, C. (coord). *Manual de la entrevista psicológica*. (pp. 23-50). Ediciones Pirámide.
- Platt, W. (2001). "Tell Me about Yourself": The Patient-Centered Interview. *Annals of Internal Medicine*, 134(11). doi:10.7326/0003-4819-134-11-200106050-00020
- Reynoso, L., y Seligson, I. (2006). Algunas reflexiones sobre ética y psicología de la salud. *Boletín Electrónico de APICSA*, 2(2), 4-7. ISSN: 1794-435X
- Roncero, M., y García, G. (2012). El proceso de la entrevista. En Perpiñá, C. (coord.). *Manual de la entrevista psicológica*. (pp. 177-200). Ediciones Pirámide.
- Villarreal, M. (2008). *Entrevista conductual. Revisión teórica*. Trillas.

Capítulo 3

Elaboración del Análisis Funcional de la Conducta (AFC): consideraciones y advertencias

Ana Leticia Becerra Gálvez
Isaías Vicente Lugo González



Introducción

La evaluación del comportamiento constituye la identificación y medición de un problema de conducta, así como las variables que ejercen control sobre él (ambientales, biológicas o personales). En este sentido, y como ya se ha dicho en capítulos anteriores, el proceso de evaluación conductual resulta necesario para generar explicaciones sobre las causas y mantenimiento de una conducta problema, además, de configurar la mejor forma de modificarla.

Para ello, la evaluación conductual parte de cinco elementos fundamentales cuando se trata de conocer una conducta problemática: 1) análisis experimental; 2) perspectiva ideográfica; 3) perspectiva multicausal; 4) evaluación multimetódica y multinivel; y 5) análisis funcional de la conducta (AFC; Fernández-Ballesteros, 2001; O'Brien et al., 2015). En relación con este último, se dice que es esencial para la elaboración de hipótesis sobre el inicio y mantenimiento de las conductas problemáticas de un usuario, por lo tanto, es pieza clave para la elección de las técnicas de intervención.



Desafortunadamente, al paso de los años, el AFC ha perdido la importancia entre la comunidad de psicólogos que se dedican a la práctica clínica desde una perspectiva conductual, ya que, muchos de ellos plantean sus intervenciones con base en su experiencia clínica o emplean técnicas o terapias que en la actualidad están en boga o que según la evidencia científica las coloca como útiles para resolver ciertos problemas de conducta; tal es el caso de las denominadas terapias conductuales de tercera generación (Pérez-Álvarez, 2006).

Ahora bien, otro problema común entre los psicólogos clínicos que parten desde perspectivas conductuales o cognitivo-conductuales, es la reducción de un complejo AFC (necesario para explicar una conducta problemática) a simples esquematizaciones temporales de las variables que supuestamente se relacionan entre sí, sin dar cuenta de los procesos de aprendizaje subyacentes (Froxán et al., 2020a). Este fenómeno representa un peligro, pues la funcionalidad de un elemento en una secuencia conductual no depende de su topografía o morfología, sino de la relación de contingencia entre los elementos de la secuencia de interés.

Como respuesta a este desafío, el modelo cognitivo-conductual ha desarrollado múltiples herramientas de evaluación y tratamiento, las cuales se han implementado casi sin juzgarse, de tal suerte que hoy es posible encontrar terapias “manualizadas” las cuales se emplean sin conocer la función que tienen las variables que le dan vida a ese problema.

Dicho lo anterior, en este capítulo, el lector conocerá más acerca del AFC en el contexto clínico, sus elementos, características y las formas de llevarle a cabo con base en los principios de aprendizaje.

Análisis Funcional de la Conducta: conceptualización e historia

El AFC es un proceso cuya meta es identificar las relaciones funcionales mediante la recopilación de información acerca de los factores que controlan el comportamiento. Éste, permite establecer una red multicausal que sirve como base para la comprensión del mantenimiento del comportamiento problema y el diseño de la intervención (Bravo & Mora, 2014).

En psicología, la primera ocasión que se empleó el concepto de *análisis funcional* fue en el libro de Skinner titulado *Ciencia y Conducta Humana*, esto en 1953, en esta obra se dieron



las primeras descripciones de lo que sería el AFC, al hablar de que el comportamiento está en función de variables externas, entendiéndose que estas operan como variables independientes y el comportamiento como variable dependiente (Fernández-Ballesteros, 2001; Saini et al., 2021).

Posteriormente, Skinner lo retomó en su obra *La conducta de los organismos: un análisis experimental*, y desde entonces ha sido una herramienta relevante para el avance de la psicología, específicamente, al hablar del estudio científico del comportamiento desde una perspectiva conductual (Fernández-Ballesteros, 2001; O'Brien et al., 2015).

Al respecto, Froxán et al. (2020a) mencionan que, aunque originalmente Skinner retoma la terminología causa-efecto y se basa en la noción negativa de fuerza como variable causal de los fenómenos físicos, por lo tanto, el término causal fue reemplazado por el de “relación funcional” abriendo camino a lo que hoy conocemos como AFC.

Ahora bien, los orígenes filosóficos del AFC se pueden remontar al funcionalismo, escuela que se centró en el estudio de la conducta observable y su ambiente. Esto en contraparte al estructuralismo en el cual se hizo énfasis en la división y el estudio de los procesos mentales, principalmente por medio de la introspección y el reporte verbal (Rummel et al., 2012).

Históricamente, el AFC en contextos clínicos ha sido aplicado especialmente en personas con necesidades educativas especiales, con algún tipo de discapacidad, conductas problema asociadas a las autolesiones y a los trastornos de conducta alimentaria en los cuales se ha demostrado sistemáticamente el efecto del contexto y la intervención terapéutica sobre la frecuencia de dichas conductas (Carter et al., 2004; Moline et al., 2020; Rummel et al., 2012; Saini et al., 2021).

En la actualidad el uso del AFC se ha extendido a la evaluación de conductas problema en usuarios de todas las edades y su empleo ha ido más allá del planteamiento de hipótesis clínicas, pues ha conllevado analizar el papel de la interacción terapéutica en el cambio conductual del usuario (Montaño et al., 2011). Se emplea en el área de la salud en personas que viven con enfermedades crónico-degenerativas (Becerra et al., 2020), en contextos organizacionales y empresariales (Vega & Ruíz, 2019) y en el contexto educativo (Irigoyen & Jiménez, 2004); solo por mencionar algunos ámbitos.



Análisis Funcional de la Conducta vs Evaluación Funcional

El AFC tiene como meta estudiar las conexiones entre las variables ambientales y la conducta, lo que suponía en un inicio y para fines de la psicología experimental, la observación directa de la conducta en ambientes controlados, sin embargo, en ambientes clínicos esto resultó ser un problema dado que no se puede observar el comportamiento de un usuario fuera de las sesiones. Ante esta inmutable realidad es que el terapeuta recurre a la conducta verbal primordialmente, para identificar esa muestra de comportamientos entendidos como problemáticos por el usuario (Hanley et al., 2003; O'Brien et al., 2015).

Es necesario mencionar que, dentro del trabajo de los psicólogos experimentales y aplicados en contextos institucionalizados se ha hecho una diferenciación entre el AFC y la evaluación funcional (Armfield & Craske, 2005; Forteza & Vara, 2000; Hawkins et al., 2019; Martella et al., 2012; Martin & Pear, 2008; Miltenberger, 2013; Virués-Ortega & Haynes, 2005).

Desde estas perspectivas se considera que el AFC es un análisis experimental del comportamiento donde el investigador altera directamente las consecuencias (perspectiva operante) en pro de modificar o reforzar el comportamiento (Martin & Pear, 2008; Miltenberger, 2013; Saini et al., 2021), por ello, los procedimientos de evaluación corresponden a la observación directa, la intervención a la manipulación de consecuencias y el tipo de estructura de análisis metodológico a los diseños experimentales de caso único (Barlow & Hersen, 1984). Autores como Hawkins et al. (2019), Martella et al. (2012), Martin y Pear, (2008) y Miltenberger (2013) mencionan que la evaluación funcional y como se ha mencionado, implica un proceso de recopilación de información en el que se puede realizar actividades como:

- 1) La aplicación de cuestionarios o entrevistas sobre los comportamientos problemas, sus antecedentes y consecuentes, que pueden ser posteriormente estructurados de manera secuencial (métodos indirectos de evaluación).
- 2) Realizar observación directa del comportamiento problema y llevar a cabo el registro de este, así como de los eventos que le preceden y le siguen (métodos directos de evaluación).

En los métodos directos para la evaluación funcional es esencial la observación de la cual se pueden derivar registros para posteriores periodos de evaluación y comparación



entre observadores, mientras que en los métodos indirectos la recabación de información suficiente y relevante es fundamental.

Para concluir con este apartado, hay que decir que el AFC tiene como meta entender el funcionamiento de la conducta y explicarla con base en la descomposición de sus unidades funcionales, su relación de contingencia y sus cambios según las condiciones espaciotemporales. Para Bravo y Mora (2014) algunas de las características del AFC son: es hipotético (supuesto y construido por el terapeuta como observador de la conducta de otro organismo); incompleto (al tratarse de la relación interactiva al paso del tiempo pueden agregarse o eliminarse variables que permitan una mejor explicación del problema); dinámico (la alteración de la conducta problema es mayor debido al paso del tiempo y la presencia de otras variables disposicionales) y refleja los sesgos del clínico (dado que existen tantos modelos representativos del análisis topográfico, el análisis funcional puede variar según el criterio e interpretación del terapeuta).

¿Realmente existen diferentes formas de hacer un AFC?

La respuesta es no, solo hay un solo AFC. A lo largo de las últimas dos décadas, han surgido diferentes modelos para elaborar el AFC, estos incluso, han cambiado según la perspectiva conductual que le sustenta (modelos de primera, segunda o tercera generación) o el autor que lo propone. Las formas para esquematizarlo han cambiado tanto, que ahora podemos hallar modelos que van desde la triple relación de contingencias hasta sistemas matemáticos que nos permiten probabilizar la ocurrencia de una conducta con el uso de estadísticos (Cormier & Cormier, 2000; Forteza & Vara, 2000; Iwatta & Dozier, 2008; Montgomery, 2018; O'Brien et al., 2015; Perona & Rivas, 1996; Virués-Ortega & Haynes, 2005).

Perona y Rivas (1996) refieren que, históricamente existen algunos modelos de AFC que se han empleado primordialmente, por ejemplo, el modelo de Lindsley (1964, estímulo respuesta-contingencia-consecuencia), el de Kanfer y Saslow (1969, estímulo, organismo, respuesta, contingencia, consecuencia) y el de Haynes y O' Brien (1990, *Functional Analysis and Functional Clinical Case Model*). Sin embargo, también existen otros como el Modelo Secuencial Integrativo, descrito por Fernández-Ballesteros y Carrobbles (1981) y más recientemente, el Mapa Clínico de Patogénesis (Nezu et al., 2006).



Por ejemplo, un esquema utilizado por mucho tiempo en el ámbito clínico es el E-O-R-K-C, propuesto originalmente por Kanfer y Saslow (1965, 1969, 1976), el cual además ha sido sugerido mayormente por los manuales de modificación de conducta y otros libros (Bravo & Mora, 2014; Labrador et al., 1993, 2008; Mayor & Labrador, 1984; Olivares & Méndez, 2010). Esta representación esquemática también denominada modelo secuencial, está constituido por Estímulos antecedentes (estímulos ocurridos antes de la respuesta, con una relación funcional), Organismo (donde se incluyen determinantes biológicos, repertorios de conductas y la historia de aprendizaje), Respuesta, Contingencias y Consecuencias (aquellos estímulos que siguen a la emisión de una conducta problema y que conservan una relación funcional con la emisión de la respuesta).

Haynes & O'Brien (1990) afirmaron que el AFC conlleva la identificación de las relaciones funcionales causales, importantes y controlables, las cuales se aplican a las conductas específicas de una persona. Posteriormente, estos mismos autores realizaron una reformulación de su modelo original ajustándolo aún más como una alternativa para formular casos clínicos (Kaholokula et al., 2013).

A pesar de los diversos modelos del AFC, no existe evolución sustancial, por el contrario, este se ha debilitado y ahora con las prácticas basadas en evidencia, se ha vuelto prioridad el estudio de las grandes muestras y el máximo control metodológico reduciendo en muchas ocasiones al fenómeno psicológico al cumplimiento de criterios diagnósticos o a la simple descripción topográfica de la conducta (Froxán et al., 2020b).

Para fines de este capítulo es importante señalar al lector, que el AFC es entendido como un elemento más del denominado proceso de evaluación conductual o también como ciertos autores le denominan, formulación de casos clínicos. Ahora bien, también es relevante señalar que los casos clínicos pueden ser formulados desde diferentes paradigmas, tal como se señalaba en el capítulo 1 desde los enfoques sistémicos, psicoanalistas y cognoscitivos, por lo que se sugiere no confundir dichos términos y tener cautela en su empleo.

Así como estas propuestas, existen otras que han intentado ajustar a los modelos terapéuticos para la intervención como formas de representación topográfica de la conducta problema, tal es el caso de la Terapia Racional Emotivo Conductual y su modelo ABC (A= acontecimientos activadores; B= creencias/pensamientos y C= Consecuencias) para dar cuenta de los pensamientos irracionales (Grieger, 1990), el modelo para la conceptualización cognitiva de Judith Beck para identificar las creencias centrales, intermedias y automáticas (Beck, 2008) y el mapa clínico de patogénesis que es una adaptación al clásico modelo E-O-R-C



explicado desde otra denominación de las variables, por ejemplo, distales y relacionadas con la respuesta (Nezu et al., 2006).

Estos ajustes han resultado en confusión para varios terapeutas cuyo interés es realizar su práctica clínica desde un enfoque conductual, pues en un primer momento, se concentran solo en la topografía de la conducta intentando de manera forzada e intencional, llenar los rubros o recuadros de una representación esquemática y en un segundo momento, se pierden de vista los principios de aprendizaje que subyacen a la ocurrencia y permanencia de un comportamiento problema.

AFC como un continuo: los peligros de la segmentación y los modelos lineales

Iniciaremos este apartado diciendo que la conducta humana es una corriente continua pero no lineal, la cual no tiene inicio ni término. Es una interacción, por lo tanto, es una propiedad relacional que no tiene extensión (Froxán et al., 2020b). El mismo Skinner en su obra *La conducta de los organismos: un análisis experimental* (1975) menciona: “por conducta entiendo simplemente el *movimiento* de un organismo o sus partes dentro de un marco de referencia suministrado por el mismo organismo o por varios *objetos externos o campos de fuerza*. Es conveniente hablar de ella como de la *acción* del organismo sobre el mundo exterior, y a veces es deseable observar un *efecto* en lugar del mismo movimiento...” (p.20).

Analizando esta definición, se entiende que la conducta:

- 1) Obedece a condiciones externas (contexto) las cuales varían según el espacio y el tiempo.
- 2) Como movimiento se distingue por ser en sí misma dinámica (acción y efecto de mover según su etimología latina).
- 3) Cambia según los marcos de referencia que pueden ser suministrados por el mismo individuo (productos verbales encubiertos que siguen siendo conducta y no efectos de una entidad interna llamada mente).



- 4) Es de forma simple lo que *hace* un individuo o más específicamente, lo que otro organismo dice que hace (resultado del intercambio de productos verbales manifiestos).

Entonces, se trata de un patrón de respuestas (manifiestas y encubiertas) que no tiene principio ni fin, por esa razón es responsabilidad del terapeuta concentrarse en una muestra del comportamiento según la problemática o problemáticas expresadas por el usuario. Si bien es cierto la conducta no se puede segmentar, el uso de los modelos esquemáticos del análisis topográfico, resultan ser una estrategia didáctica (y solo eso), para conocer los componentes que configuran un problema, empero es responsabilidad del terapeuta entender que, la presencia de una posible correlación entre las variables no supone causalidad en una secuencia de conducta. Admitir, por ejemplo, que un individuo llora coincidentemente por las noches, cuando se encuentra a solas, no necesariamente indica que dichas condiciones externas guardan una relación funcional con el comportamiento del llanto.

Es lógico entonces, que las relaciones funcionales no se limitan a descubrir una simple correlación positiva entre los valores de las variables involucradas en una problemática, sino que deben expresar una relación de dependencia funcional (contingencia), por lo tanto, se puede identificar la función del estímulo que afecta la conducta de un organismo y la función de la respuesta producida que afecta/modifica el contexto.

Pensemos en el siguiente ejemplo, imaginemos que el usuario se presenta a sesión con la siguiente demanda *“No puedo comunicarme con las personas”*, pues bien, valdrá la pena hacer las siguientes preguntas *¿de qué personas está hablando específicamente?, ¿en qué situaciones o contextos desea desarrollar esta habilidad?, dentro de una amplitud de mensajes por comunicar ¿Cuáles son los que resultan problemáticos?*

Como puede denotar el lector, con este ejemplo se ilustra la necesidad de concentrarse solo en una muestra del comportamiento en cuestión, identificando si la problemática se da ante un estímulo discriminativo (E_D) de otra respuesta del mismo usuario o de otras personas en el contexto en el que ocurre o, por el contrario, opera en función de un estímulo reforzador (E_R) de alguna respuesta que le antecede. Las respuestas condicionadas (R_C) son aquellas que no influyen en el control del estímulo condicionado (E_C) que las provoca. Por otra parte, una respuesta operante, genera un cambio en el ambiente, el cual también influye en el



control del estímulo discriminativo (E_D) sobre la respuesta. Además, el análisis de la función de las respuestas incluye la indagación de la frecuencia, intensidad, duración o latencia.

