

320825
8



UNIVERSIDAD DEL VALLE DE MEXICO 2 es

Plantel Tlalpan
Escuela de Psicología
Incorporada a la U.N.A.M.

TERAPIA CENTRADA EN EL CLIENTE. SUS
EFECTOS EN EL AUTOCONCEPTO DEL
ALUMNO QUE SOLICITA ASESORIA EN
FACULTAD DE INGENIERIA U N A M

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A :
HILDA BEATRIZ SALMERON GARCIA

Director de Tesis: Dr. Héctor A. Ortega Soto

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

México, D. F.

1989



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

INDICE

INTRODUCCION

JUSTIFICACION

CAPITULO 1 AUTOCONCEPTO

1.1. Generalidades	1
1.2. Antecedentes históricos del autoconcepto	3
1.3. Fundamento	5
1.3.1. Investigaciones acerca del autoconcepto	11
1.3.2. Autoconcepto. Niveles y ajustes	16

CAPITULO 2 TERAPIA CENTRADA EN EL CLIENTE

2.1. El lugar que ocupa	21
2.2. El uso de la palabra cliente	22
2.3. Influencias	24
2.3.1. Algunos supuestos filosóficos	25
2.3.2. Psicoterapia no directiva. A quien va dirigida	26
2.4. Características de la terapia no directiva	26
2.4.1. La captación Intuitiva	27
2.4.2. Recursos de los que dispone el terapeuta para lograr una mejor relación de ayuda	29
2.4.3. Los límites	31
2.4.4. La fase final	34

CAPITULO 3 AUTOCONCEPTO Y PSICOTERAPIA

3.1. Autoconcepto o sí mismo. Organismo, Emoción y Sensación, campo fenoménico	36
3.1.1. Formación del autoconcepto	40
3.1.2. Autoconcepto. Adaptación y desadaptación del sujeto	41
3.2. Efectos de la psicoterapia en el Autoconcepto. Algunos Estudios	47

CAPITULO 4 ASPECTOS METODOLOGICOS GENERALES

4.1. Problema	64
4.2. Objetivos Generales	64
4.3. Objetivos Específicos	64
4.4. Hipótesis	64
4.5. Definición de términos	65
4.6. Definición o características de la población	66
4.7. Definición del Instrumento	67

CAPITULO 5 METODO DE INVESTIGACION

5.1. Diseño de la Investigación	70
5.2. Variable Independiente	70
5.3. Variable Dependiente	71
5.4. Variables Controladas	71
5.5. Condiciones experimentales o ambientales	72

5.6. Procedimiento de Evaluación	72
a) Cantidad de sujetos	73
b) Descripción de las características más importantes de la muestra obtenida	73
b.1. Sexo	77
b.2. Lugar de nacimiento	77
b.3. Edad	77
b.4. Estado Civil	77
b.5. Número de hermanos	77
b.6. Lugar que ocupa	78
b.7. Escolaridad Padres	79
b.8. Escuela de Procedencia	80
b.9. Promedio académico obtenido en la escuela de procedencia	81
b.10. Carrera cursada en Facultad de Ingeniería	81
b.11. Semestre	82
b.12. Promedio académico en Facultad de Ingeniería	83
b.13. Número de materias acreditadas en Facultad de Ingeniería	83
b.14. Turno	84
b.15. Actividades sistemáticas ajenas a Facultad de Ingeniería	84
b.16. Alumnos que han recibido asesoría anteriormente	84
b.17. Problemática detectada en los alumnos del grupo experimental	85
c) Formación y asignación de grupos a las unidades experimentales	87
d) Instrucciones dadas a los participantes	87
e) Manipulaciones experimentales específicas	88

CAPITULO 6 ANALISIS DE RESULTADOS

6.1. Pruebas estadísticas utilizadas	90
6.1.1. Análisis de varianza	91
6.1.2. Correlación de rango de Spearman	91
6.1.3. Prueba "t" no pareada	92

6.2. Análisis de Resultados	93
6.3. Discusión	99
6.4. Alcances y Limitaciones	101
6.4.1. Diseño	101
6.4.2. Tipo de Investigación	102
6.4.3. Situación Terapéutica	102
6.4.4. Muestra	103
6.4.5. Autoconcepto	103
6.5. Sugerencias y recomendaciones	104
BIBLIOGRAFIA	105
ANEXOS	110

INDICE DE TABLAS

TABLA 1	Datos generales alumnos sometidos a psicoterapia	74
TABLA 2	Datos generales alumnos sin tratamiento	75 y 76
TABLA 3	Lugar que ocupan	78
TABLA 4	Escolaridad Padre	79
TABLA 5	Escolaridad Madre	80
TABLA 6	Escuela de Procedencia	81
TABLA 7	Carrera cursada en Facultad de Ingeniería	82
TABLA 8	Semestre cursado en Facultad de Ingeniería	83
TABLA 9	Puntajes totales y por dimensión en la escala de autoconcepto antes y después de la maniobra	94
TABLA 10	Análisis de varianza efecto del grupo	95
TABLA 11	Análisis de varianza efecto de la maniobra (preprueba-postprueba)	95
TABLA 12	Diferencias entre grupos por dimensiones en la preprueba	96
TABLA 13	Diferencias entre grupos por dimensiones en la postprueba	96
TABLA 14	Correlación entre variables demográficas y algunas dimensiones del autoconcepto en la preprueba	98

INTRODUCCION

En este trabajo, se intentó determinar si la terapia centrada en el cliente modifica el autoconcepto de los alumnos que recurren a solicitar el servicio de asesoría al Centro de Servicios Educativos de Facultad de Ingeniería de la UNAM (CESEFI).

El documento consta de 6 capítulos. En el primero se habla de los orígenes del término de autoconcepto, de sus antecedentes históricos, de los estudios referentes al cambio en el autoconcepto y de los problemas que conlleva tales como adaptabilidad, ajuste emocional y personal. Ello permitirá tener una idea acerca del problema teórico y metodológico que representa esta categoría psicológica.