En otras palabras, cuando estamos conociendo una secuencia conductual, se realizan hipótesis sobre los elementos que le componen identificando si se trata de una relación operante o respondiente, pues solo así podemos explicar la existencia de una contingencia. Ya lo decía Skinner (1970) “Lo que el hombre hace es el resultado de condiciones específicas, y una vez descubiertas éstas, podemos anticipar y, hasta cierto punto, determinar sus acciones” (p. 38).

Identificación de las Contingencias Conductuales

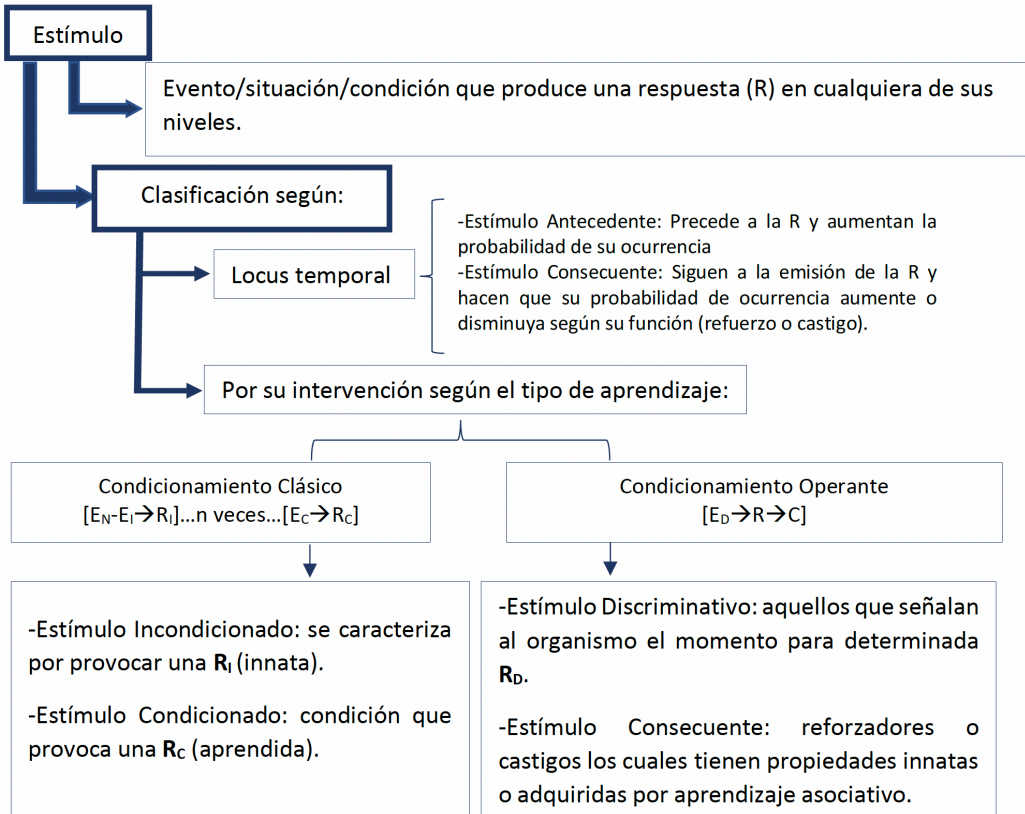
En la construcción del AFC la identificación de las variables en cuestión se torna de mayor complejidad, cuando intentamos hallar los estímulos antecedentes y consecuentes, pues se multiplican las probabilidades de ocurrencia de la respuesta en cualquiera de sus tres niveles o las variables cambian de tal suerte que altera su función.

Un paso fundamental para discriminar estos elementos conlleva identificar la posible función que tiene según los principios de aprendizaje provistos por el Condicionamiento Clásico y Condicionamiento Operante o también denominado Instrumental.

Recordemos que un estímulo es aquella situación o evento que provoca una reacción en un individuo (de cualquier nivel, ya sea, motora, verbal encubierta o fisiológica). Estas condiciones estimulares se caracterizan por ser complejas en el contexto o ambiente en el que se desarrolla un organismo y pueden clasificarse según su locus temporal en antecedentes o consecuentes como se observa en la Figura 1.



FIGURA 1. Clasificación del Estímulo (E) según su locus temporal o intervención-en-el tipo de aprendizaje.



Nota: Elaboración propia con base en “Desarrollo del análisis funcional de la conducta humana en contextos naturales” por P. M., Froxán., N. Andrés., V. Estal., G. Pereira & C. Trujillo, 2020, En M. Froxán. (Ed.), *Análisis funcional de la conducta humana* (pp. 97-161). Pirámide.

Con base en lo anterior, Froxán et al. (2020b) sugieren no olvidar lo siguiente:




- Los estímulos antecedentes pueden ser condicionados (E_C) o discriminativos, y los (E_D) pueden tener una función positiva o negativa.
- Las respuestas aprendidas se dividen en dos tipos, condicionadas (R_C) y operantes (R_O).



- Los estímulos consecuentes (E_c) o consecuencias y la contingencia que establecen con la respuesta (R_o) generan cuatro procedimientos de condicionamiento operante, el reforzamiento positivo o negativo y el castigo positivo o negativo.
- Las variables disposicionales (también consideradas como mediadoras) afectan la probabilidad de una ocurrencia de la interacción, en éstas se incluyen las variables del organismo o del contexto.
- Es importante recordar que las reglas verbales pueden controlar la conducta, complicando su modificación o explicando la aparición y mantenimiento.

Para finalizar con este capítulo sugerimos al lector revise la guía de advertencias de la Figura 2.

FIGURA 2. Guía de advertencias: análisis funcional de la conducta (AFC).

|  No emplear |  Emplear con moderación |  Emplear en todas las ocasiones |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>-Única y exclusivamente los criterios diagnósticos del DSM-5 o del CIE-11.</p> <p>-Los modelos para elaborar un análisis descriptivo de la conducta (topografía) para explicar un comportamiento problema. Es necesario conocer la relación de contingencia entre las variables.</p> | <p>-Los manuales o estrategias de intervención estandarizadas las cuales se fundamentan en las publicaciones recientes o en la moda de los psicólogos en la actualidad. Además de conocer los procedimientos que se desprenden de dichas propuestas, es fundamental conocer sus bases epistemológicas e identificar la congruencia con la esencia ideográfica del AFC.</p> | <p>-Un AFC que permita explicar la respuesta problema con base en sus estímulos antecedentes y consecuentes y las variables disposicionales (organismo o contexto) que pueden influir en su ocurrencia, duración o intensidad.</p> |

Nota: Elaboración propia.



Conclusiones

- El AFC ha perdido la importancia entre la comunidad de psicólogos debido a que se emplean procedimientos o técnicas que están de moda o que reportan su eficacia transdiagnóstica.
- El AFC tiene como objetivo conocer las relaciones funcionales mediante la recopilación de información acerca de los factores que controlan el comportamiento y es fundamental para elaborar el plan de intervención.
- Los orígenes filosóficos del AFC se pueden remontar al funcionalismo, escuela que se centró en el estudio de la conducta observable y su ambiente.
- El AFC se emplea en ámbitos clínicos, de la salud, organizacionales y educativos.
- El AFC es: hipotético, incompleto, dinámico y refleja los sesgos del clínico.
- Las respuestas aprendidas (R) pueden ser de dos tipos: condicionadas o respondientes y operantes o instrumentales.
- Las variables disposicionales (también consideradas como mediadoras) afectan la probabilidad de una ocurrencia de la interacción.

Referencias

- Armfield, K. F., & Craske, M. G. (2005). Assessment Issues in Brief Cognitive-Behavioral Therapy. In F. W. Bond & W. Dryden (Eds.), *Handbook of Brief Cognitive Behaviour Therap.* (pp. 36-42). John Wiley & Sons, Inc.
- Barlow, D. H., & Hersen, M. (1984). Single case experimental designs: strategies for studying behavior change. Pergamon Press.
- Becerra, A., Reynoso-Erazo, L., y Lugo-González, I. V. (2020). Terapia de activación conductual breve para la depresión en mujeres con cáncer de mama: casos clínicos. *Psicooncología*, 17(2). 387-400. <https://dx.doi.org/10.5209/PSIC>



- Beck, J. (2008). La conceptualización cognitiva. En J. Beck (Ed.), *Terapia Cognitiva. Conceptos y Profundización* (pp. 31-44). Editorial Gedisa.
- Bravo, C., y Mora-Miranda, M. (2014). Análisis Funcional y diseño de intervención en el ámbito hospitalario. En L. Reynoso & A. Becerra (Eds.), *Medicina conductual: teoría y práctica* (pp.101-126). Qartuppi. <https://doi.org/10.29410/QTP.14.01>
- Carter, S., Wheeler, J., & Mayton, M. (2004). Pica: A review of recent assessment and treatment procedures. *Education and Training in Developmental Disabilities, 39*(4), 346-358. <http://www.jstor.org/stable/23880214>
- Cormier, W. H., & Cormier, L. S. (2000). Conceptualizar los problemas del cliente. En W. H. Cormier & L. S. Cormier (Eds.), *Estrategias de entrevista para terapeutas: Habilidades básicas e intervenciones cognitive-conductuales* (pp.201-233). Desclée de Brower.
- Fernández-Ballesteros, R. (2001). Behavioral Assessment. In N. J. Smelser & P. B. Baltes (Eds.), *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences* (pp. 1090-1094). Pergamon. <https://www.sciencedirect.com/referencework/9780080430768/international-encyclopedia-of-the-social-and-behavioral-sciences>
- Fernández-Ballesteros, R., y Carrobes, J. (1981). *Evaluación conductual: Metodología y aplicaciones*. Pirámide.
- Forteza, B. S., y Vera, C. F. (2000). Dos formas de presentar los resultados del análisis funcional de las conductas problema. *Psicothema, 2*(2).260-266. <http://www.psicothema.com/pdf/287.pdf>
- Froxán, P. M., De pascual, R., Ávila, I., y Alonso-Vega, J. (2020a). Evolución histórica del análisis funcional. En M. Froxán. (Eds.), *Análisis funcional de la conducta humana* (pp. 26-52). Pirámide.
- Froxán, P. M., Andrés, N., Estal, V., Pereira, G., y Trujillo, C. (2020b). Desarrollo del análisis funcional de la conducta humana en contextos naturales. En M. Froxán. (Eds.), *Análisis funcional de la conducta humana* (pp. 97-161). Pirámide.
- Grieger, R. (1990). De un modelo lineal a uno contextual de los ABC de la RET. En A. Ellis & R. Grieger (Eds.), *Manual de Terapia Racional Emotiva* (pp. 75-96). Desclée de Brower.
- Hanley, G. P., Iwata, B. A., & McCord, B. E. (2003). Functional analysis of problem behavior: a review. *Journal of applied behavior analysis, 36*(2), 147–185. <https://doi.org/10.1901/jaba.2003.36-147>



- Haynes, S., & O'Brien, W. (1990). Functional analysis in behavior therapy. *Clinical Psychology Review, 10*(6), 649-668. [https://doi.org/10.1016/0272-7358\(90\)90074-K](https://doi.org/10.1016/0272-7358(90)90074-K)
- Hawkins, R. O., Collins, T. A., & Murphy, M. (2019). Assessing challenging behaviors. In J. L. Matson (Ed.), *Handbook of intellectual disabilities: Integrating theory, research, and practice* (pp. 427-433). Springer. <https://www.springer.com/gp/book/9783030208424>
- Irigoyen, J. J., y Jiménez, M. Y. (2004). *Análisis funcional del comportamiento y educación*. Universidad de Sonora. <https://www.uv.mx/psicologia/files/2018/10/Analisis-funcional-del-comportamiento.pdf>
- Iwatta, B. A., & Dozier, C. L. (2008). Clinical Application of Functional Analysis Methodology. *Behavior Analysis in Practice, 1*(1). 3-9. <https://doi.org/10.1007/BF03391714>
- Kaholokula, J., Godoy, A., Haynes, S., y Gavino, A. (2013). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. *Clínica y Salud, 24*(2). 117-127. [https://doi.org/10.1016/S1130-5274\(13\)70013-6](https://doi.org/10.1016/S1130-5274(13)70013-6)
- Kanfer, F., & Saslow, G. (1965). Behavioral Analysis. An Alternative to Diagnostic Classification. *Archives of General Psychiatry, 12*(6), 520-538. <https://doi.org/10.1001/archpsyc.1965.01720360001001>
- Kanfer, F. H., & Saslow, G. (1969). Behavioral Diagnosis. In C. M. Franks (Ed.), *Behavior Therapy: Appraisal and Status*. McGraw-Hill.
- Kanfer, F. H., & Phillips, J. S. (1976). *Principios del Aprendizaje en la Terapia de Comportamiento*. Trillas.
- Labrador, F. J., Cruzado, J. A., y Muñoz, M. (1993). *Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta*. Pirámide
- Lindsley, O.R. (1964). Direct measurement and prosthesis of retarded behavior. *Journal of Education, 147*(1), 62-81. <https://doi.org/10.1177/002205746414700107>
- Martella, R. C., Nelson, J. R., Marchand-Martella, N. E., & O'Reilly, M. (2012). Functional behavior assessments and behavior support plans. In R. C. Martella, J. R. Nelson, N. E. Marchand-Martella & M. O'Reilly (Eds.), *Comprehensive behavior management: individualized, classroom, and schoolwide approaches* (pp. 110-145). <http://dx.doi.org/10.4135/9781452243931.n4>



- Martin, G., & Pear, J. (2008). *Modificación de conducta, qué es y cómo aplicarla*. Pearson: Prentice-Hall
- Mayor, J., y Labrador, F. J. (1984). *Manual de modificación de conducta*. Alhambra.
- Miltenberger, R. G. (2013). *Modificación de conducta: Principios y procedimientos*. Pirámide.
- Moline, R., Hou, S., Chevrier, J., & Thomassin, K. (2021). A systematic review of the effectiveness of behavioural treatments for pica in youths. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 28, 39-55. <https://doi.org/10.1002/cpp.2491>
- Montaño, M., Froján, M. X., Ruiz, E. M., & Virués-Ortega, F. J. (2011). El proceso terapéutico “momento a momento” desde una perspectiva analítico-funcional. *Clínica y Salud*, 22(2), 101-119. <https://doi.org/10.5093/cl2011v22n2a2>
- Montgomery, U. W. (2018). *Conductismo: un análisis paradigmático cuestiones teóricas, filosóficas y profesionales*. Aleph Impresiones S. R. L.
- Nezu, A. M., Nezu, C. M., y Lombardo E. (2006). *Formulación de casos y diseños de tratamientos cognitivo-conductuales: un enfoque basado en problemas*. Manual Moderno
- O’Brien, W., Haynes, S. N., & Kaholokula, J. K. (2015). *Behavioral Assessment and the Functional Analysis*. In C. M. Nezu & A. M. Nezu (Eds.), *The Oxford Handbook of Cognitive and Behavioral Therapies* (pp. 95-125). Oxford Library of Psychology. <http://dx.doi.org/10.1093/oxfordhb/9780199733255.013.001>
- Olivares, J., y Méndez, F. X. (2010). *Técnicas de modificación de conducta*. Biblioteca Nueva.
- Pérez-Álvarez, M. (2006). La terapia de conducta de tercera generación. *EduPsykhé: Revista de psicología y psicopedagogía*, 5(2), 159-172. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2147830>
- Perona, G. S., y Rivas, H. C. (1996). Revisión conceptual de los modelos de análisis funcional de la conducta en el ámbito clínico. *Acta Comportamentalia*, 4(2), 237-259. <http://www.revistas.unam.mx/index.php/acom/article/view/59545>
- Rummel, C., Garrison-Diehn, Ch., Catlin, C., & Fisher, J. E. (2012). Clinical Functional Analysis: understanding the contingencies of reinforcement. In W. O’Donohue & J. E. Fisher (Eds.), *Cognitive Behavior Therapy: Core Principles for Practice* (pp. 21-33). John Wiley & Sons, Inc.



- Saini, V., Fisher, W. W., Betz, A. M., & Piazza, C.C. (2021). Functional Analysis History and Methods. In W. W. Fisher, C. C. Piazza & H. S. Roane (Eds.), *Handbook of applied behavior analysis* (pp. 214-235). The Guilford Press.
- Skinner, B. F. (1970). *Ciencia y conducta humana*. Fontanella.
- Skinner, B. F. (1975). *La conducta de los organismos: un análisis experimental*. Fontanella
- Vega, Z., y Ruiz, D. (2019) Análisis Conductual Aplicado a las organizaciones. En Sociedad Mexicana de Análisis de la Conducta (Ed.), *El análisis de la conducta en México: investigación y aplicaciones 2019*. Fondo Editorial Universitario.
- Virués-Ortega, J., & Haynes, S. N. (2005). Functional analysis in behavior therapy: Behavioral foundations and clinical application. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 5(3). 567-587. <http://www.aepc.es/ijchp/articulos.php?coid=Espa%EF%BF%BDol&id=160>

Capítulo 4

Interacción verbal terapéutica: funciones y efectos en el comportamiento del usuario

Ana Leticia Becerra Gálvez



Introducción

Hasta el momento se han explorado las características y beneficios que nos aporta el proceso de Evaluación Conductual, la importancia de la entrevista como herramienta para la identificación de los comportamientos problema y la relevancia que conlleva identificar las relaciones funcionales (contingencias) para hallar las causas por las cuales una problemática se mantiene en el tiempo.

Es evidente, que el uso adecuado de las estrategias de evaluación, la elaboración de un análisis funcional de la conducta y la implementación de un programa de tratamiento cimentado en procedimientos basados en evidencia resultará en el cambio terapéutico y mejora de la calidad de vida del usuario de un servicio psicológico. Sin embargo, ***¿Cuál es el papel del terapeuta en esta interacción primordialmente verbal? ¿Qué funciones pueden tener los productos verbales emitidos por el terapeuta a lo largo del proceso de evaluación y en la implementación del plan de tratamiento? Con base en las topografías de la conducta verbal y desde una perspectiva analítico-funcional, ¿Qué papel tiene el terapeuta cuando se habla del cambio terapéutico?***

Cada una de estas cuestiones se abordará a lo largo del presente capítulo. Se describirá el papel del terapeuta como instrumentador de cambios clínicos en la interacción



terapéutica, todo ello, con el empleo de la propuesta de la Dra. María de Xesús Froxán Parga y su equipo de trabajo de la Universidad Autónoma de Madrid, quienes se han dedicado a analizar la funcionalidad verbal del psicólogo clínico a lo largo de las distintas fases de la relación terapéutica.

Cambio Terapéutico ¿Cómo se relaciona con la interacción verbal entre el terapeuta y el usuario?

Cuando se habla de los factores que influyen en el cambio terapéutico, es inevitable hablar de variables que se relacionan con los usuarios (el sexo, edad, gravedad o tipo de problemática) y con los terapeutas (el sexo, edad, la experiencia clínica, las habilidades para implementar una adecuada entrevista conductual y emplear los procedimientos terapéuticos, además, de conocer los principios de aprendizaje que subyacen al análisis funcional de conducta). No obstante, es menester identificar la importancia de la interacción entre ambos personajes (interacción que como ya se ha dicho antes es predominantemente verbal; Ruíz et al., 2013). Si nos concentramos en este último elemento, entendemos que el terapeuta responde diferencialmente a las verbalizaciones del usuario (morfologías de la conducta) provocando diferentes respuestas que podrían relacionarse con la problemática.

En otras palabras, las formas en las que responde un usuario en el intercambio de los productos verbales con el terapeuta son solo una muestra de cómo se presenta el comportamiento problemático una vez fuera del consultorio (Montaño et al., 2015). Para Froján (2011) existen cinco componentes cuando se trata de generar un cambio terapéutico en el usuario como se describe en la Figura 1.

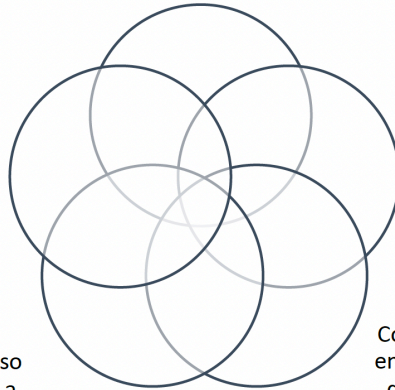
El cambio terapéutico, es el indicador de éxito o fracaso de la intervención durante el proceso clínico, pero no debe olvidarse la interacción que se establece entre el terapeuta y el usuario. A lo largo de las sesiones, el terapeuta articula en su interacción una serie de comportamientos verbales y no verbales que pueden tener una funcionalidad psicológica en la respuesta que emita el usuario (Becerra & Reynoso, 2014). Por lo tanto, es por medio del lenguaje que se puede ejercer control y modificar los comportamientos relacionados con el motivo de consulta (Froján, 2011).



FIGURA 1. Pilares para que se presente un cambio terapéutico en el usuario de un servicio psicológico.

Un modelo terapéutico esencialmente psicológico que se cimiente en el análisis funcional de la conducta (AFC)

La conducta encubierta cognitiva puede ser abordada de la misma forma que la conducta manifiesta



El análisis de la conducta verbal durante la interacción terapéutica

El estudio de la relación terapéutica como un proceso interactivo, que dará lugar a procesos de aprendizaje

Consideración del contexto clínico en el que los problemas se pueden dar de la misma forma que en el contexto extra terapéutico

Nota: Elaboración propia.

La relevancia del análisis de la interacción verbal como retoman Froján et al. (2010) recae en el beneficio de acceder a las cogniciones del usuario a través de las verbalizaciones, por consiguiente, la conducta verbal adquiere valor en la explicación de las problemáticas y permite identificar su función.

En relación con eso Froján et al. (2010) señalan que el análisis de la conducta verbal es crucial para comprender el proceso psicoterapéutico, razón por la cual el lenguaje es estudiado desde una perspectiva funcional como una respuesta operante (bajo los principios de aprendizaje que se sustentan en el condicionamiento instrumental). En este marco, la interacción es un proceso de discriminación y reforzamiento mediante el cual, el terapeuta, moldeará con su propio comportamiento verbal la conducta del usuario en la propia situación clínica (Callaghan et al., 1996; Ferro et al., 2007; Kohlenberg & Tsai, 1991, como se cita en Froján et al., 2008). A tal efecto, la interacción entre estas dos figuras puede dar cuenta de la eficacia de la terapia al identificar los procesos de aprendizaje que



se ponen en marcha en la situación clínica y así, lograr el cambio terapéutico deseado (Froján et al., 2006). En tal sentido, el cambio terapéutico hace alusión a la adquisición de nuevos repertorios conductuales moldeados en la interacción terapéutica y a través de las contingencias obtenidas en este contexto (Froján et al., 2011). En el siguiente apartado se hablará más al respecto.

Mecanismos de aprendizaje en la interacción verbal entre el terapeuta y el usuario

El establecimiento de la relación terapéutica es paralelo al cambio clínico y es en este proceso que el terapeuta identifica las secuencias conductuales, así como, las funciones de la conducta verbal que puede estar modificando el comportamiento del usuario, esto sin importar el enfoque o modelo terapéutico empleado (Froxán, 2021). La interacción se edifica sesión a sesión en donde el terapeuta tendrá el control de manera directiva, moldeando la conducta, ya sea a través del reforzamiento o castigo de determinadas verbalizaciones. El terapeuta dará una explicación de la problemática del usuario y de los pasos a seguir para lograr una mejoría, lo cual funge como reforzamiento de dichas verbalizaciones, aumentando la discriminación de determinadas conductas que sean adaptativas en un futuro (Ruíz et al., 2013). Este hecho podría poner de manifiesto la existencia de mecanismos de aprendizaje que se pondrían en marcha a partir de la interacción verbal en distintos momentos de la terapia y que podrían ser, en alguna medida, responsables del cambio clínico (Froján et al., 2013, 2015).

De acuerdo con el Sistema de Categorización de la Interacción de la Conducta Verbal en Terapia (SISC-INTER-CVT; Ruiz, 2013) se pueden distinguir dos categorías de interacción verbal, una dirigida al terapeuta (Subsistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta; SISC-CVT) y otra dirigida al usuario (Subsistema de categorización de la conducta verbal del cliente; SISC-CVC). Froján et al. (2010) destacan que se inicia con el terapeuta debido a que, desde el enfoque conductual el tratamiento es directivo, es decir, el terapeuta dirige la terapia para lograr los objetivos establecidos.

Ahora bien, el SISC-CVT propuesto por Froján et al. (2008) presenta una descripción breve de ocho categorías que recogen las distintas funcionalidades que desempeña la conducta verbal del terapeuta en la situación clínica como se describe en la tabla 1.



TABLA 1. Sistema de Categorización de la Conducta Verbal del Terapeuta (SISC-CVT).

| Categoría | Función de la verbalización |
|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Función discriminativa | Verbalización del terapeuta que da pie a una conducta (verbal o no) que va seguida por un reforzamiento o castigo. |
| Función evocadora | Verbalización del terapeuta que da lugar a una respuesta emocional manifiesta en el usuario acompañada de verbalización o no. |
| Función de refuerzo | Verbalización del terapeuta que muestra aprobación, acuerdo y/o aceptación de la conducta emitida por el usuario. |
| Función de castigo | Verbalización del terapeuta que muestra desaprobación, rechazo y/o no aceptación de la conducta emitida por el usuario y/o que interrumpe ésta. |
| Función informativa | Verbalización del terapeuta que transmite un conocimiento técnico o clínico a una persona no experta. |
| Función instruccional | Verbalización del terapeuta encaminada a fomentar la aparición de una conducta futura del cliente fuera del contexto clínico. |
| Función motivacional | Verbalizaciones del terapeuta que anticipa los efectos positivos o negativos que la actuación del cliente tendrá, está teniendo o ha tenido sobre el cambio clínico. |
| Otras | Cualquier verbalización del terapeuta que no se puede incluir dentro de las categorías anteriores. |

La conceptualización de la interacción terapeuta-cliente o relación terapéutica como un contexto para la administración de contingencias de reforzamiento y castigo, fue tomada como fundamento para la formulación de la Psicoterapia Analítico Funcional (FAP por sus siglas en inglés), basada en una serie de reglas que especifican los comportamientos que el terapeuta necesita para que se produzca el cambio deseado en el usuario (Kohlenberg & Tsai, 1991, 1995, como se cita en Froján et al. 2011). El núcleo de la FAP está en su mecanismo de cambio a través de la respuesta contingente del terapeuta a los problemas del cliente (Valero-Aguayo et al., 2011) y parte de la premisa de que la conducta del usuario es moldeada y mantenida por procesos de reforzamiento que se dan continuamente en la situación clínica y que ocurren naturalmente en sesión. Además, enfatiza el impacto de la



interacción terapeuta-cliente, la equivalencia funcional entre entornos, el refuerzo natural y la conformación por parte del terapeuta (Ferro-García, 2008). En consecuencia, se considera que tanto el terapeuta como el cliente moldean inevitablemente el comportamiento del otro (Froján et al., 2006).

En lo que respecta al usuario, ofrecerá información descriptiva relevante para el proceso terapéutico, mostrando entendimiento y aceptación ante las verbalizaciones del terapeuta, dichas respuestas, están influidas por la actividad desempeñada por el terapeuta y no por las características personales del primero o de su problemática (Ruíz et al., 2013). Es por ello, que se creó el SISC- CVC cuyo objetivo, es recolectar las diversas conductas verbales del usuario que se ven modificadas por las distintas actividades que realicen los terapeutas como se describe en la Tabla 2.

TABLA 2. Sistema de Categorización de la Conducta Verbal del Cliente (SISC- CVC).

| Categorías | Definición |
|--------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Proporcionar información | Verbalización a través de la cual el cliente trata de proporcionar al terapeuta información puramente descriptiva para la evaluación y/o el tratamiento. |
| Solicitar información | Pregunta, comentario y/o petición de información por parte del cliente hacia el terapeuta. |
| Mostrar aceptación | Verbalización del cliente que muestra acuerdo, aceptación y/o admiración ante las verbalizaciones emitidas por el terapeuta. |
| Mostrar desacuerdo | Verbalización del cliente que indica desacuerdo, desaprobación y/o rechazo ante las verbalizaciones emitidas por el terapeuta. |
| Bienestar | Verbalización del cliente que hace referencia al estado de satisfacción o felicidad de este o a la anticipación de este bienestar. |
| Malestar | Verbalización del cliente que hace referencia al padecimiento de este debido a sus conductas problema o a la anticipación de este malestar. |



| Categorías | Definición |
|-------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Logro | Verbalización del cliente que señala la consecución de algún objetivo terapéutico o la anticipación de la consecución de este. |
| Fracaso | Verbalización del cliente que señala la no consecución de algún objetivo terapéutico o la anticipación de la no consecución de este. |
| Seguimiento de instrucciones dentro de sesión. | Verbalización del cliente que implica un seguimiento total o parcial de las instrucciones presentadas inmediatamente antes por el terapeuta dentro de sesión. |
| Anticipación del seguimiento de instrucciones fuera de sesión. | Verbalización del cliente que se refiere a la predicción de la consecución de la tarea pautada por el terapeuta para su realización fuera del contexto clínico. |
| Descripción del seguimiento de instrucciones fuera de sesión. | Verbalización del cliente que se refiere al seguimiento total o parcial de las instrucciones pautadas por el terapeuta en sesiones anteriores. |
| No seguimiento de instrucciones dentro de sesión. | Verbalización del cliente que hace referencia al no seguimiento total o parcial de las instrucciones presentadas inmediatamente antes por el terapeuta dentro de sesión. |
| Anticipación del no seguimiento de instrucciones fuera de sesión. | Verbalización del cliente que se refiere a la predicción de la no consecución de la tarea pautada por el terapeuta para su realización fuera del contexto clínico. |
| Descripción del no seguimiento de instrucciones fuera de sesión. | Verbalización del cliente que se refiere al no seguimiento total o parcial de las instrucciones pautadas por el terapeuta en sesiones anteriores. |
| Verbalización de reacción emocional. | Emisión por parte del cliente de una respuesta emocional acompañada de la verbalización que se exprese en ese momento haga referencia o no a dicha reacción emocional. |
| Otros. | Cualquier verbalización del cliente que no se pueda incluir dentro de las categorías anteriores. |



La emisión de los elementos verbales según la función que cada uno de ellos supone una tendencia en la ocurrencia a lo largo de las sesiones. Froján et al. (2013) mencionan que las verbalizaciones desadaptativas del usuario siguen una tendencia a descender a lo largo de la terapia, reduciéndose hasta prácticamente desaparecer en la sesión de consolidación. Por lo tanto, podemos afirmar que el estudio de la interacción verbal es una alternativa válida al análisis independiente de las variables individuales del terapeuta y del usuario (Ruiz et al., 2015).




Como se ha desarrollado a lo largo de este capítulo, el estudio de la interacción verbal entre terapeuta-usuario resulta fundamental para comprender y llevar a cabo una adecuada intervención, pues a la par de los procedimientos puestos en marcha, favorecerán cambios clínicamente significativos y contribuirán en la mejora de la calidad de vida del usuario.

Aunque se hace hincapié en que el terapeuta debe poseer herramientas y habilidades que le permitan tener una adecuada interacción verbal con el cliente, existen pocos textos que se dedican a explicar cómo desarrollar o fortalecer dichas herramientas y habilidades, la mayoría sólo mencionan su relevancia, por lo que es primordial que se aborden de manera explícita tal como ocurre en estos protocolos. La creación de los Sistemas de Categorización de la Conducta Verbal tanto en usuarios como en los terapeutas han fungido como herramientas, ya que facilita en las investigaciones conocer en qué categorías recaen en las sesiones terapéuticas, así como cuáles van disminuyendo conforme pasan las sesiones. Estos sistemas son solo el inicio de un nuevo campo de investigación pues tal como afirman Ruíz et al. (2015) no hay que perder de vista que resulta urgente investigar el valor de la relación clínica con una metodología adecuada y no intuitiva.

A manera de conclusión, se cree que el empleo de dichos sistemas de categorización son instrumentos de formación en psicólogos experimentados, pero también en estudiantes de la carrera de psicología en el marco de su práctica supervisada, su empleo permitirá el desarrollo de competencias que les ayude a distinguir la función del comportamiento y los efectos clínicos que se producen a lo largo de la interacción con base en los principios de aprendizaje. En la Figura 2 se describe la guía de advertencias final relacionada con este tema.



FIGURA 2. Guía de advertencias: interacción verbal terapéutica.

|  No emplear |  Emplear con moderación |  Emplear en todas las ocasiones |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>-Las verbalizaciones con función de refuerzo a diestra y siniestra. Evita ofrecer refuerzo positivo verbal ante comportamientos incompatibles a aquel que se desea modificar.</p> | <p>-Al empleo de las verbalizaciones con función informativa, se debe vigilar el tipo, calidad y pertenencia de la información empleada, evitando así, el uso de tecnicismos o incluso la sobreinformación.</p> | <p>-Las verbalizaciones instruccionales y motivacionales se emplean de forma consecutiva. En un primer momento, se ofrecerán pautas claras para llevar a cabo las técnicas y procedimientos y posteriormente, se anticiparán los efectos positivos o negativos de la emisión del comportamiento, con el fin de procurar el mantenimiento del cambio.</p> |

Nota: Elaboración propia.

Conclusiones

- Los productos verbales emitidos durante la interacción terapéutica tienen una función y producen efectos sobre el cambio clínico del usuario.
- Las formas en las que responde un usuario en el intercambio con el terapeuta son solo una muestra de cómo se presenta el comportamiento problemático una vez fuera del consultorio.



- El proceso de la interacción terapéutica da lugar a procesos de aprendizaje.
- La conducta encubierta (pensamientos) puede ser abordada de la misma forma que los comportamientos manifiestos y se puede tener acceso a ellos a partir de las palabras.
- El terapeuta a través de sus verbalizaciones puede moldear las respuestas emitidas por el usuario.
- La interacción entre el terapeuta y el usuario es un proceso de discriminación y reforzamiento mediante el cual el terapeuta modifica el comportamiento del usuario.
- Sin importar el enfoque psicológico del terapeuta, su conducta verbal funge como un elemento de relevancia para lograr cambios clínicos significativos.