En el capítulo 2 se aborda la teoría de Rogers, ubicándola dentro de los tipos de ayuda y analizando los supuestos básicos de los que parte; además se mencionan las características específicas que la diferencian de otras terapias y la similitud que tiene con otros métodos que utilizan como principal herramienta la entrevista.

El enfoque del autoconcepto según la teoría de Rogers y, su modificación desde la misma perspectiva, esto es, desde una terapia centrada en el cliente se considera en el capítulo 3. En el mismo se mencionan algunas investigaciones realizadas sobre el tópico así como las controversias a las que ha dado lugar.

Los aspectos metodológicos generales tales como el problema, los objetivos, las hipótesis, la definición de términos, etc. se refieren en el capítulo 4.

En el capítulo 5 se señala el método de investigación empleado para la elaboración del trabajo, así como la manera en que se formaron los grupos, las instrucciones dadas, el instrumento aplicado y las características más importantes de la muestra obtenida.

Finalmente, en el capítulo 6, se presenta el análisis de los resultados y se elabora una breve construcción teórica a manera de conclusión que incluye las características más importantes de la población, las hipótesis aceptadas y su coincidencia con las de algunos autores que conforman el marco teórico del que se partió. Por último, se mencionan las limitaciones del estudio, lo que permite plantear algunas sugerencias y recomendaciones para futuras investigaciones.

JUSTIFICACION

El presente trabajo nace del interés en dos problemas inquietantes: la psicoterapia y la UNAM.

Sin afán de entrar en controversias está claro que la UNAM tiene varios apoyos para el alumnado entre los que se encuentra el servicio de asesoría impartido en la Facultad de Ingeniería. Este servicio, como el de tantas disciplinas cuyos resultados son intangibles o bien imposibles de evaluar en cuanto a índices de eficacia y productividad, han sido descuidados o lo que es peor han pasado desapercibidos tanto para las personas a las que está dirigido como para las encargadas de su ejecución. Ello es lamentable en disciplinas almas de una sociedad.

Este estudio es un acercamiento al problema que plantea el ejercicio de la psicoterapia en un ambiente educativo. Se eligió el autoconcepto porque este constructo refleja en buena medida una parte del huidizo y volátil "yo", entidad que ha preocupado a infinidad de personas desde los griegos al preguntarse por su identidad, por su finalidad y por la búsqueda de un sentido a su existencia ante el enigma de la muerte.

Antes fue el alma, luego el "yo", después el "sí mismo" y ahora el auto concepto y la pregunta sigue vigente ¿qué somos?; en muchos sentidos seguimos actuando en relación a una psique.

Es probable que este trabajo ni siquiera se acerque medianamente al problema pero, de alguna manera, permitió al autor plantear muchas de sus dudas y dió lugar a otras, las cuales -se espera- hayan sido expuestas de manera inteligible.

Recordando a Sánchez Vázquez y su "Ideología de la neutralidad ideológica", es pertinente aclarar que quien esto escribe no cree en la neutralidad del terapeuta, es decir, que no coincido del todo con Rogers. Sin embargo, se eligió esta terapia porque se pensó que pudiera ser eficaz para la sensibilización del alumno de Ingeniería hacia los aspectos psicológicos ya que generalmente se muestra reacio al tipo de disciplinas y tratamientos que manejan elementos inobservables y también porque la terapia rogeriana se presta a un manejo interdisciplinario fundamental para un centro educativo como el de la Facultad de Ingeniería.

Para concluir, quizá este trabajo es un grito para que no se nos ignore y conformemos al hombre en tanto hombres.

CAPITULO 1

AUTOCONCEPTO

1.1. Generalidades

Antes de referirse formalmente al autoconcepto, es necesario hacer mención de cómo se fue originando este constructo.

El autoconcepto surgió como un intento por esclarecer y precisar las funciones del "sí mismo", haciendo la diferenciación entre el alma y el "yo".

Originalmente, la parte anímica del hombre era el alma, a ella le eran asignadas una serie de funciones introspectivas.

Según Mueller (1) la idea de alma nace de experiencias fundamentales: "nacimiento y muerte, sueño y ensueño, síncope, delirios, etc., inherentes a una primera y oscura toma de conciencia del hombre de su realidad en el mundo".

Esta concepción animista del mundo, origen de la vida mental, va "evolucionando" hasta que se le relega a un sentido metafísico, ya no se habla entonces de alma sino de mente.

Poco después se llega al concepto del "yo", pero como resulta demasiado vago y general, hay autores que prefieren referirse al "sí mismo" (Rogers) o "propium" (Allport) (2).

Este "sí mismo" está conformado, a su vez, por el autoconcepto, la autoestima, la autoimagen, la autopercepción, etc., factores componentes del "self", que pretenden tener mayor especificidad.

Sin embargo, esta pretendida especificidad, está muy lejos de serla, ya que los conceptos anteriores se prestan a ser utilizados de manera ambigua -- pues el mismo término adquiere significados diferentes o bien, hay autores que hacen una diferenciación entre cada uno de ellos.

El mismo término adquiere diferentes connotaciones, dependiendo de los teóricos que lo utilicen para referirse aparentemente al mismo fenómeno. Un ejemplo de ello serán los nombres de amor a sí mismo (self-love), autoconfianza (self-confidence), autorrespeto (self-respect), autoaceptación (self-acceptance), autosatisfacción (self-satisfaction), autoevaluación (self-evaluation), autovaloración (self-appraisal), autovaloración o autoaprecio - -

(self-worth), autoestima (self-esteem); autopercepción (self-perception); - también es utilizado en el sentido de adecuación o eficacia personal, en el sentido de suficiencia, congruencia del "self" ideal, ego o las fuerzas del ego. Todos estos términos denotan procesos básicos de las funciones psicológicas que pueden ser descritas, también, como la autoevaluación o el autoafecto (self-affection); o como la combinación de ambas (3).

Todos los términos citados, a veces hacen referencia a un mismo proceso y otras, en cambio, a procesos mutuamente excluyentes. Sin embargo, parece haber cierto acuerdo entre los autores, acerca de que el autoconcepto engloba a todos los anteriores (4, 5, 6).