Referencias

- Becerra, A. L. y Reynoso, L. (2014). Efectos del comportamiento terapéutico e interacción con el paciente. En A. L. Becerra, A. L. y L. Reynoso (Coords). *Medicina conductual: teoría y práctica*. (pp. 65-82). Qartuppi.
- Canal IJPCC. (10 abril de 2021). *Live Day con la Dra. María Xesús Froxán*. [Archivo de video]. YouTube, https://youtu.be/W2fOL2J_4rM
- Ferro-García, R. (2008). Recent Studies in Functional Analytic Psychotherapy. *International Journal of Behavioral Consultation and Therapy*, 4(2), 239-249. https://www.researchgate.net/publication/255618969_Recent_Studies_in_Functional_Analytic_Psychotherapy
- Froján, M. (2011). ¿Por qué Funcionan los Tratamientos Psicológicos? *Clínica y Salud*, 22(3), 201-204. <https://www.redalyc.org/pdf/1806/180621195001.pdf>
- Froján, M., Montañó, M. & Calero, A. (2006). ¿Por qué la gente cambia en terapia? Un estudio preliminar. *Psicothema*, 18(4), 797-803. <http://www.psicothema.com/pdf/3311.pdf>
- Froján, M., Montañó, M. & Calero, A. (2010). Therapists' verbal behavior analysis: a descriptive approach to the psychotherapeutic phenomenon. *The Spanish Journal of*



Psychology, 13(2), 914–926. <https://doi.org/10.1017/s1138741600002560>

Froján, M., Montaña, M., Calero, A., García, A., Garzón A. & Ruiz, E. M. (2008). Sistema de categorización de la conducta verbal del terapeuta. *Psicothema*, 20(4), 603-609. <http://www.psicothema.com/pdf/3529.pdf>

Froján, M., Montaña, M., Calero, A., & Ruiz, E. M. (2011). Aproximación al Estudio Funcional de la Interacción Verbal entre Terapeuta y Cliente Durante el Proceso Terapéutico. *Clínica y Salud*, 22(1), 69-85. https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-5274201100000005

Froján, M., Galván, N., Izquierdo, I., Ruíz, E., & Marchena, C. (2013). Análisis de las verbalizaciones desadaptativas del cliente y su relación con las verbalizaciones punitivas del terapeuta: un estudio de caso. *Análisis y Modificación de Conducta*, 39(159-160), 25-38. <https://www.researchgate.net/publication/272089170>

Froján, M., Ruíz, E., Cortines, A., Saiz, J. y de Frutos-Alonso, G. (2015). Análisis funcional de la interacción terapéutica: una propuesta clínica y metodológica. *Rehabilitación Psicosocial*, 12(2), 4-13. https://www.researchgate.net/profile/Jesus-Saiz/publication/317755183_Functional_analysis_of_the_therapeutic_interaction_A_clinical_and_methodological_proposal/links/5a8c44170f7e9b22859073ff/Functional-analysis-of-the-therapeutic-interaction-A-clinical-and-methodological-proposal.pdf

Montaña, M., Ruíz, E., Calero, A. & Froján, M.X. (2015). Studying the therapeutic process by observing clinicians' in-session behavior. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(6), 533-545. <https://doi.org/10.1002/cpp.1908>

Ruíz, E., Froján, M., & Calero, A. (2013). Análisis de la conducta verbal del cliente durante el proceso terapéutico. *Canales de Psicología*, 29(3), 779-790. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.135401>

Ruiz, E., Froján, M., & Galván, N. (2015). de Verbal interaction patterns in the clinical context: A model of how people change in therapy. *Psicothema*, 27(2), 99-107.

Valero-Aguayo, L., Kohlenberg, R. T., Ferro-García, R., & Tsai, M. (2011). Therapeutic Change Processes in Functional Analytic Psychotherapy. *Clínica y Salud* 22(3), 209-221. https://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1130-52742011000300002&script=sci_abstract&tlng=en

Capítulo 5

Elaboración de la historia y expediente clínico en la Práctica Supervisada

Gabriel Martín Villeda Villafaña
Gabriela Carolina Valencia Chávez
Ana Leticia Becerra Gálvez



Introducción

La información recabada en la entrevista la cual preferentemente se sugiere sea conductual, permite conocer e identificar los elementos situacionales, cognitivos, emocionales y conductuales relacionados con la problemática de un usuario, así como los indicadores de evolución a lo largo del proceso terapéutico. Los datos personales y aquellos que están relacionados con el comportamiento problemático de un individuo, deben ser escritos de forma clara, precisa y ordenada en el expediente clínico. Este documento legal incluye una descripción sistemática de datos trascendentales sobre el problema del usuario e incluye una historia clínica.

La historia clínica es un método clínico que ayuda a los psicólogos expertos y en formación a dar cuenta de los procedimientos, estrategias y herramientas terapéuticas que le llevaron a elaborar un diagnóstico, pronóstico y tratamiento ajustados a las quejas y demandas del usuario. Estos elementos son un referente para la calidad de la atención, y en el modelo de docencia-servicio orientan al docente que supervisa y al estudiante en formación para conocer detalles y así proponer acciones como parte de la intervención psicológica.

El propósito de este capítulo es ofrecer al lector un panorama vigente y claro de la utilidad del expediente clínico y la elaboración de una adecuada historia clínica como parte de la



atención psicológica que se ofrecen en los escenarios para la práctica supervisada en las Clínicas Universitarias de Atención a la Salud de la FES-Zaragoza, si bien la estructura se ajusta al proceso que se sigue en las intervenciones psicológicas bajo el modelo cognitivo-conductual, es de utilidad para la mayoría de las instituciones.

Las Clínicas Universitarias de Atención a la Salud de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza

Las Clínicas Universitarias de Atención a la Salud (CUAS) de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza (FES-Z), desde su fundación en 1976, enmarcan la relación entre diferentes integrantes de la comunidad académica, quienes cotidianamente interactúan en aras del proceso enseñanza-aprendizaje, la investigación y el servicio a la comunidad (Reglamento General para las Clínicas Multidisciplinarias, de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM, 2006).

Las ocho clínicas con las que actualmente cuenta FES-Z: Zaragoza, Estado de México, Tamaulipas, Aurora, Benito Juárez, Nezahualcóyotl, Reforma y Los Reyes, constituyen una extensión de las aulas para fortalecer el conocimiento, las habilidades y actitudes profesionales que requieren los alumnos, bajo la estrecha supervisión y acción de docentes de diferentes disciplinas, entre ellas la Psicología. Su interacción favorece la atención multidisciplinaria sobre el marco de las buenas prácticas, fundamentado en el ejercicio ético, humanístico y social (Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, 2019).

Durante más de cuatro décadas, la carrera de Psicología ha mantenido un valioso contacto con la comunidad a través de los servicios de Psicología Clínica y de la Salud y Psicología Educativa que se ofrecen en las CUAS, acciones que innegablemente otorgan beneficios a quienes hacen uso de los servicios, a los alumnos y a docentes que se conjuntan en un modelo asistencial universitario bajo la modalidad de práctica supervisada.

Es en este contexto que se ofrecen servicios de calidad los cuales garantizan un adecuado abordaje de las problemáticas de la comunidad, apegándose a los procedimientos para la descripción, valoración, recabación y resguardo de datos. Como parte de la práctica, docentes y estudiantes describen en el expediente clínico parte de la historia del problema de los usuarios y, bajo consentimiento informado, el usuario del servicio psicológico ofrece



información confidencial, la cual tendrá que mantenerse bajo los principios de privacidad y confidencialidad en el marco de la legalidad y ética profesional. En el siguiente apartado se describen las generalidades y elementos para elaborar la historia clínica.

Historia Clínica Psicológica

En terapia psicológica diversos modelos distinguen la primera sesión de las posteriores, existen desde la propuesta clásica como el procedimiento de Beck et al. (1979), Freeman y Dattilio (1992) u otros más actuales como el muy detallado de Leahy y Holland (2000). En coincidencia, la propuesta de Fennell (1989) considera que en la primera sesión se debe estructurar una entrevista inicial que valore los síntomas y problemas del paciente, pensamientos negativos e incluso suicidas y detalles relevantes del trastorno o problema.

Entre los objetivos de una entrevista inicial se encuentra realizar una historia clínica psicológica que recabe información fundamental para el diagnóstico, planteamiento y pronóstico terapéutico, incluyendo elementos subjetivos propios del relato del usuario y datos objetivos identificados por el terapeuta (Menéndez 2012).

La historia clínica es el conjunto de datos biopsicosociales vinculados a la salud de una persona, tiene como fin la asistencia sanitaria y usos de carácter judicial, epidemiológico, de salud pública, de investigación y de docencia (Ramos, 2015). Para la elaboración de la historia clínica, el terapeuta debe mostrar una actitud receptiva, pues exige el análisis detallado de la información que los usuarios proporcionan para la identificación de los elementos que subyacen a la queja o la demanda (Cabrera et al., 2011; Hadaway & Brue, 2016). En esta fase de recolección de información es necesario desarrollar una adecuada empatía y el intercambio de información verbal y no verbal de manera fluida, espontánea y respetuosa (Becerra & Reynoso, 2014).

Ya sea mediante una o varias entrevistas, con técnica libre, semidirigida, dirigida o mixta, es preciso que el terapeuta complete una historia clínica en un formato que considere diversos apartados (datos personales, biológicos, psicológicos y sociales), mismo que debe ser flexible y que se ampliará o reducirá según el motivo de consulta. En otras palabras, el terapeuta debe desarrollar e implementar estrategias para recolectar datos que resulten clínicamente relevantes para la definición y comprensión del problema (Buela-Casal & Sierra, 2002; Hadaway & Brue, 2016). La historia clínica debe ser aplicada con un lenguaje



asequible al nivel cultural del usuario, se debe tomar en cuenta su edad, nivel educativo, ocupación, rol en la familia y sociedad, es decir, se debe adecuar el interrogatorio según las características de su problemática y contexto en general, con el objetivo de alcanzar una comprensión correcta del caso.

De acuerdo con la Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del expediente clínico (que es de observancia obligatoria para el personal del área de la salud y los establecimientos prestadores de servicios de atención médica de los sectores público, social y privado), la historia clínica es un instrumento donde se recoge información válida desde un punto de vista clínico y legal, que se ajustará a la naturaleza de los servicios prestados, atendiendo a los principios científicos y éticos que orientan la práctica profesional.

La NOM-004-SSA3-2012 en el numeral 6, también establece que deberá elaborarla el personal médico y otros profesionales del área de la salud, de acuerdo con las necesidades específicas de información de cada uno de ellos en particular. Esta norma también es aplicable para los escenarios de formación profesional a nivel pregrado y posgrado, por lo que el docente a cargo de la Práctica Supervisada debe realizarla y firmarla añadiendo su nombre completo y su cédula profesional.

Si bien no existe un formato exclusivo para registrar de forma sistemática la información recabada, son tres los elementos del proceso terapéutico que deben considerarse: el pasado e historia del problema, estado actual de la problemática y el posible tratamiento.

Existe una propuesta para el manejo del expediente clínico psicológico en la modalidad de práctica supervisada que cuenta con siete documentos o formatos diferentes que constituyen el expediente clínico: F1. Consentimiento Bajo Información; F2. Historia Clínica Psicológica; F3. Nota de Evolución; F4. Solicitud de Interconsulta; F5. Pronóstico; F6. Nota de egreso; F7. Reporte Final.

Dichos formatos tienen el objetivo de sistematizar y ordenar la información de los usuarios que soliciten el servicio de Psicología Clínica y de la Salud en las CUAS de FES Zaragoza (Manual Operativo para el manejo del Expediente Clínico Psicológico de la modalidad de enseñanza Práctica Supervisada del Área de Psicología Clínica y de la Salud, FES Zaragoza, UNAM, 2015). A continuación, se describen los apartados, recomendaciones e instrucciones de llenado de la F2 que corresponde a la Historia Clínica Psicológica.



I. Datos de referencia

Se define como datos de referencia a aquellos datos relacionados con la fecha y el lugar donde se ofrece la atención psicológica, *Fecha* (día, mes, año) en que se elabora la Historia Clínica, el *Número de Expediente* que se asignará al usuario, mismo que llevará el siguiente formato: *CUASZ/038/2022*, donde las letras iniciales corresponden con la CUAS donde se brinda el servicio, a saber:

- CUAS Zaragoza: *CUASZ*
- CUAS Tamaulipas: *CUAST*
- CUAS Estado de México: *CUASM*
- CUAS Aurora: *CUASA*
- CUAS Los Reyes: *CUASR*

Los siguientes tres dígitos *CUASZ/038/2022* se asignan dependiendo el número de usuario consecutivo que corresponda, mientras que los últimos cuatro dígitos *CUASZ/038/2022* son relativos al año natural en curso. Es necesario señalar la Clínica Universitaria de referencia, el domicilio del usuario y teléfonos de contacto, dicha información puede obtenerse de la página oficial de la FES Zaragoza disponible en: <https://www.zaragoza.unam.mx/clinicas-universitarias-de-atencion-a-la-salud/>

II. Datos personales del usuario

En esta sección se pretende tener información relativa a la identidad del usuario; como su nombre completo, CURP, sexo, edad, fecha y lugar de nacimiento, estado civil, último grado de estudios, ocupación, religión, domicilio y datos de contacto.

III. Genograma familiar

El genograma es una representación gráfica que proporciona a “golpe de vista” información relacionada a la dinámica familiar del usuario, lo que permite realizar hipótesis acerca de la relación entre el problema y el contexto familiar, la evolución del problema a lo largo del tiempo y su conexión con el ciclo vital de la familia. El uso de genograma en el contexto



clínico fue ampliamente difundido por McGoldrick y Gerson (2000) por lo que se sugiere consultar la simbología utilizada por estos autores.

IV. Datos del responsable / Cuidador principal

Se ha definido al cuidador principal como aquella persona que asiste o cuida a otra persona afectada por cualquier tipo de discapacidad que le dificulta el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales (Ruíz & Nava, 2012). Suele ser un familiar que se ocupa de brindar apoyo físico y emocional a otro, de manera permanente y comprometida, pero que no está exenta de desarrollar también problemas psicológicos debido a la sobrecarga del cuidado. Se debe poner especial atención en este apartado cuando el usuario es menor de edad o de edad avanzada y se sugiere recabar detalladamente los datos de contacto del responsable, así como, especificar el tipo de relación que tiene con el usuario.

V. Motivo de consulta

Los motivos de consulta implican la demanda o la queja que hacen los usuarios y que los lleva a pedir apoyo profesional. El concepto de *demanda* implica el reconocimiento de una necesidad subjetiva y el deseo de pedir ayuda (Martínez, 2006; Muñoz-Martínez & Novoa-Gómez, 2012), mientras que una queja, es el conjunto de respuestas emocionales, cognitivas y conductuales que interfieren con la vida diaria del usuario (Muñoz, 2008). Se aconseja que en el apartado del motivo de consulta se escriba textualmente la narrativa que el usuario utiliza para referirse a su problemática. En esta sección también hay que considerar la existencia de diagnósticos y tratamientos previamente recibidos, interrogando quién y cuándo los emitieron, así como la naturaleza de estos.

VI. Postura del usuario

Los motivos de búsqueda de atención psicológica son muy amplios, pueden ir desde pequeñas dificultades adaptativas, hasta la sensación de una total pérdida de control de las emociones en el ámbito social, familiar o laboral. Indagar acerca de las razones específicas que llevan a un usuario a consulta permite comprender las motivaciones actuales para el cambio. De la misma manera, entender las causas que desde el punto de vista del usuario dieron origen a su problemática actual, permite al terapeuta analizar cómo evalúa su propio comportamiento y el de los demás.



Dentro de este análisis hay que considerar la creencia que una persona tiene sobre si puede o no, y cuánto, influir en las cosas, es decir el locus de control (interno o externo), la estabilidad (duración de la causa) y la controlabilidad (dependiente de la persona o del contexto), estas variaciones, además de influir en la autoestima y la motivación, también tienen una injerencia en las expectativas.

Preguntar *¿Qué ha hecho para resolver el problema o sentirse mejor?* Permite al terapeuta indagar en las acciones concretas que se han realizado para manejar, controlar o disminuir su problemática actual, de igual forma los resultados que ha obtenido con estas acciones. Hay que hacer el intento de objetivar el nivel de intensidad de la problemática percibida, esto puede ser posible interrogando *¿qué tan mal se siente en una escala del 0 al 10?*, o preguntando *¿Qué tan severo es su problema?* Otorgándole las siguientes opciones de respuesta: leve, moderado, severo o incapacitante, además de solicitar que argumente el porqué de la elección de su respuesta.

VII. Motivación para el cambio

La motivación es un proceso psicológico de dirección y de mantenimiento de la conducta (De Pascual, 2015). El carácter motivado de una conducta es un factor primordial que determina que un comportamiento pueda considerarse como una acción volitiva, por ello es importante indagar sobre los motivos que tiene un usuario para cambiar su problemática actual, al igual que las razones para lograr el cambio. Realizar un análisis motivacional implica valorar el tipo de reforzadores positivos que intervienen en el mantenimiento de un comportamiento, junto con las clases de estímulos aversivos existentes (Becerra & Reynoso, 2014).

Preguntas como: *Actualmente, ¿Cuáles son los cambios que quiere hacer?; ¿Cuáles son las razones por las que quiere cambiar?; ¿Qué pasos cree usted que debe seguir para lograr este/os cambio/s?; ¿Quiénes podrían apoyarle en este/os cambio/s? y ¿Cómo?; ¿Qué facilitaría este/os cambio/s?; ¿Qué barreras u obstáculos podrían interferir en su plan de cambio?; ¿Cómo sabrá que el plan de cambio funcionó?* implican la evaluación cognitiva de procesos que subyacen a lo largo de las fases de la motivación, tales como las expectativas, las decisiones, los planes y las atribuciones.



VIII. Expectativas de la terapia psicológica

Conocer los intereses, ilusiones y expectativas del usuario permitirá identificar de manera realista las posibilidades de alcanzar los objetivos del tratamiento o intervención. Por ello, es necesario que el terapeuta pregunte *¿Qué espera de esta terapia psicológica?* incitando a que la respuesta sea lo suficientemente descriptiva. Se ha observado que uno de los factores que resultan fundamentales en la asistencia y permanencia en la consulta psicológica son las expectativas que un usuario tiene respecto a la terapia. Al respecto, Alcázar (2007) clasificó en tres grupos las expectativas, mismas que se muestran en la tabla 1.

TABLA 1. Expectativas informadas por los sujetos antes de la primera entrevista.

| Categoría de expectativa | Ejemplos de expectativas más comunes |
|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Sobre el terapeuta | <ul style="list-style-type: none"> - Que el terapeuta me escuche, apoye, sea amigable, comprensivo, confiable, honesto. - Que me diga cómo resolver mis problemas, pregunte de mi vida, me oriente. |
| Sobre el paciente (malestar) | <ul style="list-style-type: none"> - Desahogarme, no sentir miedo, hablar de mis problemas, sentirme observado, dificultad para hablar. |
| Sobre el proceso y resultado de la entrevista | <ul style="list-style-type: none"> - Solución a mi problema, resolver mis dudas, saber la raíz de mi malestar, sentirme en confianza, un interrogatorio, sentirme mejor, consuelo. |

Nota: Adaptado de “Expectativas, percepción del paciente hacia su terapeuta y razones para asistir a dos o más sesiones”, de Alcázar, 2007, p. 59.

IX. Percepción del estado de salud

La percepción es un proceso cognitivo que nos permite, a través de los sentidos, recibir información y conformar una representación del medio. El concepto de salud implica tres componentes: 1) objetivo (relacionado con la integridad y la funcionalidad orgánica); 2) adaptativo (referente a la capacidad de integración biopsicosocial del individuo y 3) subjetivo (incluye la creencia de bienestar y la percepción individual de la salud; Razo et al., 2018).



En la percepción de la salud individual, influyen muchos factores: el estado fisiológico, la personalidad, el grado de soporte social, el bienestar psicológico, entre varios más. Estos tres componentes se exploran a partir de cuestionamientos tales como: *Actualmente, ¿Qué le preocupa acerca de su salud? y ¿Por qué? ¿Qué problemas de salud ha tenido en los últimos seis meses? ¿Qué ha hecho para resolverlos? En los últimos seis meses, ¿Cómo calificaría su estado de salud? y ¿Por qué? ¿Cuál/es problemas se presentaron o están presentes en los miembros de su familia inmediata (padres, hermanos, abuelos)?*

X. Bienestar psicológico

Para Abellán (2003) la autopercepción del estado de salud es un sencillo y buen indicador de bienestar psicológico y de satisfacción con la vida, incluso más que el número de enfermedades diagnosticadas. Los individuos con salud deficiente suelen estar menos satisfechos con sus vidas que los que tienen percepciones más positivas.

La Organización Mundial de la Salud ([OMS], 1948) afirma que la salud incluye necesariamente el bienestar psicológico, junto al físico y social. Para esta institución la salud mental es un estado de bienestar en el que la persona es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad (OMS, 2022).

De acuerdo con García-Alandete (2014) el modelo teórico más aceptado sobre el bienestar psicológico es el multidimensional de Carol Ryff, que concibe el bienestar psicológico como desarrollo personal y compromiso con los desafíos existenciales de la vida e incluye seis dimensiones: autoaceptación (autoevaluaciones positivas y de la propia vida pasada), relaciones positivas (relaciones interpersonales de calidad), autonomía (sentido de autodeterminación), dominio del entorno (capacidad de gestionar con eficacia la propia vida y el mundo circundante), crecimiento personal (sentido de crecimiento y desarrollo como persona) y propósito en la vida (creencia de que la propia vida es útil y tiene un sentido).

Estas dimensiones pueden evaluarse a través de preguntas como las siguientes: *En los últimos seis meses... ¿Qué tan capaz se percibe a usted mismo para enfrentar y resolver sus problemas? y ¿Por qué? ¿Qué emociones o sentimientos han interferido (positiva o negativamente) en usted? Describa, cómo es la relación entre usted y sus familiares más cercanos ¿Quiénes son las personas que le han apoyado o ayudan para tomar decisiones importantes, realizar actividades o escucharle cuando tiene algún problema? ¿Qué lo*



ha hecho sentirse contento y/o satisfecho con su vida? ¿Qué lo ha hecho sentirse tenso, en conflicto o estresado? En este momento, ¿Cómo califica su estado de bienestar? y ¿Por qué?

Cierre de la Historia Clínica

El usuario y el terapeuta trabajan de manera conjunta para identificar e interpretar los datos pertinentes y cooperan para alcanzar la conceptualización del problema, por ello, antes de finalizar es importante considerar si hay algo más que el usuario quisiera agregar y que no haya sido mencionado a lo largo de la historia clínica, se le plantea la siguiente pregunta: *En este momento, ¿Hay algo más que quisiera comentar o agregar y que sea importante para usted?*. Cabe recordar que algunas de las expectativas que el usuario tiene hacia su terapeuta es el sentirse escuchado, apoyado y comprendido (Alcázar, 2007) por lo que hay que tomarse el tiempo suficiente para indagar si se han abordado los principales temas de interés.

Observaciones

Este último apartado no debe quedarse en blanco, el terapeuta debe esforzarse para colocar opiniones e inferencias fundadas acerca de observaciones que pueden ser de utilidad para el manejo clínico del usuario durante el proceso terapéutico. También se recomienda colocar datos relacionados con la presentación y conducta (verbal y no verbal), tales como: el aspecto general, el nivel de conciencia y atención, la actividad motora, el humor, estado emocional y grado de colaboración, así como otros datos relevantes observados durante la recolección de datos en la historia clínica (Heredia et al., 2012).

Es indispensable que la historia clínica lleve nombre completo y firma tanto del terapeuta como del co-terapeuta responsable. Agregar por último en un formato de 24 hrs, la hora de término de ésta.



Importancia del Expediente Clínico

Típicamente el expediente clínico ha sido definido como el conjunto de información ordenada y detallada que recopila cronológicamente varios aspectos relativos a la salud de un usuario y a la de su familia en un periodo determinado de su vida; esto representa elementos objetivos, estructurados y científicos para conocer las condiciones de salud y los diferentes abordajes, diagnósticos, tratamientos e intervenciones que hayan sido implementados por el equipo de salud a lo largo de un proceso asistencial (Secretaría de Salud, 2011).

Según la Norma Oficial Mexicana NOM-004SSA3-2012 sobre el expediente clínico, éste se define como: “El conjunto único de información y datos personales de un paciente, que se integra dentro de todo tipo de establecimiento para la atención médica, ya sea público, social o privado, el cual consta de documentos escritos, gráficos, imagenológicos, electrónicos, magnéticos, electromagnéticos, ópticos, magnetoópticos y de cualquier otra índole” (p.4). En este documento, el personal de salud deberá hacer las anotaciones pertinentes y agregar los certificados necesarios de su intervención, todo ello en apego a las disposiciones legales aplicables.

Confidencialidad

Un aspecto fundamental en esta Norma Oficial es, por una parte, que resulta de observancia obligatoria para el personal del área de la salud y, por otro lado, que reconoce la titularidad del paciente sobre los datos que proporciona al personal del área de la salud (Kurczyn, 2019), es decir, aquellos datos que se refieren a la identidad del usuario y los que proporciona en relación con su padecimiento, diagnóstico e historia clínica, son considerados confidenciales, por lo que los datos a los que tengan acceso los terapeutas y co-terapeutas serán manejados con sumo cuidado y discreción, atendiendo a los principios éticos del psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2010).



Expediente Clínico Multidisciplinario Electrónico (ECLIME)

La Norma Oficial Mexicana NOM-024-SSA3-2012, hace referencia a los Sistemas de información de registro electrónico para la salud, en esta se señala que el avance tecnológico posibilita los Expedientes Clínicos Electrónicos, enfatiza que permiten el intercambio de información útil, así como la creación de bases de datos que faciliten la planeación y la toma de decisiones.

Bajo esta lógica, la FES Zaragoza ha implementado el Expediente Clínico Multidisciplinario Electrónico (ECLIME), que contiene información diversa de salud de un usuario y que puede ser creado, consultado y gestionado por los terapeutas y co-terapeutas autorizados que imparten y cursan las Unidades de Aprendizaje Estrategias de Evaluación e Intervención, y Evaluación/Intervención en Psicología Clínica y de la Salud, bajo la modalidad de Práctica Supervisada en una CUAS de FES Zaragoza.

Como puede notarse, la elaboración de la historia clínica y la conformación de un expediente clínico ya sea en formato digital o físico, se tornan como actividades indispensables en la formación de los psicólogos en el contexto de la práctica supervisada. Para concluir con este capítulo se describe la guía de advertencias y resumen en la Figura 1.



FIGURA 1. Guía de advertencias: historia clínica y expediente.

|  No emplear |  Emplear con moderación |  Emplear en todas las ocasiones |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">- Nunca debes inducir, sugerir la respuesta o callar al usuario.- Evita absolutamente el establecer una relación más allá de la atención psicológica dentro de la Práctica Supervisada con el usuario.- Nunca juzgues las creencias del usuario, evita palabras que puedan implicar algún tipo de valoración moral.- No comiences la atención psicológica del usuario, sin antes darle a conocer el Consentimiento bajo Información.- El terapeuta debe evitar una actitud pasiva y receptiva, la historia clínica situada en el contexto de la entrevista exige sin duda una actitud decididamente analítica.- Nunca te lleves el expediente a casa, recuerda que es un documento legal que siempre deberá resguardarse en el Archivo Clínico de la institución. | <ul style="list-style-type: none">- Ofrece ejemplos, sobre todo si la sesión es para llenar algún autorreporte, pero que estos ejemplos no se relacionen directamente con tus propias vivencias.- El terapeuta puede ir introduciendo términos de la psicología en el discurso natural del usuario, con el fin de que logre una mejor comprensión de lo que le ocurre, sin embargo, hay que evitar un lenguaje demasiado técnico.- Emite sugerencias y recomendaciones con cautela y asegúrate que no se entienda qué estás diciéndole al usuario lo que debe de hacer.- Evita centralizarte demasiado en el pasado, sin duda alguna los antecedentes permiten comprender el problema, pero lo relevante son las circunstancias actuales.- Evita ser excesivamente detallado con información íntima o importante en la descripción de tus notas sobre el expediente y comenta tus dudas con el profesor a cargo de tu supervisión. | <ul style="list-style-type: none">- Siempre señala el objetivo de la sesión, si es de elaboración de historia clínica, enfatiza la importancia de la obtención de datos.- El terapeuta debe ser lo suficientemente sensible para establecer rapport con cada usuario.- Fomenta continuamente una adecuada alianza terapéutica que incluya un clima de empatía e interacción respetuosa.- Aclara las dudas o preguntas del usuario, esto incluye reformular aquellas preguntas que no sean comprendidas a cabalidad por él.- Siempre realiza tus notas clínicas después de las sesiones, esto evitará que olvides información relevante.- El Expediente Clínico Psicológico debe elaborarse para todos los usuarios desde la primera sesión.- La información contenida en el Expediente Clínico Psicológico será manejada con discreción y confidencialidad, esto incluye también el empleo de los medios audiovisuales.- Al término de la sesión despídete amablemente y refuerza alguna conducta positiva que haya mostrado durante el transcurso de la sesión. |

Nota: Elaboración propia.



Conclusiones

- Las Clínicas Universitarias de Atención a la Salud (CUAS) enmarcan la relación entre diferentes integrantes de la comunidad académica, quienes cotidianamente interactúan en aras del proceso enseñanza-aprendizaje, la investigación y el servicio a la comunidad.
- Las ocho clínicas con las que actualmente se cuenta en la FES-Zaragoza: Zaragoza, Estado de México, Tamaulipas, Aurora, Benito Juárez, Nezahualcóyotl, Reforma y Los Reyes, se constituyen como extensión de las aulas para fortalecer el conocimiento, las habilidades y destrezas profesionales que requieren los alumnos de la carrera de Psicología.
- Como parte de la práctica, docentes y alumnos describen en el expediente clínico parte de la historia del problema de los usuarios y bajo consentimiento informado, el usuario del servicio psicológico ofrece información relevante y suficiente del motivo de consulta.
- La Historia Clínica es el conjunto de datos biopsicosociales vinculados a la salud de una persona.
- El terapeuta debe desarrollar e implementar estrategias de información para recolectar datos que resulten clínicamente relevantes para la definición y comprensión del problema, así como del posible abordaje o intervención más adecuado a las necesidades del usuario.
- El expediente clínico es el conjunto de información ordenada y detallada que recopila cronológicamente varios aspectos relativos a la salud de un usuario y a la de su familia en un periodo determinado de su vida.
- Aquellos datos que se refieren a la identidad del usuario y los que proporciona en relación con su padecimiento, diagnóstico e historia clínica, son considerados como información confidencial.



Referencias

- Abellán, A. (2003). Percepción del estado de salud. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 13(5), 340-342.
- Alcázar, O. R. (2007). Expectativas, percepción del paciente hacia su terapeuta y razones para asistir a dos o más sesiones. *Salud Mental*, 30(5), 55-62.
- Becerra, G. A., y Reynoso, E. L. (2014). Efectos del comportamiento terapéutico e interacción con el paciente. En: Reynoso, E. L. y Becerra, G. A. (coords). *Medicina conductual: teoría y práctica*. Qartuppi.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press.
- Buela-Casal, G. y Sierra, J. C. (2002). Normas para la redacción de casos clínicos. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*. 2 (3), 525-532
- Cabrera, F., Pinilla, B., Gómez, M. y Muiño, A. (2011). *Guiones para la práctica clínica. Historia Clínica*. Facultad de Medicina, Universidad Complutense
- De Pascual, V. R. (2015). *La motivación en terapia: un análisis funcional*. Tesis Doctoral. Universidad Autónoma de Madrid.
- Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. (2019). *Unidad de Clínicas Universitarias de Atención a la Salud*. <https://www.zaragoza.unam.mx/unidad-de-clinicas-universitarias-de-atencion-a-la-salud/>
- Fennell, M. J. V. (1989). Depression. In K. Hawton, P. M. Salkovskis, J. Kirk, & D. M. Clark (Eds.), *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide*. 169–234. University Press.
- Freeman, A., & Dattilio, F. M. (Eds) (1992). *Comprehensive casebook of cognitive therapy*. Plenum Press.
- García-Alandete, J. (2014). Psicología positiva, bienestar y calidad de vida. *En-claves del Pensamiento*, 8(16), 13-29.
- Hadaway, S., & Brue, A. (2016). *Practitioner's Guide to Functional Behavior Assessment. Process, purpose, planning, and prevention*. Springer International Publishing. DOI 10.1007/978-3-319-23721-3



- Heredia, A. C., Santaella, H. G., y Somarriba, R. L. (2012). *Informe psicológico. Textos de apoyo didáctico*. Facultad de Psicología, UNAM.
- Kurczyn, V. P. (2019). Contenido e importancia del expediente clínico. Acceso y confidencialidad. *Revista de la Facultad de Derecho de México, LXIX* (273), 893-915.
- Leahy, R.L., y Holland S. J. (2000). *Treatment plans and interventions for depression and anxiety disorders*. Guilford Pr.
- Manual Operativo para el manejo del Expediente Clínico Psicológico de la modalidad de enseñanza - Práctica Supervisada del Área de Psicología Clínica y de la Salud, FES Zaragoza, UNAM (Proyecto PAPIME PE303712). (2015). Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM, No. Registro 0001-012015DPFESZ-A2.
- Martínez, F. P. (2006). Del motivo de consulta a la demanda en psicología. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, XXVI* (97), 53-69.
- McGoldrick, M., y Gerson, R. (2000). *Genogramas en la Evaluación Familiar* (3ra ed). Gedisa.
- Muñoz, M. (2008). Proceso de evaluación psicológica cognitivo-conductual: una guía de actuación. En F. Labrador (Coord.) *Técnicas de modificación de conducta*. (pp. 69-98). Ediciones Pirámide.
- Muñoz-Martínez, A., y Novoa-Gómez, M. (2012). Motivos de consulta e hipótesis clínicas explicativas. *Terapia Psicológica, 30*(1), 25-36.
- Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012 del Expediente Clínico. Publicada el 15 de octubre de 2012, en el Diario Oficial de la Federación, Primera Sección.
- Organización Mundial de la Salud. (1948). *Constitución de la Organización Mundial de la Salud*. http://www.who.int/gb/bd/PDF/bd46/s-bd46_p2.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response#:~:text=La%20salud%20mental%20es%20un%20estado%20de%20bienestar%20en%20el,de%20contribuir%20a%20su%20comunidad>.
- Plan de Estudios de la Carrera de Psicología. Aprobado por el H. Consejo Técnico de la Facultad De Estudios Superiores Zaragoza en Sesión Ordinaria el 8 de septiembre de 2009, Acuerdo No. 09/09-So/16.6.
- Ramos, P, S. (2015). La Historia Clínica en Salud Mental. *Acta Bioethica, 21*(2), 259-268.