De acuerdo con Vite San Pedro (7), "toda persona tiene un conjunto de - cogniciones y sentimientos hacia sí mismo, esto es lo que constituye lo que conocemos como el concepto personal o autoconcepto. La autoestima es la propia satisfacción con su autoconcepto".

Wylie (5), hace una distinción entre conducta fenoménica (conciencia) y no fenoménica con respecto al autoconcepto. En el primer caso, se supone a la persona capaz de autoevaluarse y en el segundo caso no, ya que operan factores inconscientes que la persona no controla.

A partir de este punto de partida, es de suponerse que los métodos, conceptos y resultados varíen significativamente respecto al autoconcepto. Los autores que sostienen la teoría del inconsciente encontrarán la evaluación - propia distorsionada por factores intrínsecos y/o extrínsecos relativos al individuo, que modifican sustancialmente su punto de vista respecto al "sí mismo" y por lo tanto su evaluación, la cual no será confiable.

Aunado a lo anterior, la diversidad de nombres, ofrece una desventaja más, y es que la tendencia del investigador respecto a la autoestima alta o baja, relativa al concepto de normalidad, está dada de antemano.

Tanto Wylie (5) como Wells (3), después de analizar la problemática del autoconcepto y la autoestima concluyen que las contradicciones en el tema se deben a que no existen criterios universales acerca de lo que es el ego, el "sí mismo" y el "yo", punto de partida de las teorías sobre autoconcepto y autoestima.

Por otra parte, cualquier método utilizado para inferir esos procesos es criticable, pues ninguna teoría ha adquirido consenso, de ahí que la técnica empleada provoque grandes controversias entre los teóricos que la manejan.

De cualquier forma, Wells, apoya la investigación al respecto, dado que estos constructos son necesarios y útiles para la investigación psicológica.

1.2. Antecedentes históricos del autoconcepto

Como se mencionó anteriormente, el autoconcepto es una parte del "sí mismo", por ello, antes de avocarse de lleno a la teoría de Rogers, es necesario señalar algunos puntos de vista relevantes respecto al "sí mismo" relacionado con el autoconcepto.

William James (citado en 8) considera el concepto de "sí mismo" según tres aspectos: 1. sus elementos constituyentes; 2. los sentimientos del "sí mismo", y 3. las acciones destinadas a la búsqueda y a la preservación del "sí mismo".

Los constituyentes del "sí mismo" son: el "sí mismo" material, el "sí mismo" social, el "sí mismo" espiritual y el "yo" puro.

El "sí mismo" material consiste en las posesiones materiales del individuo; el "sí mismo social" se refiere a cómo es considerado por sus semejantes; y, el "sí mismo espiritual" comprende sus facultades y disposiciones psicológicas. James no acepta el concepto del "yo puro kantiano"¹ y concluye que, para la ciencia natural de la psicología, el "yo" puede ser definido como la corriente de pensamiento que constituye el sentimiento propio de identidad personal. El "yo" es un fenómeno consciente, por ello, la evaluación que la persona tenga de sí, dependerá de sus aspiraciones. Una persona tiene alta

¹ Kant afirmaba que nunca experimentamos el "yo" conocedor del mismo modo que el "yo" objeto. El "sí mismo" conocedor es un "yo" trascendental o puro, que existe y abarca, pero no es abarcado. La solución opuesta es presentada por William James y Dewey, quienes sostienen que no existe un conocedor substantivo distinto del proceso de conocimiento. Cada momento de la conciencia se inbrica con el momento previo y el conocedor está de algún modo sumergido en lo que es conocido. Únicamente cuando detenemos el proceso normal del conocimiento y reflexionamos sobre el mismo, nos imaginamos que existe este problema. El conocedor no es otro que el propio organismo (2).

autoestima según el grado en que sus aspiraciones y logros converjan.

Cooley (citado en 3) habla del "sí mismo" pero desde una perspectiva sociológica, postula que la concepción que un individuo tenga de sí mismo, está determinada por la percepción que los otros tengan de él. De esta forma, la idea de "sí mismo" consta de tres elementos principales: la imaginación de nuestra apariencia a otras personas, la imaginación de sus juicios de esas apariencia y algunas clases de sentimientos propios. Cooley distingue el "sí mismo" empírico o social y los propios sentimientos, aunque parece referirse hacia una distinción de objetividad-subjetividad.

Habla de la formación del "sí mismo" a través de la interacción con los otros; ve en él una especie de instinto que funciona como unificador y estimulador de la conducta individual, y adopta la misma clase de motivo hacia la aprobación del "sí mismo" que James. En Cooley, este motivo es innato y funciona para la sobrevivencia individual en el ser humano. Como en James, el "sí mismo" es un proceso consciente; sin embargo, permite la preconciencia o la clase habitual de conducta.

George Herbert Mead (citado en 9) ve al "sí mismo" como un fenómeno social, como el producto de las interacciones en las cuales la persona se experimenta a sí misma como reflejada en la conducta de otros.

Para Mead, la conducta humana está identificada con la apariencia del "self". La inteligencia y conducta racional son la autoconciencia y están relacionadas, y, además hacen posible, por la habilidad de las personas, la toma de roles respecto a otro y el verse a sí mismo como objeto. Este proceso solo es posible a través del uso de símbolos significativos. Aún cuando Mead habla también de un proceso consciente, hace la diferencia entre la preconciencia y la conciencia.

Asigna al lenguaje la parte esencial del descubrimiento y de la operación del "sí mismo" como símbolo o como proceso; de cualquier forma será el "sí mismo" un fenómeno reflexivo y como base de ello todas las medidas y manipulaciones del autoconcepto.

Para Freud (citado en 3) el ego es la estructura que surge como resultado del contacto con la realidad social. Sin embargo, la distinción entre el ego y el "self" no es del todo clara. Las nociones de superego y ego ideal representan los aspectos sociales desde los cuales la autoevaluación es hecha aunque no constituyen lo que se ha venido llamando "yo" social. A dife-

rencia de otros, Freud describe el proceso de autoevaluación no como el resultado de repetidos refuerzos o como la historia de sucesos y hechos, pero sí como el resultado de la identificación con el ego ideal.