Razo, G. A., Díaz, C. R., y López, G.M. (2018). Percepción del estado de salud y la calidad de vida en personas jóvenes, maduras y mayores. *Revista Comisión Nacional de Arbitraje Médico*, 23(2), 58-65.

Reglamento General para las Clínicas Multidisciplinarias, de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, UNAM. Aprobado en la sesión extraordinaria del 9 de mayo de 2006, Acuerdo No. 06/05-SE1/2.1, actualmente vigente.

Secretaría de Salud. Dirección General de Información en Salud, México. (2011). *Manual del Expediente Clínico Electrónico*.

Ruíz, R. A., y Nava, G. M. (2012). Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. *Enfermería Neurológica*, 11(3), 163-169.

Sociedad Mexicana de Psicología. (2010). *Código ético del psicólogo* (5a ed). Trillas.

Capítulo 6

Práctica Supervisada: guía para docentes y entrevistadores en formación

Verónica Ruiz González
Ana Leticia Becerra Gálvez



Introducción

La práctica supervisada es una actividad fundamental en el proceso de enseñanza-aprendizaje en los universitarios. Con la mira de lograr que los alumnos adquieran competencias que les permitan resolver problemáticas en escenarios reales, es que se supervisa y guía su desempeño. Aunque esta actividad es realizada primordialmente por el docente a cargo de la asignatura o módulo, la institución educativa, y el alumnado toman un papel activo en el proceso de práctica profesional.

La supervisión de un docente experto durante las prácticas es esencial en diferentes áreas de la salud, por ejemplo, en medicina, enfermería, odontología y en psicología. En el caso de los alumnos de psicología, la guía docente en la adquisición de los contenidos teóricos y las competencias clínicas en la práctica se ha vuelto una tarea fundamental, sobre todo en los últimos semestres de la carrera, dado que es justo en ese periodo donde se espera que los alumnos tengan la oportunidad de tener contacto directo con usuarios que solicitan algún servicio psicológico.

La práctica supervisada favorece el desarrollo de competencias profesionales en psicología, integrando tanto la aplicación de conocimientos teóricos como habilidades y actitudes en la evaluación, intervención y seguimiento de los usuarios. Dentro de las competencias específicas en psicología, destaca la importancia de la entrevista,



integrando diversas habilidades como la comunicación verbal y no verbal, escucha empática y observación.

En este capítulo exponemos al lector una descripción general del proceso de supervisión en la práctica profesional incluyendo tanto modalidades como estrategias, específicamente, cuando se trata del entrenamiento en entrevista conductual. Un objetivo secundario es ofrecer una serie de recomendaciones, advertencias y sugerencias para que la práctica se lleve a cabo exitosamente en un marco profesional y ético.

La práctica supervisada en psicología: conceptualización y características

La supervisión en la práctica profesional corresponde al seguimiento de los estudiantes durante su paso por la carrera, donde supervisores con mayor experiencia dentro del área, promueven la reflexión y aprendizaje de actitudes, habilidades y la vinculación teórico-práctica a través de servicios de atención psicológica en escenarios auténticos.

La Asociación Americana de Psicología define supervisión como (APA, 2015, p. 35, traducción libre, citado por Consoli et al. 2017, p.7):

Una práctica profesional específica que emplea una relación colaborativa, que tiene componentes facilitadores y evaluativos, que se extiende en un periodo, que tiene objetivos para desarrollar la *competencia profesional* y la *práctica informada* en la ciencia del *supervisado/a*, monitorizando la *calidad de los servicios* que se ofrecen protegiendo al **público** y resguardando la entrada a la profesión.

En función de esta definición, Consoli et al. (2017) refieren que la supervisión es uno de los componentes fundamentales de la formación en la práctica psicológica, teniendo múltiples objetivos, entre los que destacan: 1) facilitar el desarrollo de competencias profesionales y proveer seguridad al supervisado y, 2) favorecer intervenciones psicológicas más eficientes para los usuarios de los servicios psicológicos.

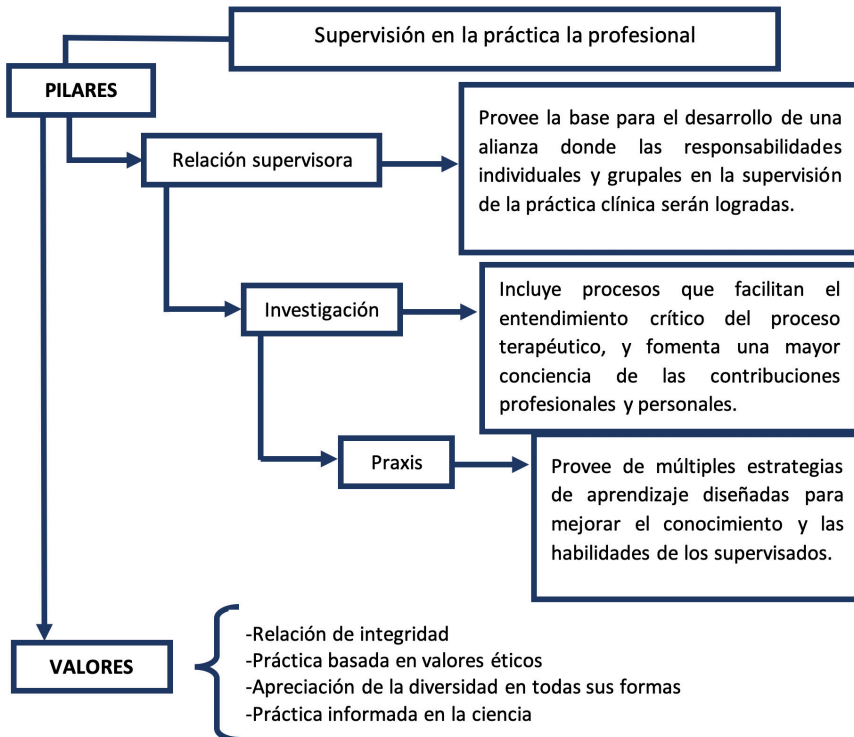
En esa misma línea Gutiérrez et al. (2019) comentan que la supervisión es un proceso de formación profesional en el que un docente ofrece posibilidades de acompañamiento, descubrimiento y aprendizaje en escenarios reales mediante la integración reflexiva de la teoría con la práctica. Mientras que autores como Falender y Shafranske (2014) definen la supervisión como una actividad profesional donde la educación y el entrenamiento



dirigidos al desarrollo de prácticas informadas por la ciencia, son facilitados a través de un proceso interpersonal colaborativo en donde se observa, evalúa, retroalimenta y facilita la adquisición de habilidades.

Como puede notarse la supervisión en la práctica profesional tiene como propósitos desarrollar y fortalecer las destrezas conceptuales y de tratamiento de quienes ejercen la profesión (Bastidas-Bilbao & Velásquez 2016; Consoli et al., 2017) y monitorear los esfuerzos de entrenamiento que salvaguarden el cuidado de usuarios de un servicio (Watkins, 2017). Para Falender y Shafranske (2014) la supervisión está constituida por tres pilares: la *relación supervisora*, la *investigación* y la *praxis educativa*, así como, una serie de valores que son esenciales en este proceso como se observa en la Figura 1.

FIGURA 1. Pilares de la Supervisión en la Práctica Profesional.



Nota: Elaboración propia.



Es de notar que el docente a cargo de la supervisión debe propiciar un espacio de enseñanza y retroalimentación, ayudando a los estudiantes a crecer en autoconfianza y comprensión de sí mismos, y buscando de igual manera el mantenimiento y tratamiento de los usuarios (Zas, 2015).

La supervisión en la práctica supervisada: el proceso

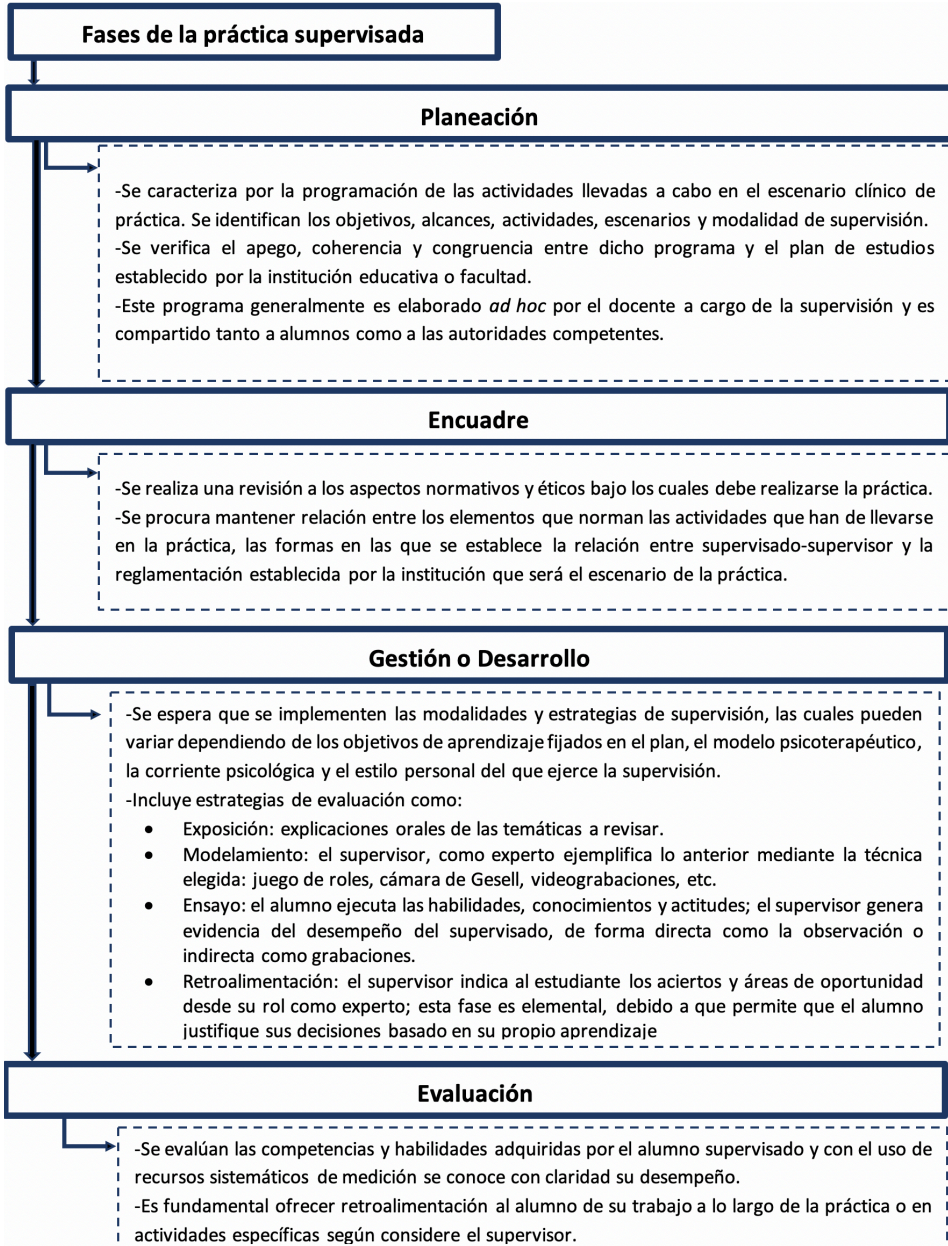
La supervisión es un componente esencial en la práctica profesional en el área de psicología clínica por lo que, actualmente la creación de modelos para llevarle a cabo se ha vuelto una necesidad. En respuesta a dicha demanda en el año 2019, Gutiérrez y colaboradoras desarrollaron el *Modelo de Supervisión para la Práctica Profesional en Psicología*. Dicho modelo se creó desde una visión pedagógica e incluyendo elementos esenciales de instrucción y aprendizaje (Bernard & Goodyear, 2014) y tiene como objetivo vincular la formación profesional y la prestación de servicios psicológicos a distintas poblaciones. Aunque esta propuesta está alineada al Plan Curricular 2008 de la Facultad de Psicología, ofrece una alternativa de solución a las necesidades de las entidades que impartan la carrera de psicología en la UNAM ya que todas cuentan con una etapa de formación profesional que involucra la práctica en escenarios reales.

Para fines de este modelo, la supervisión es un proceso de formación profesional que está constituido por cuatro etapas: planeación, encuadre, desarrollo y evaluación, como se observa en la Figura 2. Además, este modelo se caracteriza por ser gradual, recursivo, flexible, continuo y multidimensional.

Cada una de las fases definen la actividad profesional llevada a cabo por el supervisor y el común denominador es ofrecer retroalimentación y guía a los estudiantes (Mora, 2014; Villafuerte, 2016). Adherirse a estas fases reduce la probabilidad de que el estudiante actúe “a ciegas” o bajo su sentido común durante la entrevista o cualquier otra tarea de índole clínico.



FIGURA 2. Proceso de la supervisión en la práctica.



Nota: Elaboración propia.



En el proceso de supervisión se hace necesario el establecimiento de objetivos de aprendizaje que van encaminados a formar profesionales éticos. Dichos objetivos cambiarán según el supervisor, el enfoque que desarrolla y el plan de estudios que rige en cada facultad o institución educativa. Cada uno de los objetivos de aprendizaje, actividades y acciones que realiza el docente a cargo de la supervisión y alumnos, variarán según el elemento o componente bajo el cual se quiere entrenar. Para fines de este capítulo y considerando la temática central de esta obra se hablará de la práctica supervisada en contextos clínicos, específicamente en el entrenamiento de la entrevista con enfoque conductual.

Práctica supervisada y adquisición de competencias profesionales en Psicología Clínica

La meta de la práctica supervisada es la adquisición de competencias y conocimientos que permitan al alumnado responder ante problemáticas de la sociedad actual. Para definir las competencias profesionales en psicología es necesario diferenciar las áreas o campos de aplicación y tener en cuenta el contexto ocupacional (sistema escolar, consultoría de empresa, sistema público de salud), el tipo de cliente (niño, estudiante, esposa, jefe), la clase de problemática (desarrollo individual, prevención de enfermedad, resolución de conflicto) y las condiciones del contexto para implementar las estrategias de solución (Roe, 2003).

Al respecto Carpio et al. (2005) comentan que se deben considerar las áreas de desempeño profesional y las estrategias de operación para lograr una sistematización en el proceso de adquisición de las competencias en psicología. En ese sentido se espera que los psicólogos adquieran destrezas clínicas para evaluar y ofrecer tratamiento a numerosos problemas con la guía de un supervisor para ofrecer servicios de calidad (APA, 2014).

En el caso de los estudiantes interesados en la psicología clínica y de la salud, se espera que adquieran competencias específicas para la evaluación, diagnóstico, intervención y seguimiento. Para Amador-Soriano et al. (2018) y Yañez- Gallecio (2005) algunas de esas competencias incluyen la identificación de una problemática, el empleo de estrategias de evaluación, como, por ejemplo, la entrevista clínica, aplicación de escalas, cuestionarios y pruebas psicológicas y la implementación de técnicas y procedimientos, primordialmente



basados en evidencia. Por otro lado, Bravo et al. (2012) agregan que otras competencias que adquiere el psicólogo incluye el establecimiento de diagnósticos, planeación, diseño, rehabilitación, investigación, modificación de comportamientos, implementación de estrategias de intervención y solución de problemas.

Sheepway et al. (2014) encuentran que el desarrollo de competencias clínicas se debe al entrenamiento continuo y que éstas son refinadas con los acercamientos subsecuentes a entornos de práctica clínica y existe cierta diferencia en torno al contexto donde se desarrolla la práctica, es decir que, dependiendo del centro o institución receptora de los estudiantes, surgirá cierta clase variación/especificidad en la competencia desarrollada. Por lo tanto, la adquisición de las competencias profesionales genéricas y específicas del campo de la psicología clínica incluyen los diseños y cambios curriculares (perfiles de ingreso y egreso), la experiencia y conocimientos de los docentes a cargo de la supervisión (tradición psicológica, población y problemáticas de especialidad) y la apertura del alumnado (apego a las indicaciones, capacidad para resolver problemas y actitud positiva para recibir el apoyo por parte del docente). A continuación, se describen las pautas y estrategias de evaluación en la práctica supervisada cuyo objetivo es que los alumnos adquieran competencias relacionadas a la entrevista conductual.

Adquisición de competencias para implementar la entrevista conductual desde un marco supervisado: estrategias y recomendaciones

Cuando se habla específicamente de la supervisión de los estudiantes en la práctica de la entrevista bajo el enfoque conductual, se dice que se requiere de moldear en los aprendices comportamientos muy específicos, modelar las conductas que se deben llevar a cabo cuando se trata de esta herramienta de evaluación y ofrecer retroalimentación en vivo de las conductas del terapeuta en los ejercicios de *role playing* (de Valderrama et al. 2019). Para estos autores, es importante que los supervisores reduzcan el control instruccional en el entrenamiento dado que este tipo de estrategias pueden limitar la variabilidad conductual de los supervisados, afectando su efectividad en circunstancias novedosas o en aquellas en las cuales se espera que respondan de forma autónoma.

Cabe mencionar que reducir el control instruccional beneficia a los estudiantes, ya que permite el desarrollo de las habilidades clínicas individuales enfocadas en la entrevista



conductual, además, no se replican las conductas que tiene el supervisor y los estudiantes obtienen un estilo particular para desarrollar dicha tarea.

El entrenamiento en la adquisición de competencias relacionadas a la evaluación clínica incluye capacitación continua en la entrevista conductual, que como ya se ha dicho en capítulos previos, es la herramienta que por excelencia nos permite conocer al usuario y a su problemática. Dado que una de las herramientas más utilizadas para la evaluación es la entrevista, será menester que el supervisor a cargo capacite, instruya y retroalimente al aprendiz, de tal suerte que éste pueda obtener información suficiente, descriptiva y relevante de la problemática del usuario. Ante la lógica de que la mejor manera para desarrollar habilidades clínicas de entrevista se da a partir de “aprender haciendo”, es que los supervisores deben implementar estrategias de formación y supervisión desde el comienzo de la práctica.

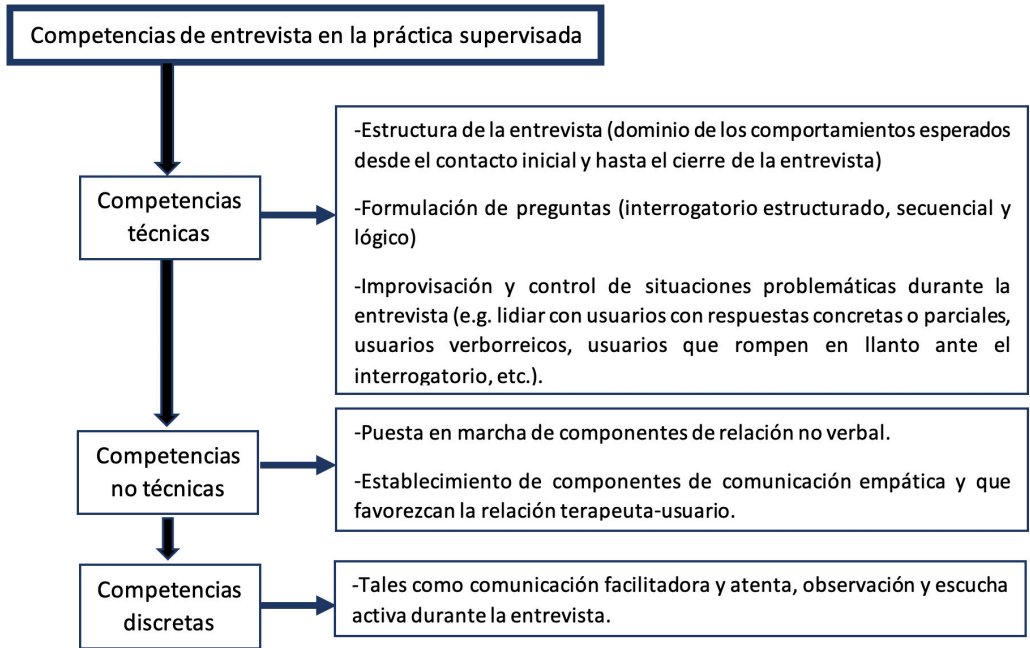
Si bien es cierto que, una entrevista conductual bien ejecutada corresponde con años de experiencia, el experto a cargo de la supervisión puede moldear, modelar y modificar ciertas conductas en el ejercicio de esta actividad para que adquiera las habilidades necesarias para realizar preguntas, detectar conductas problema, realizar un análisis funcional y elaborar una presunción diagnóstica y pronóstica de la problemática (Fernández & Rodríguez, 2006).

Los estudiantes que recién inician con sus prácticas carecen de experiencia en el trato con los usuarios, por lo tanto, suelen presentar ansiedad y estrés ante el ejercicio demostrativo de sus habilidades en el contexto clínico. Con el paso del tiempo y a través de la guía del supervisor aumenta la confianza, se fortalecen y se amplían sus competencias (de Valderrama et al., 2019). Para estos autores, las competencias de entrevista que deben desarrollar los alumnos en la práctica supervisada son tres y se señalan en la Figura 3.

De acuerdo con Borrell (2004) estas habilidades se desarrollan con la ayuda de estrategias como el *role playing*, las videograbaciones y la retroalimentación constantes a lo largo de las ejecuciones del aprendiz. A continuación, se describirán a mayor detalle estas y otras estrategias de evaluación.



FIGURA 3. Competencias esperadas en los psicólogos que se forman en la entrevista conductual.



Observación. Los alumnos supervisados observan el desempeño del docente o de otros alumnos de forma directa o a través de una videograbación. A partir de dicha actividad, se espera identifiquen los componentes verbales y no verbales del que ejecuta la entrevista. Para Gutiérrez y et al.(2019) esta estrategia se caracteriza por tener tres momentos: 1) pre-sesión, en el cual el supervisor presenta un caso o situación, especifica los objetivos de la intervención o abordaje y hace el anclaje teórico-metodológico; 2) desarrollo de la sesión, en donde se espera que los alumnos recuperen la información, realicen notas de los elementos a discutir o más relevantes del ejercicio y 3) post-sesión, momento en el cual docente y supervisados analizan la sesión en reflexión grupal, dando espacio a la participación activa. Se sugiere emplear esta estrategia en aquellos alumnos que se encuentran en la etapa inicial de formación o que no han interactuado o realizado entrevista a los usuarios del servicio psicológico.



Modelamiento. En esta estrategia el docente a cargo de la supervisión modela a los alumnos los comportamientos que son deseables en el contexto de la entrevista. La intención es que el alumno pueda observar críticamente el desempeño del supervisor para posteriormente llevar a cabo la tarea de entrevistar. Considerando los parámetros de la entrevista conductual, el modelamiento permite que los alumnos detecten algunos patrones para lograr una comunicación eficaz, a través de la ejecución de alguien con experiencia (Perpiñá, 2014). La implementación de este tipo de estrategias supone ventajas y desventajas, por ejemplo, el supervisado puede ver casos o situaciones reales, las formas en cómo el experto resuelve ante circunstancias específicas y aprende a plantear frases o preguntas en la interacción, sin embargo, puede caer en la trampa de “apropiarse” del estilo de entrevista del docente, replicándolo sin ser crítico u observador de las necesidades del usuario.

En las sesiones en las cuales se emplee la estrategia de modelamiento es necesario que el supervisor haga énfasis en los elementos de la técnica, realice un anclaje teórico y promueva la participación entre los alumnos.

Moldeamiento. Esta estrategia se utiliza para establecer, de forma progresiva, conductas sencillas y unitarias. La adquisición de las competencias se configura en un proceso de enseñanza en el cual el alumno transita de las más básicas a las más complejas de forma sucesiva. En el moldeamiento el supervisor instiga y sugiere a los alumnos las formas en las que debe llevar a cabo la tarea sin descuidar los aspectos éticos, al proteger a los alumnos que buscan ayuda dada su inexperiencia (Jiménez & Romano, 1998 citado por López, 1998).

Role playing. En esta estrategia uno de los estudiantes ejecuta la función de entrevistador mientras que otro u otros funcionan como usuarios. Barney y Shea (2007) afirman que el *role playing* es un recurso didáctico que se traduce en una práctica conductual real y que dan cuenta de las habilidades de entrevista, además, la ausencia de una demanda clínica real (dado que se trata de una condición simulada con un usuario ficticio), reduce el nivel de estrés en los alumnos y se pueden corregir los errores sin temor a consecuencias graves. De acuerdo con estos autores, el supervisor puede crear múltiples escenarios hasta que se obtenga la habilidad deseada, por lo tanto, los ensayos pueden variar en complejidad.

Para Borrell (2004) la planeación del *role playing* incluye: describir la situación que se representará, indicar los puntos clave de la historia del problema a aquella persona que funcionará como paciente, comentar el propósito del ejercicio, hacer un ensayo breve de



las respuestas del usuario ficticio con el fin de verificar que se encuentren en apego a la historia clínica o problema psicológico en cuestión y supervisar-retroalimentar la ejecución de aquel que juega el papel de psicólogo.

El *role playing* puede realizarse con otros complementos, tales como, una inversión de roles en algún momento del ejercicio, es decir, que el paciente simulado ahora representa al terapeuta y viceversa; que el terapeuta pueda estar acompañado de un coterapeuta en caso de no saber cómo seguir la escena o que el actor que representa al profesional pueda sentarse frente a más compañeros para realizar el ejercicio con muchos participantes, dando la palabra a cada uno en un tiempo determinado. El *role playing* puede brindar oportunidades poderosas, pero para lograrlo debe hacerse bien y propiciar las mejores condiciones para su implementación (Barney & Shea, 2007; Shea & Barney, 2015).

Videofeedback. El uso de esta estrategia tiene el objetivo de puntualizar los momentos clave de una entrevista simulada o real, para introducir los puntos teóricos que se han revisado en seminarios o clases y fijar retos, preguntando a los participantes del vídeo o al grupo que se debería hacer para mejorarla. Otra forma en la que se puede utilizar esta estrategia formativa es grabar las entrevistas simuladas para posteriormente analizarlas en grupo (Borrell, 2004). En algunas ocasiones, podrían emplearse grabaciones de entrevista con pacientes reales, sin embargo, será indispensable contar con el consentimiento informado del usuario. Quien solicita la grabación deberá responsabilizarse de dicho producto, salvaguardando los datos personales del paciente, además de realizar la edición de este para guardar la confidencialidad. Al igual que con los pacientes, debe contarse con el consentimiento informado de los alumnos que participan en un ejercicio de role playing, para fines de su protección y aun cuando la actividad tenga un fin didáctico.

Bitácoras y materiales para el alumno. Incluye herramientas como *checklist*, diapositivas con un contenido clave, apuntes generados en la clase, un artículo de ampliación teórica, vídeos demostrativos de la entrevista y hojas con una situación ficticia representativa, para auxiliar a los alumnos de acuerdo con sus habilidades.

Análisis de caso o situaciones. En esta estrategia la herramienta básica es el expediente psicológico o portafolio. Con la ayuda del supervisor, revisan todos los elementos del expediente: datos sociodemográficos, entrevista inicial, historia clínica, pruebas aplicadas, resúmenes de evaluación, etc. Se revisa y discute la bibliografía propuesta y se elabora un plan de trabajo con objetivos, técnicas y duración específica.



Entrenamiento en cascada o por diseminación (experto/novato). En esta estrategia los novatos observan a un experto, que es de diferente nivel académico. En el grupo de observación hay también expertos, al finalizar la sesión ambos entregan y comparten diferentes reflexiones acerca del trabajo.

Supervisión con colegas. Esta estrategia, se ha dado principalmente en el ámbito institucional, en el que se acostumbran las sesiones de supervisión de forma abierta entre colegas. En este sentido, la supervisión entre colegas se caracteriza porque el supervisado puede aceptar o rechazar las sugerencias hechas por los otros compañeros, pues en ocasiones los puntos de vista pueden ser divergentes o parecer inadecuados. Benschoff (1994, citado por López 1998), señala que esta supervisión puede ser sumamente beneficiosa debido a que disminuye la dependencia hacia el llamado “experto” y propicia una relación más abierta entre iguales.

Autosupervisión. Esta estrategia es útil cuando no sea posible que supervisor y supervisado tengan contacto frecuente y en el que este último haya alcanzado un grado de experiencia y autonomía que le permita recorrer la mayor parte del camino en forma independiente. Para realizar la autosupervisión se utiliza con frecuencia la videograbación, para observarse a sí mismo en el contexto de la intervención y analizar las técnicas, maniobras, lenguaje verbal y no verbal de él mismo y de los usuarios.

Práctica Supervisada: sus riesgos y beneficios

Como se ha mencionado antes, la supervisión en contextos de práctica profesional conlleva fases de planeación, encuadre, desarrollo y evaluación, en los cuales convergen activamente los docentes a cargo de la tarea de supervisar, los alumnos y las instituciones educativas o escenarios de práctica. Este proceso se encuentra ligado a un conjunto de factores que facilitan u obstaculizan el aprendizaje de los estudiantes en formación. Al respecto Bazrafkan y Najafi (2018) dicen que los riesgos de la práctica se resumen básicamente en cuatro categorías:

1. *No concordancia de la teoría y la práctica.* Esta categoría engloba la incapacidad de usar el conocimiento teórico adquirido en las prácticas de campo y que exista una diferencia notable entre la teoría y las prácticas.



2. *Comunicación débil o confusa.* Esta categoría pertenece a la función de los supervisores de las prácticas, al mostrar un comportamiento inadecuado y/o inadecuado soporte a los alumnos, generando así poca confianza en el tutor/supervisor y su labor.
3. *Mala planificación.* Esto corresponde de la misma manera a los supervisores al no tener una planificación correcta y/o tener poco entrenamiento como instructores; generando de esta manera una pérdida del interés por los alumnos en el aprendizaje.
4. *Tensión percibida.* Esta categoría se centra en la experiencia de los alumnos sobre la práctica, estos pueden experimentar estrés, ansiedad o miedo ante la práctica, lo que a su vez puede afectar su autoconcepto, como su desarrollo personal y profesional.

Autores como Lastra et al. (2018), Prada y Zuleta (2005), Peña (2009) y Zabalza (2010) argumentan que algunos de los riesgos y beneficios de este proceso son los que se resumen en la Tabla 1.

TABLA 1. Riesgos y beneficios de la práctica supervisada.

| Actores | Riesgos | Beneficios |
|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Alumnos | <ul style="list-style-type: none">- Presentan una serie de expectativas y emociones (negativas y positivas), al inicio y en el desarrollo de la práctica las cuales afectan su desempeño profesional.- Se integran a la práctica desconociendo las formas y las actividades que se deben realizar para el cumplimiento de los objetivos de aprendizaje. | <ul style="list-style-type: none">- Durante el tiempo que permanece en el escenario de la práctica tienen la posibilidad de vivir experiencias de trabajo complementarias a las que se adquieren en la universidad.- Conocen algunos contextos en los que podrán llevar a cabo su trabajo futuro, se informan de la labor profesional real del psicólogo y de otros profesionales.- Incrementan su interés por la profesión y adquieren confianza en su ejercicio profesional. |



| Actores | Riesgos | Beneficios |
|-------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Docentes/ tutores/ supervisores</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Desconocimiento y fallos en la planeación de la práctica o de alguna particularidad de sus componentes/ recursos humanos o materiales. - Actitud negativa o prácticas que atenten contra el desempeño de los alumnos (ignorarlos, humillarlos o no ofrecer retroalimentación constructiva). - No poder realizar una adecuada búsqueda o revisión de las prácticas formativas, por ejemplo: prácticas de enseñanza, inducciones o pasantía. - Abusar de la libertad de cátedra para no apegarse a los objetivos de la práctica delineados en el plan curricular. - La gran extensión y diversidad de profesores predispone una diferencia en el aprendizaje que los alumnos obtienen. | <ul style="list-style-type: none"> - Crean espacios de capacitación con los alumnos en los cuales comparten tips, sugerencias y experiencias para que lleven a cabo su práctica profesional. - Ofrecen guía continua y respaldo legal a los alumnos en el ejercicio de sus actividades. - Garantizan una práctica ética y un servicio de calidad a los usuarios de un servicio psicológico. |
| <p>Instituciones educativas/ escenarios de práctica</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Las diferentes situaciones negativas (estructurales/organizacionales) que se puedan presentar en la institución/escenario. - Evitar realizar mejoras a los programas curriculares, no actualizar al personal docente y no crear programas de mejora continua. | <ul style="list-style-type: none"> - Participación en el proceso formativo de los profesionales en psicología desde una visión multi, inter y transdisciplinaria. - Ofrecer servicios a otras instituciones o usuarios dando un respaldo académico y profesional. |



Aspectos éticos y legales en las prácticas supervisadas

En el trabajo cotidiano los supervisores generan con las estudiantes una relación basada en los principios que rigen toda práctica profesional, a saber: beneficencia, autonomía y, finalmente, principio de justicia social (Bravo & Tejero, 2005), mismos que también se reflejan en el trabajo con la comunidad. Es decir, a través de la experiencia práctica los estudiantes aprenden que el deber del psicólogo es hacer el bien, que se debe tener una actitud basada en el respeto por las decisiones que las personas tomen sobre sí mismas y que el trato que se otorgue a compañeros, autoridades y usuarios debe ser justo y no discriminatorio (Giró, 2013).

Al mismo tiempo estos principios de la bioética se practican en el trato cotidiano con estudiantes, ya que en todos los programas de práctica se requiere acompañar y orientar a los estudiantes en el proceso de formación, para detectar algún sufrimiento emocional que pueda interferir con su desarrollo; de ahí que, si durante el programa algún alumno o usuario decide no continuar, se tomarán las medidas necesarias y se le dejará en libertad de abandonarlo, sin coerción (Díaz, 2010; Lo, 1995).

A continuación se describen algunos elementos éticos a considerar en la práctica supervisada:

Confidencialidad y resguardo de datos personales. Tanto el docente a cargo de la supervisión como los alumnos tienen la obligación de resguardar los datos personales e información relevante para el caso provista por los usuarios del servicio. Se debe procurar con actitud de respeto, guardar la confidencialidad hacia las historias de vida y experiencias personales de los usuarios (Díaz, 2010).

Respuesta ética ante los dilemas que surjan en la práctica. Los dilemas éticos se pueden presentar en variedad de situaciones cuando los estudiantes están desarrollando competencias básicas de conducción de actividades de prevención e intervención psicológica. Por lo que es importante seguir la doctrina del uso del consentimiento informado e instruir a los supervisados para que indiquen y se presenten en todo momento como estudiantes en formación bajo el soporte de un profesional de la psicología que cuenta con cédula y experiencia profesional (Lo, 1995). Esto quiere decir que el docente a cargo de la supervisión tiene la responsabilidad de ofertar un servicio psicológico de calidad y vigilar el actuar de los estudiantes, en ese sentido, que es responsable de la actuación u omisión de



sus supervisados, del registro del proceso para explicar propósitos, acciones y alcances del tratamiento que se proporciona (Tanenbaum & Berman, 2005).