Las teorías que han sido influenciadas por el psicoanálisis van más enfocadas hacia el "sí mismo". Para Adler, Horney, Fromm y Sullivan (citado en 3) el "sí mismo" es una estructura reflexiva que tiene muchos más significados. La libido es la causa del "yo" como mediador entre los instintos básicos y la realidad social.

Todas estas teorías neofreudianas incluyen la inconsciencia, preconsciencia y la conciencia como parte del "sí mismo". Esto se puede contrastar con las teorías fenomenológicas.

1.3. Fundamento

En esta sección, se presentarán los elementos teóricos subyacentes al problema de investigación, las aproximaciones teóricas relacionadas al problema, las definiciones de los conceptos más relevantes, así como las divisiones o clases que presenta el tópico a estudiar.

Como se ha observado, al estudiar los antecedentes del autoconcepto, surgen autores que hablan del "sí mismo", del "yo", o del ego, ahora bien, ¿qué relación hay entre uno y otro con respecto al autoconcepto?

Según Nava Hernández (10) la problemática en torno al concepto psicoanalítico del "self", comienza con Hartman, cuando hace la distinción entre el "yo" -como sistema psíquico- y el "self" -como concepto referido a uno mismo. Así, el yo como concepto psicoanalítico, no es sinónimo de personalidad, ni de individuo y es algo más que la concientización del sentimiento de sí mismo.

Para Erickson (citado en 8) el "yo" será el sujeto y el "sí mismo" el objeto. El "yo", como instrumento central y organizador, se enfrenta durante el curso de su vida con un cambiante "sí mismo" que, a su vez, exige ser sintetizado con "sí mismos" abandonados y anticipados. La identidad del "sí mismo" es el resultado de todas esas experiencias en las cuales un sentido de autodifusión temporal está contenido con éxito en una autodefinition y un reconocimiento social renovados y cada vez más realistas.

Según Vázquez (11) el "yo" es el concepto de identidad del ser humano

que persiste como entidad ontológica a través de su vida. El autoconcepto forma parte de ese "yo" estrechamente vinculado con el ego y los diversos "sí mismos" de la personalidad. El autoconcepto es lo que la persona sabe de su propio "yo".

Si entendemos al "sí mismo" como objeto, nos referiremos a las actividades de la persona y a la percepción de ella misma, es decir, la imagen que uno recibe cuando se le pide a alguien que la describa.

Como proceso, el "sí mismo" es la adaptación al medio, el pensar, el percibir, o sea la actividad del individuo.

Según Nava Hernández (10) se distingue entre el "self" como sujeto o agente ejecutador y el "self" como objeto del propio conocimiento y evaluación de la persona. El "self" como objeto es lo que se entiende por autoconcepto.

Para Epstein (9), el autoconcepto está incluido en la teoría del "self". El propósito fundamental de la teoría del "self" es optimizar el balance entre el placer y el dolor, así como facilitar el mantenimiento de la autoestima y organizar los datos de la experiencia de manera que pueda ser ligado con la efectividad.

Para Hilgard (12), los motivos humanos deben ser entendidos en una relación entre biología y cultura; y los mecanismos defensivos del ego solo son comprensibles si aceptamos la concepción del "self", lo cual implica el autoconcepto, que a su vez nos brinda dos ventajas: ver al "self" dentro de la conciencia y permitir a un observador externo inferir al "self".

El "self" tiene dos aspectos, la continuidad y la autoevaluación y autocrítica. La continuidad de las memorias mantiene la identidad personal y la autoconciencia del "self" como un objeto de valor que organiza muchas de nuestras actitudes.

Como observamos, todos estos teóricos hacen referencia a una identidad, a una conciencia de sí, a las actitudes que están relacionadas con la efectividad de la actuación del individuo para designar al autoconcepto y sus necesidad en una teoría psicológica.

El "yo" o ego, sería la instancia psíquica que se forma a partir de que un individuo entra en relación con otro², abarcando desde la inconsciencia

² Algunos teóricos como por ejemplo Igor Caruso, señalan

hasta la conciencia; el "self" o "sí mismo" sería una parte diferenciada y -consciente del "yo", que contiene aspectos evaluativos y afectivos englobados en el autoconcepto.

Sin embargo, hay autores que no aceptan en el "self" dicha conciencia y por ello rechazan la autoevaluación por parte del sujeto, argumentando que en ella operan factores inconscientes que el individuo no puede controlar y que determinan en gran medida, su evaluación, la cual no puede ser objetiva.

El término de "self", muestra dificultades para ser definido de manera consistente, se distingue al "self" y al autoconcepto por la flexibilidad. El "self" es utilizado ambiguamente para referir tanto al objeto de las cogniciones particulares como al lugar de las cogniciones mismas.

No es apropiado solo hablar del "self" sino hablar de manera más explícita de sus estructuras o procesos -auto percepción, autoconcepción, autoestima, autoevaluación, etc.- Por ello se utilizan en una discusión particular y reflexiva términos que especifican el fenómeno de interés. Wylie (5) emplea el término de autoconcepto para denotar aspectos actitudinales de esas percepciones.

Rosenberg, Turner y Shibutani (citado en 3) refieren una situación propia a las autoimágenes, las cuales reproducen el autoconcepto. Otros autores hablan de representaciones o de autorretratos, así como de autoestima, autoevaluación y autoaceptación.

Schwarzer (14) habla de autoconcentración, que está directamente vinculada con la autopreocupación, la cual incrementa el autoconocimiento por un lado y la ejecución por el otro.

Tanto la conciencia como la autoconcentración hacen ciertos aspectos del "self" y lo motivan a reducir las discrepancias. Schwarzer menciona además, la autoeficacia, la cual puede ser definida como una acción percibida hacia el exterior atribuida a las propias habilidades. Es adquirida por experiencias directas, indirectas o simbólicas. Ella es responsable de la

que la socialización comienza desde la vida uterina en donde la aceptación o el rechazo son factores fundamentales para la humanización del sujeto (13).

selección de las acciones para la movilización de los esfuerzos y la persistencia en la resolución del problema, este constructo permite la definición de una parte de la ansiedad. A pesar de todos los términos expuestos, Schwarzer prefiere una conceptualización más amplia que sugiera el uso de variables tales como: autoeficacia (esperanza vs duda), autodetenimiento (preocupación) y retracción mental (cognición escapatoria) como elementos -- constitutivos de la ansiedad y de su tratamiento.