Adhesión a los lineamientos legales e institucionales existentes. En relación con el marco legal, los centros y programas de la UNAM, como sedes de intervención psicológica tienen el compromiso de ajustarse a la Ley General de Salud y al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Prestación de Servicios de Atención Médica, por lo tanto, tienen que brindarse servicios con un enfoque comunitario, de reinserción psicosocial y con estricto respeto a los derechos humanos. A este respecto, el supervisor a cargo no solo se concentra en enseñar y modelar las habilidades técnico-profesionales, sino también, la observación a la ley en casos específicos o de interés legal. A manera de resumen, se puede señalar que las obligaciones éticas del supervisor en tanto a la atención de usuarios, así como con la interacción con alumnos son las propuestas por Díaz (2010), las cuales se describen en la Tabla 2.

TABLA 2. Obligaciones éticas del docente a cargo de la supervisión en la práctica profesional.

| Obligaciones en el trabajo con estudiantes | Obligaciones en el trabajo con usuarios |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> - Explicar y comentar con los estudiantes el compromiso e implicaciones de estar en los programas. - Dejarlos en libertad de ingresar en él o no, sin ejercer presiones (consentimiento informado). - Proteger la identidad de los estudiantes. - Confidencialidad de los datos. - Proporcionar la retroalimentación en forma respetuosa. - Tratar los temas personales más sensibles de forma individual. - Resguardar su integridad física. - Proporcionar apoyo psicológico en caso necesario y derivarlo a terapia si se considera apropiado. | <ul style="list-style-type: none"> - Darles el apoyo para resguardar su integridad física y psicológica. - Proteger su identidad. - Confidencialidad de los datos. - Dar por escrito y explicar a las personas: el objetivo, la duración, las estrategias de intervención, el uso de la cámara de Gesell, las videograbaciones y la preservación de la confidencialidad (consentimiento informado). - Respetar sus decisiones. - Realizar un relevo oportuno en caso de que las intervenciones del estudiante no sean adecuadas para esa persona en particular o canalizarlo a otros profesionales de la salud. |

Nota: Elaboración propia.



Considerando la importancia de la supervisión en la formación profesional y tomando en cuenta algunas de sus vulnerabilidades y puntos débiles, es posible recomendar algunas acciones protectoras (Tanenbaum & Berman, 2005; Valenzuela, 2011):

- 1.- *No supervisar más allá de las propias competencias como supervisor:* La acreditación como profesional no representa en sí misma una licencia legal para ejercer la supervisión. Se sugiere que los supervisores cuenten con apoyo de otros profesionales para complementar sus conocimientos en la tarea de supervisar.
- 2.- *Elegir con cuidado el o los modelos de supervisión:* Aunque existen diferentes modelos de supervisión, paradigmas y supuestos para el ejercicio de ésta, es recomendable que el supervisor esté familiarizado con varios modelos que le permitan afrontar diferentes situaciones clínicas.
- 3.- *Evitar las relaciones duales:* Tales como relaciones íntimas o sexuales, empleo o prestación de servicios, relación terapéutica tanto entre supervisor y supervisado como entre supervisor y usuario. Se deben mantener los límites profesionales propios de la función de supervisar evitando caer en conflictos de intereses.
- 4.- *Evaluar la competencia del supervisado:* Se recomienda realizar tareas de evaluación para conocer las capacidades y atributos de los alumnos en áreas específicas de competencia. Esto puede realizarse mediante medidas confiables y válidas que eviten la ambigüedad y promuevan el control de calidad de la supervisión.
- 5.- *Estar disponible para la supervisión:* Asegurar, en la medida de lo posible, el contacto regular cara a cara con el supervisado y tomarse el tiempo para examinar las notas o grabaciones de las sesiones. Si en ocasiones no hubiera disponibilidad para este contacto directo, asegurar que el contacto se realice por algún otro medio de forma expedita.
- 6.- *Formular un programa sólido de supervisión:* Para evitar malentendidos sobre la extensión, naturaleza, expectativas y el tipo de intervención, se sugiere un documento que contenga la siguiente información: acuerdos sobre cantidad o tiempo de supervisión, modelo de supervisión y actividades asociadas, método para evaluar el avance o progreso, necesidad de documentación escrita, material del caso e identificación de objetivos de la intervención, necesidades formativas del supervisado y recomendaciones del supervisor.



7.- *Ser consciente de las consideraciones profesionales de la supervisión:* Se trata de una relación que implica una forma de aprendizaje sobre el ejercicio profesional, pero constituye además un tipo de relación profesional.

8.- *Supervisar de manera honesta y con integridad:* Es importante mantener confidencialidad sobre la información y actuar con verdad, integridad y honestidad.

Para finalizar con este capítulo, se ofrece al igual que el resto de los contenidos de este libro una guía de advertencias la cual se describe en la Figura 4.

Conclusiones

- Es responsabilidad de las instituciones educativas, los docentes y los alumnos en formación, ofrecer atención psicológica ética y de calidad, motivo por el cual, el entrenamiento en actividades concentradas en la evaluación e intervención en escenarios de salud como las clínicas universitarias, centros de salud, hospitales, centros educativos e instituciones de desarrollo social es una prioridad.
- La práctica supervisada en entrevista conductual implica un proceso sistemático y recursivo, que integra acciones de planeación, encuadre, desarrollo y evaluación.
- La entrevista conductual implica el desarrollo de competencias profesionales específicas, tanto técnicas, como no técnicas y discretas, que requieren de estrategias de supervisión, fundamentadas en modelos de aprendizaje situado, favoreciendo el modelamiento, la práctica y retroalimentación en escenarios auténticos, así como la reflexión continua del ejercicio profesional, en pro de la calidad de los servicios psicológicos de las personas atendidas como de la formación profesional de estudiantes.



FIGURA 4. Guía de advertencias: práctica supervisada.

|  No emplear |  Emplear con moderación |  Emplear en todas las ocasiones |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Estudiante:</p> <ul style="list-style-type: none">-Las mismas sugerencias ofrecidas por tu supervisor en todos los casos, ya que son diferentes y requerirán de otras estrategias según corresponda.-Ocultar las incidencias críticas, que suceden durante la entrevista conductual; las fallas o experiencias negativas, ya que la supervisión ofrece un acompañamiento integral, que busca la mejora continua y requiere el análisis de riesgos y beneficios, en pro de la formación de estudiantes y la calidad de servicios. | <p>Estudiante:</p> <ul style="list-style-type: none">-Improvisar en la entrevista puede ser una estrategia de utilidad, sin embargo, no siempre debe ser utilizada ya que se espera que la entrevista sea estructurada y esté previamente supervisada por el profesor a cargo. <p>Supervisor:</p> <ul style="list-style-type: none">-Considera la <i>Transmisión gradual de la responsabilidad</i>, ya que las y los estudiantes están en formación profesional, por lo que el desarrollo de competencias en entrevista conductual requiere del acompañamiento y retroalimentación constante de un profesional certificado (académico supervisor), quien es el responsable del servicio de atención psicológica y del programa de práctica supervisada. | <p>Estudiante:</p> <ul style="list-style-type: none">-Acompáñate por la supervisión de formación en la práctica, compartiendo tus peticiones, inquietudes, incidencias, registros y reflexiones. <p>Supervisor:</p> <ul style="list-style-type: none">-Utiliza estrategias de formación en la práctica profesional, que favorezcan la adquisición de competencias en entrevista conductual, promoviendo la reflexión de la práctica profesional y fundamentada en modelos de aprendizaje situado (en contexto).-Monitoreo de la calidad de la entrevista conductual, protegiendo a las personas atendidas, estudiantes e instituciones, considerando el marco ético y normativo, aplicable a la formación supervisada y servicios psicológicos. |

Nota: Elaboración propia.



Referencias

- Amador-Soriano, K., Velázquez-Albo, M.A., & Alarcón-Pérez, L. M. (2018). Las competencias profesionales del psicólogo desde una perspectiva integral. *Revista de Educación y Desarrollo*, 45, 5-14. https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/antteriores/45/45_Amador.pdf
- American Psychological Association. (2014). *Guidelines for Clinical Supervision in Health Service Psychology*. <https://www.apa.org/about/policy/guidelines-supervision.pdf>
- Barney, C., & Shea, S. C. (2007). The art of effectively teaching clinical interviewing skills using role-playing: a primer. *The Psychiatric clinics of North America*, 30(2), 31–50. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2007.03.001>
- Bastidas-Bilbao, H., & Velásquez, A. M. (2016). Modelo lógico de la supervisión como actividad educativa para la formación en psicología clínica: concepciones de supervisores clínicos. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34 (2), 293-314. <http://dx.doi.org/10.12804/apl34.2.2016.06>
- Bazrafkan, L., & Najafi, K, M. (2018). Nursing Students Experiences of Clinical Education: A Qualitative Study. *Investigacion y educacion en Enfermeria*, 36(3). <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v36n3e04>. <https://doi.org/10.17533/udea.iee.v36n3e04>
- Bernard, J., & Goodyear, R. (2014). *Fundamentals of clinical supervision* [Fundamentos de supervisión clínica] (5th ed.). Pearson.
- Borrell, F. (2004). *Entrevista clínica: manual de estrategias prácticas*. SEMFYC, Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria. Recuperado el 23 de septiembre 2021 de https://www.semfyc.es/wp-content/uploads/2016/05/EntrevistaClinica_Borrell.pdf
- Bravo, M. C., Vaquero, J. E., & Valadez, A. (2012). Las competencias profesionales percibidas por estudiantes de psicología. *Revista de Educación y Desarrollo*, 21, 13-20. https://www.cucs.udg.mx/revistas/edu_desarrollo/antteriores/21/021_Bravo.pdf
- Bravo, M., & Tejero, J. A. (2005). *La intencionalidad del psicólogo*. *PsicoPediaHoy*, 7,
- Carpio, C., Pacheco, V., Canales, C., & Flores, C. (2005). Aprendizaje de la psicología: un análisis funcional. En C. Carpio & J. Irigoyen (Eds.), *Psicología y Educación. Aportaciones desde la teoría de la conducta* (1ª ed. pp. 39-47). UNAM.



- Consoli, A. J., Grazioso, M., Fernández, O. M., & Cobar, A. A. (2017). La supervisión hoy: lo que sabemos y lo que nos falta saber. *Revista Psicólogos. Ética, crecimiento, desarrollo*, 7(20a), 6-19.
- de Valderrama, B. P. B., Muñoz-Martínez, A. M., Novoa-Gómez, M., Bazzani-Orrego, D., Brandwayn-Briceño, N. E., Lasso-Báez, R. A., Pachón-Basallo, M., & Restrepo-Vélez, D. (2019). Características de la supervisión clínica en las terapias conductuales: un análisis del proceso de supervisión clínica [Characteristics of supervision in behavior therapies: An analysis of the clinical supervision process]. *Universitas Psychologica*, 18(4), 1–14. <https://doi.org/10.11144/javeriana.upsy18-4.csct>
- Díaz, N. (2010). *Modelo para la formación de profesionales de la psicología en la atención de la violencia de género contra las mujeres en la pareja*. (Tesis inédita de Doctorado). Facultad de Psicología, UNAM.
- Falender, C. A., & Shafranske, E. P. (2014). Clinical supervision: the state of the art. *Journal of clinical psychology*, 70(11), 1030–1041. <https://doi.org/10.1002/jclp.22124>
- Fernández, A. y Rodríguez, B. (2006). *Habilidades de entrevista para psicoterapeutas*. Editorial Desclee de Brouwer.
- Gergen, K. (1996). *Realidades y relaciones: Aproximación a la construcción social*. Paidós.
- Giró, J. (2013). Ética profesional de la inspección de educación. Una reflexión sobre el código ético de la AIEC desde la filosofía de Paul Ricoeur. *Avances en Supervisión Educativa*, (18). <https://doi.org/10.23824/ase.v0i18.534>
- Gutiérrez, M., Ruiz, V., Valenzuela, A., Díaz, N. & Morales, S. (2019). *Modelo de Supervisión para la Formación en la Práctica Profesional en Psicología*. UNAM: Facultad de Psicología.
- Lastra, S., Durán, N., & Acosta, D. (2018). Community based pedagogy as an eye-opening for pre-service teachers' initial connections with the school curriculum. *Colombian Applied Linguistics Journal*, 20(2), 209-229. <https://doi.org/10.14483/22487085.13047>
- Lo, B. (1995). *Resolving ethical dilemmas: a guide for clinicians*. Lipincott Williams & Wilkins.
- López, M. A. (1998). *La supervisión en la psicoterapia. Modelos y experiencias*. Colección Separata.
- Mora, M. M. (2014). La supervisión Clínica en Medicina Conductual. En L. Reynoso & A. L. Becerra (Eds.), *Medicina conductual: teoría y práctica* (27-42). Qartuppi. <https://doi.org/10.29410/QTP.14.01>



- Peña, B. (2009). Innovación educativa: guía de prácticas en una televisión local digital para alumnos de periodismo y comunicación audiovisual. *Vivat Academia*, (108), 37-53. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=525753044001>
- Perpiñá, C. (2014). *Manual de la entrevista psicológica*. Ediciones Pirámide.
- Prada, L., & Zuleta, X. (2005). Tasting Teaching Flavors: A Group of Student-Teachers' Experiences in their Practicum. *Profile: Issues in Teachers' Professional Development*, (6), 157-170. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=169213801014>
- Roe, R. (2003). ¿Qué hace competente a un psicólogo? *Papeles del psicólogo*, 24(86), 1-12. <https://www.redalyc.org/pdf/778/77808601.pdf>
- Shea, S. C., & Barney, C. (2015). Teaching clinical interviewing skills using role-playing: conveying empathy to performing a suicide assessment: a primer for individual role-playing and scripted group role-playing. *The Psychiatric clinics of North America*, 38(1), 147-183. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2014.10.001>
- Sheepway, L., Lincoln, M., & McAllister, S. (2014). Impact of placement type on the development of clinical competency in speech-language pathology students. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 49(2). <https://doi.org/10.1111/1460-6984.12059>
- Tanenbaum, R. L., & Berman, M. A. (2005). Cuestiones éticas y legales en la supervisión de la psicoterapia. *RET: Revista de toxicomanías*, (45), 21-26.
- Valenzuela, A. (2011). *Importancia de la supervisión psicoterapéutica en la formación del psicólogo clínico*. (Tesis inédita de Maestría en Psicología Clínica). Facultad de Psicología, UNAM.
- Villafuerte, A. (2016). La práctica de la supervisión clínica en México: Una actividad profesional en desarrollo / Counseling supervision in Mexico: A professional activity under progress. *Multidisciplinary Health Research*, 1(2), 43-46. <https://doi.org/10.19136/mhr.a1n2.1560>
- Watkins, C. E. (2017). On Principles of Educational Change and Principled Action in Psychotherapy Supervision. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 47 (1), 163-172. <https://doi.org/10.1007/s10879-016-9355-2>
- Yañez-Galecio, J. (2005). Competencias Profesionales del Psicólogo Clínico: Un Análisis Preliminar Terapia Psicológica. *Sociedad Chilena de Psicología Clínica*, 23(2), 85-93.



Zabalza, M. (2010). *El prácticum y las empresas en la formación universitaria*. Narcea.

Zas, B. (2015). Formación en supervisión psicológica: peculiaridades de su desarrollo en la preparación del profesional de la psicología en cuba. *Integración Académica en Psicología*, 3(7), 39-47. <https://integracion-academica.org/anteriores/16-volumen-3-numero-7-2015/84-formacion-en-supervision-psicologica-peculiaridades-de-su-desarrollo-en-la-preparacion-del-profesional-de-la-psicologia-en-cuba>

ENTREVISTA CONDUCTUAL: Pautas y recomendaciones para psicólogos en formación

Dra. Ana Leticia Becerra Gálvez
EDITORA



En esta obra se describen oportunamente las fases y pasos para llevar a cabo una Entrevista Conductual (EC). La adquisición de habilidades y competencias que permita a los estudiantes de la carrera de psicología instrumentar una EC se vuelve fundamental, ya que, por medio de ella, se desarrolla el análisis funcional de la conducta y se diseña el mejor plan de intervención para el usuario de un servicio psicológico.

A lo largo del texto, el lector identificará las características del proceso de evaluación conductual, la relevancia que tiene la entrevista, y otros aspectos esenciales como: las funciones de la interacción verbal entre el terapeuta y el usuario, los componentes para elaborar una historia clínica, los elementos de un expediente y las actividades que alumnos y docentes deben llevar a cabo en las Clínicas Universitarias y otros escenarios de práctica.

En el entendido de que la EC es una de las habilidades primordiales de los psicólogos clínicos, es que los autores de esta obra diseñamos este libro, con el objetivo de que los estudiantes no solo identifiquen qué hacer sino cómo hacer una EC.



Facultad de Estudios Superiores Zaragoza,
Campus I. Av. Guelatao No. 66 Col. Ejército de Oriente,
Campus II. Batalla 5 de Mayo s/n Esq. Fuerte de Loreto.
Col. Ejército de Oriente.
Iztapalapa, C.P. 09230 México D.F.
Campus III. Ex fábrica de San Manuel s/n,
Col. San Manuel entre Corregidora y Camino a Zautla,
San Miguel Contla, Santa Cruz Tlaxcala.

<http://www.zaragoza.unam.mx>