Toda la literatura, en general, hace referencia a diferentes aspectos de la conducta reflexiva distribuyéndola en procesos o conductas del "self", tendiendo a darle un sentido de fenómeno observable más que una entidad psicológica hipotética.

Observemos algunas definiciones de autoconcepto y veamos estos elementos.

Rosenberg (citado en 10) define al autoconcepto como la totalidad de pensamientos y sentimientos que el individuo tiene de sí mismo como objeto.

El autoconcepto no es el ego de Freud, sino que el ego protege y aumenta el autoconcepto, pero no constituye el autoconcepto. Para Rosenberg, los componentes del autoconcepto serían: 1) el "sí mismo" existente, en donde encontramos las subdivisiones de partes, relación, dimensión, contenido y límites; 2) el "sí mismo" deseado, que incluye la imagen ideal, de compromiso y moral; y, 3) el "sí mismo" presentado, que engloba cumplimiento de metas, objetivos y valores, consistencia de sí mismo junto con la autoestima y la internalización de roles sociales.

Por su parte, Schwarzer (14) concibe al autoconcepto como la información total de la autoreferencia que el individuo procesa, almacena y organiza de manera sistemática. Es el conocimiento organizado de uno mismo.

Lecky (citado en 15) identifica al autoconcepto como el núcleo de la personalidad y define a ésta como la organización de valores que son consistentes unos con otros. La organización de la personalidad es considerada dinámica e incluye la asimilación continua de nuevas ideas y el rechazo de las viejas. El autoconcepto determina qué conceptos son aceptables por asimilación dentro de la organización total de la personalidad, solo cuando está libre de presión puede integrar las percepciones.

Byrne (citado en 16) dice que, en términos generales, el autoconcepto es la percepción de nosotros mismos; en términos específicos, son nuestras

actitudes, sentimientos y conocimientos respecto a nuestras capacidades, habilidades, apariencia y adaptabilidad social.

Cooley y Shibutani (citado en 6) definen el concepto del "yo" como lo que significa para sí mismo un individuo, el modo regularizado en que una persona actúa con referencia a sí misma. Es tanto sujeto como objeto de sus propias actividades. De acuerdo a como se percibe a sí mismo, su cuerpo, lo que posee, sus éxitos y fracasos, se formará el concepto de "sí mismo", ya sea como una persona competente o incompetente. Su autoconcepto le permitirá tener una concepción de su autenticidad e integridad personal, cuanto más positivo sea el autoconcepto, la personalidad será más íntegra y estable.

Wells y Maxwell (citado en 16) mencionan que el autoconcepto es generalmente descrito en términos de actitudes reflexivas, las cuales son usualmente consideradas en tres aspectos fundamentales: el cognitivo (el contenido psicológico de la actitud), el afectivo (una evaluación relacionada al contenido) y el connotativo (respuestas comportamentales a la actitud). La autoestima es comúnmente identificada con el segundo aspecto, lo cual es considerado principalmente como motivacional.

Para W.H. Fitts (citado en 11) el autoconcepto es el criterio que una persona tiene de sí misma, es la descripción más completa que una persona es capaz de dar de sí misma en un momento dado. El énfasis recae en la persona como objeto de autoconocimiento, pero por lo general incluye el sentimiento de lo que la persona concibe de cómo es el "sí mismo". Los componentes del autoconcepto son tres: un componente perceptual, que es la forma en que la persona se percibe a sí misma, dicha percepción está compuesta de las impresiones que las demás personas tienen de ella; el componente conceptual que se refiere a los conceptos que la persona tiene de sus propias características, habilidades, recursos, fallas, limitaciones, así como la concepción acerca de su pasado y su futuro; y el componente de actitudes, que incluye sentimientos acerca de sí mismo y su desenvolvimiento ante el "status" y frente a su futuro.

Maslow (citado en 17) afirmó que los motivos humanos pueden ser organizados en una jerarquía (necesidades fisiológicas, necesidad de seguridad, de pertenencia y amor, de estimación incluyendo el respeto a sí mismo y sentimientos de éxito y, finalmente, la autorrealización).

Las necesidades de estima representan el deseo por una evaluación-de sí mismo, de autoestima, de autorrespeto y de la estima de otros- estable, alta y fundamentada firmemente.

En realidad, hay dos subseries de necesidades en esta categoría. Una, el deseo de fuerza, de logro, de adecuación, de dominio, competencia y confianza frente al mundo así como de independencia y libertad. Otra, el deseo de fama o de prestigio (definida como respeto o estima de otras gentes), "status", dominación, reconocimiento, atención, importancia o apreciación. Hace hincapié en la necesidad del respeto de otros. La gratificación de esas necesidades provoca sentimientos de confianza en sí mismo, dignidad, fuerza, capacidad y adecuación.

Para Shavelson, Hubner y Stanton (18) el autoconcepto -ampliamente definido- es la percepción que de ellas mismas tienen las personas. Las percepciones están conformadas a través de la experiencia con una interpretación del ambiente y están especialmente influenciadas por los refuerzos y evaluaciones de otras personas que sean significativas, así como de los atributos de la propia conducta. La organización del autoconcepto es jerárquica y multifacética, con percepciones promovidas de las inferencias en las subáreas del "self", áreas amplias y, finalmente, el autoconcepto. Según Shavelson, la organización multifacética se incrementa con la edad, depende de la categoría particular descubierta por el individuo y repartida en el grupo.

Según Marsh (19), Shavelson ve que el autoconcepto es tanto descriptivo como evaluativo sin hacer distinción entre autoestima y autoconcepto.

Siguiendo con Marsh, desde su punto de vista, se pueden identificar a los interaccionistas simbólicos para quienes el autoconcepto es una mirada reflexiva de las percepciones de los otros, y la autoevaluación es el producto de cómo nosotros pensamos lo que otros piensan de nosotros.

Shrauger y Schoeneman (citado en 19) no comparten la opinión de los interaccionistas, pues argumentan que la correlación entre lo que uno piensa de sí y lo que piensan los demás, es baja.

Vázquez (11) afirma que el autoconcepto se basa en la identidad de la persona, pero alcanza su desarrollo gracias a dos fenómenos propios del ser humano: la autoconciencia y la autoaceptación. La autoconciencia es el acto por el cual la persona constituye su propio objeto de conocimiento, de acuerdo a ciertas categorías y atributos. La autoaceptación es el asumir la res-

ponsabilidad por la propia conducta, aceptando los elogios y las críticas de manera objetiva, sin distorsionar los sentimientos, los motivos, las habilidades y las propias limitaciones.

Rudikoff (20) define el autoconcepto como el "sí mismo" percibido, con los atributos, los sentimientos y las conductas propias que son observadas subjetivamente y admitidas en la conciencia.

El concepto personal comprende la percepción individual de atributos, sentimientos y conducta en general. El ideal de uno mismo está constituido por los atributos, los sentimientos y la conducta que cada individuo desearía poseer.

El concepto del "self", agrrega, es fundamental para la psicoterapia centrada en el cliente ya que es la parte que el individuo cambia en relación con las propias percepciones las cuales considera más confortables, seguras, menos cargadas de ansiedad y con una mayor posibilidad de realizar sus triunfos.

1.3.1. Investigaciones acerca del autoconcepto

En el intento por explicarse las funciones y características del autoconcepto se han realizado investigaciones que pretenden conocer la estabilidad, las propiedades y las diferencias del autoconcepto en poblaciones diversas, así como de encontrar relaciones causales entre el autoconcepto y algunas variables.

Shavelson y Marsh (citado en 14) subdividen el autoconcepto general en: académico, social, emocional y físico, cada uno de ellos puede ser a su vez subdividido.

Una jerarquía relativa y estable de cogniciones representa la manera como el individuo se ve a él mismo y también proporciona las categorías para la autopercepción y la autoevaluación.

Los factores que confluyen en la formación de la autoimagen son: primero, la información directa o indirecta del mundo social; segundo, el proceso mediante el cual una persona lleva a su autopercepción y autoevaluación, por medio de sus cualidades y atributos, las habilidades o causas. También la memoria examina y provee una recuperación selectiva de la información acerca del "self". El fenómeno incluye a la reflexión y a la comparación. Estas

comparaciones están basadas en las normas sociales, individuales o en criterios absolutos. Sin embargo, la manera más potente y eficaz para obtener concimientos de las propias habilidades está basada en la comparación social.

Vázquez (11) aplicó la escala de Tennessee a 100 sujetos de escuelas diurnas de gobierno con el fin de observar si existían diferencias significativas en el autoconcepto entre hijos de madre soltera y de hogar integrado. Aunque hubo diferencias entre los grupos, tales como una mayor defensividad ante la situación de prueba -en los hijos de madres solteras con el objeto de presentar una imagen más favorable de sí mismos, ocasionando que su capacidad para la autocrítica esté un tanto alterada- a nivel global, no se encontraron diferencias significativas.

Con la misma escala Henze García (21) estudió a 15 muchachos entre 12 y 18 años, interesados en ingresar como seminaristas, con un diseño pre-post (20 días de diferencia) no encontró cambios significativos entre las dos aplicaciones.

Respecto a la estabilidad del autoconcepto, Shavelson (22) con un diseño pre-post, y utilizando 8 medidas de autoconcepto, encontró que el autoconcepto general, es tan estable como el autoconcepto específico. Observó que el éxito en una subárea específica se correlaciona con el área general del autoconcepto en cuestión, por ejemplo, el autoconcepto general de habilidad numérica se correlaciona altamente con el autoconcepto de matemáticas; sus datos indican que el autoconcepto es una estructura jerárquica y multifacética y apuntan hacia una relación causal entre autoconcepto y logro. Sin embargo, dada la naturaleza y el tamaño de la muestra sus conclusiones deben ser interpretadas con cuidado.

Jerusalem (23) estudió la estabilidad del autoconcepto académico de alumnos alemanes que terminaron la escuela primaria e ingresaron a la secundaria. Aplicó la escala de Rosenberg, así como dos escalas de logro, la primera contestada por el maestro y la segunda por el alumno. Concluye que las diferencias subjetivas en las condiciones sociales dentro de la escuela secundaria tienen un fuerte impacto en la estabilidad del autoconcepto de los niños.

El autoconcepto está determinado por el desacuerdo entre la cognición autoreferida y el resultado de todas las experiencias previas en el contexto de logro referido. Al cambiar la nueva referencia de grupo, el individuo tie

ne que hacer una nueva revisión acorde con la realidad inmediata. Más allá de las referencias de grupo, la relación entre el autoconcepto y los logros tienen un carácter trascendente. Ni el descubrimiento de habilidades, ni el aumento de valor, por ellas mismas, pueden favorecerlo.

Las autoevaluaciones perjudican el incremento del autoconocimiento; por otra parte, la percepción del ambiente de aprendizaje produce cambios en el autoconcepto. También el percibir una atmósfera sin demandas excesivas, combinadas con un trato personal del maestro, ayuda a la obtención de cambios favorables. La retroalimentación social y un ambiente en la clase, subjetivamente amenazador, son determinantes negativos para el descubrimiento del autoconcepto.

Con el objeto de investigar la función de continuidad/discontinuidad y estabilidad/inestabilidad del autoconcepto, Silbereisen y Eyferth (24) hicieron un estudio con jóvenes berlineses. Partieron de la posición teórica de Filipp's para quien el autoconcepto es un aspecto de la experiencia y de la conducta; ambas con representaciones cognoscitivas resultantes del procesamiento de la información acerca del "self", que es buscado desde varios recursos interpersonales. El conocimiento de uno mismo abarca tres aspectos: a) el conocimiento de los resultados, por ejemplo del autoconcepto; b) el conocimiento de las modalidades del afecto; y c) el conocimiento de la información relevante al "self". El estudio abordó estos tres aspectos. Las categorías del self fueron: autoestima, transgresión y relaciones sociales; cada área estaba contenida en 4 reactivos del cuestionario, el cual era tipo Likert.

Los sujetos seleccionados pertenecían a tres escuelas y a 3 grados diferentes. El coeficiente de estabilidad fue de $r = .43$ y el coeficiente general fue de $r = .01$.

Se observó que a medida que el adolescente crece se torna menos interesado en las opiniones de los otros (parientes o compañeros de clase). A nivel general, no se encontraron cambios en los coeficientes, pero desde otra perspectiva, se evidenció una discontinuidad. La gente joven percibió diferencias en la significación de sus padres, de gente de su mismo sexo y del sexo contrario en la autoestima. La tendencia general de los jóvenes de mayor edad es la de incrementar la importancia de su autoestima, la amistad parece no tener significancia ética para los hombres, en contraste con las muchachas, para quienes éticamente, son significativos los hombres.

La Rosa (16) utilizando una escala de autoconcepto, construída por él mismo, en alumnos de la UNAM y de preparatorias pertenecientes a la misma institución, encontró que los hombres no primogénitos tienen un autoconcepto emocional más alto que las mujeres sean o no primogénitas.

En la dimensión ocupacional observó que los de mayor edad tienen puntajes más bajos; las mujeres que trabajan obtuvieron puntajes más altos que las mujeres que no lo hace y que los hombres que trabajan. Además, los hijos de padres con mayor escolaridad mostraron en el área ocupacional puntajes más altos.

Marsh (19) aplicó un cuestionario de autoconcepto del tipo del diferencial semántico y una prueba de progresión de logro al iniciar el tratamiento psicoterapéutico y 6 meses después de éste a 15 alumnos de 5° grado y a 14 de 6°. Los niños tenían habilidades académicas por debajo del promedio y provenían de estratos sociales bajos. Utilizó un grupo adicional conformado por 5 grupos del 4° grado de primaria de una escuela católica de Australia. Las edades eran de 8 a 11 años, los niños provenían de clase media y poseían una habilidad escolar promedio.

La consistencia interna de las aplicaciones 1 y 2 muestran una estabilidad de la escala de $r=.87$, y de $r=.92$ para la puntuación total. La consistencia interna más baja ocurrió en la subescala de habilidades físicas y en la de relaciones con los padres; el autoconcepto académico resultó más consistente que el autoconcepto no académico, exceptuando la apariencia física.

Marsh sugiere que la estabilidad del autoconcepto puede ser evaluada en términos absolutos o relativos. La estabilidad absoluta implica que el autoconcepto promedio no varía. Es decir, las diferencias en cada una de las áreas referidas, son pequeñas y no sistemáticas.

La estabilidad relativa puede ser inferida de la magnitud de la correlación entre las medidas de autoconcepto en dos diferentes tiempos. El cambio representa el otro lado de la estabilidad, una pérdida de estabilidad indica que el cambio se está efectuando.

Desde esta perspectiva, para Marsh, los estudios del autoconcepto se encuentran en un dilema. Teóricamente, el autoconcepto general incorpora todos los componentes de la vida de la persona, por ello no es probable que aún un suceso dramático tenga gran efecto sobre el autoconcepto. Desde el punto de vista de la teoría de la medición es deseable que el autoconcepto sea esta-

ble.

El incremento en el autoconcepto es frecuentemente un éxito buscado en un programa de intervención donde se supone que un cambio permitirá obtener otros logros deseables. Por tanto, el autoconcepto no debería ser perfectamente estable aún en los eventos menos dramáticos. Aquí es donde encuentra Marsh el dilema.

Los resultados empíricos ofrecen una respuesta aceptable para ambas posturas del dilema; el autoconcepto puede ser relativamente estable pero se dan cambios ciertos y específicos para una dimensión particular del autoconcepto.

Padilla Olivares (6), en una revisión bibliográfica sobre el autoconcepto, y apoyándose en McCandless, concluye que el autoconcepto del individuo es excepcionalmente complejo y para darle una definición más completa, deberá pensarse en tres componentes: su estructura, su función y su calidad. Dentro de su estructura, considera: 1. lo rígido o flexible, 2. lo congruente o exacto, 3. lo simple o complejo, 4. lo ancho o estrecho, 5. lo abierto o limitado. En lo que respecta a la función, es considerado como: 1. autoevaluativo, 2. predictor de éxito o de fracaso, 3. con funciones de potencialidad y beneficios sociales (autoestima), 4. determinado interna o externamente. En relación con su calidad, ésta puede ser: 1. alta o baja; favorable o desfavorable, 2. autoaceptación vs rechazo.

Epstein (9), resume las características del autoconcepto en siete puntos:

1. El autoconcepto es un subsistema con un grado razonable de consistencia interna, organizado por conceptos contenidos dentro de un sistema conceptual amplio
2. Contiene diversos "sí mismos" empíricos tales como el "self" corporal, el "self" espiritual y el "self" social.
3. Es una organización dinámica que cambia con la experiencia, muestra una tendencia para asimilar el incremento de información con el cual hace manifiesto su principio de crecimiento.
4. El autoconcepto se descubre en la experiencia externa, particularmente en la interacción social con otros significativos para él.
5. Es esencialmente por la función del individuo que la organización del autoconcepto debe ser mantenida. Cuando la organización del autoconcepto se ve amenazada, el sujeto experimenta ansiedad y cen-

tra su interés en defenderse de dicha amenaza.

6. Existen necesidades básicas de la autoestima, que están ligadas a todos los aspectos del sistema del "self" y, en contraste, casi todas las otras necesidades están subordinadas.
7. El autoconcepto tiene dos funciones principales: a) organizar los datos de la experiencia, particularmente aquellos que involucran una interacción social dentro de las secuencias predecibles de acción-reacción; y, b) facilitar el interés por satisfacer las necesidades, además de evitar la desaprobación y la ansiedad.

Shavelson (22) define el autoconcepto con siete características críticas muy semejantes a las anteriores, ellas son: organizado, multifacético, jerárquico, estable, tiende al incremento multifacético desde la infancia hasta la edad adulta, contiene una dimensión descriptiva y una evaluativa y, puede ser diferenciado de otros constructos como el rendimiento académico.

1.3.2. Autoconcepto. Niveles y ajustes

En las descripciones antes mencionadas, el constructo de autoconcepto suena similar, y es plausible que finalmente estén hablando de lo mismo. El significado del constructo, sin embargo, depende del contexto teórico, a pesar de la aparente equivalencia de términos. Así, las definiciones de autoconcepto virtualmente idénticas, no siempre arrojan las mismas predicciones conductuales. Cada una de estas definiciones implica alguna presunción acerca de cómo opera el proceso relevante de la definición, en particular, asume niveles óptimos con el funcionamiento personal.

Aquí, más que en ningún otro rubro, los términos de autoconcepto y autoestima resultan intercambiables, como notaremos a continuación.

Cooley (citado en 6) afirma que la persona elegirá ciertas metas que le harán sentirse satisfecha consigo misma o autorrechazada; si se eligen metas excesivamente ambiciosas quizá está intentando compensar un nivel bajo de autoestima, lo cual impide al sujeto ver sus debilidades, y, al no tener confianza en sí mismo, no reconoce sus limitaciones; así, construye una autoconcepción idealizada que lo llevará a sentirse satisfecho consigo mismo. Esto será un índice de la congruencia entre su concepto del yo y su yo ideal.

Para Coombs (citado en 6) una persona con un autoconcepto adecuado espera de la vida el éxito, su comportamiento sería, igualmente, portador de dicho triunfo. Si el autoconcepto es inadecuado, el individuo sentirá que no tiene éxito y encontrará el fracaso.

Al respecto, Schwarzzer (14) habla de un mecanismo de predisposición (self-serving bias), en el que las personas se adjudican créditos por las buenas acciones y niegan su culpa por logros pobres. Esta estrategia aumenta el valor proyectado a la autoestima. Ello tiene un valor funcional para el mantenimiento del autoconcepto.

La gente depresiva evalúa de manera más realista que aquellas que tienden a sobreestimar sus capacidades. Los individuos normales tienden a amplificar sus atributos positivos, más que los negativos.

Por medio del mecanismo de predisposición, los sujetos pueden distorsionar la información de muchas maneras. Una evaluación positiva puede aumentar la autoestima y hacer menos vulnerable a la depresión a las personas. Una evaluación realista es poco favorable para la salud mental. Por otra parte, la ilusión de control permite una estimación baja para demandas académicas y seduce a la gente a seleccionar problemas difíciles, de lo que resultan fracasos inesperados.

Sin embargo, muchas veces las personas aceptan responsabilidad por logros negativos y niegan su crédito por actos positivos. Esto puede obedecer a la motivación de una autorepresentación favorable. Una imagen pública positiva requiere modestia, por ello, los pensamientos acerca de la propia competencia o moralidad son suprimidos en favor de una declaración menos positiva a cambio de una autoestima pública más favorable. Ello se da, especialmente en personas cuya conducta está bajo escrutinio.

Las personas que aceptan un crédito injusto o indebido, a cambio de un logro exterior mayor pueden experimentar una invalidación de su declaración irreal por un fracaso subsecuente.

Por ello, el mecanismo de predisposición puede localizarse a nivel de la autopercepción o bien a nivel de la autodescripción, dependiendo de la clase de situación y del estado público o privado de la conciencia.

Leventhal y Perloe (citado en 6) describen a los sujetos de autoestima alta como personas influenciadas por el optimismo, la gratificación, las comunicaciones potencialmente autoestimables o autoevaluables; en cambio, los suje-

tos de autoestima baja, muestran características opuestas.

Para Rosenberg (citado en 16) una autoestima alta se relaciona con consecuencias sociales e interpersonales tales como menor timidez y depresión, más actividades extracurriculares y mayor asertividad.

Para Coopersmith (citado en 16) la verdadera autoestima ocurre cuando la persona se siente digna y portadora de valor, y la autoestima defensiva se dá cuando el individuo se siente indigno, aunque no pueda admitir tal información por ser amenazante. Son cuatro las variables importantes en la determinación de la autoestima: los valores, los éxitos, las aspiraciones y las defensas.

Fitzgerald y Stromer (citado en 6) postulan que entre más incongruente sea el autoconcepto de sí mismo, menor será la posibilidad de lograr una personalidad integrada; cuanto más inestable, menor será la posibilidad de satisfacer el deseo de realización y existirá una mayor tendencia a sufrir una disfunción de rol.

Siipola (citado en 25) señala que una actitud negativa hacia el "self", que refleje la convicción del individuo de que es débil e inferior, lo puede llevar a concluir que no vale la pena manifestar sus opiniones, ya que no puede afectar el curso de acción de un grupo. La expectativa de éxito, o de experiencias favorables, dan como resultado una actitud confiada, pero las de fracaso y rechazo, pueden dar como resultado un estado de aprehensión, angustia y falta de persistencia.

Según Wells (3) una autoestima alta es básicamente la perspectiva de la autoaceptación. De acuerdo con esta descripción, la persona con tal característica, tiende a la carencia de autoconfianza, depende de los demás, es precavida y utiliza una apariciencia defensiva, no es imaginativa, es conformista, evita el autoanálisis y usa defensas represivas; es menos creativa y flexible, más autoritaria, infama a su "sí mismo" y tiende hacia demás formas de desviación o criminalidad.

En contraste, una autoestima baja, indica el uso de proyecciones o defensas expresivas, son personas que tienden a escapar de sí mismas, a reprocharse y a incorporar información negativa.

Combs, Wissman y Ritter (citado en 3) sugieren que la relación entre autoestima y ajuste, más que positiva o negativa, es curvilínea. Las respuestas extremas no son buenas para un ajuste personal, y el centro representa

un puntaje razonable y realista de la autoapreciación y de la autoaceptación y confianza.

Para complicar aún más todo esto, las tipologías han hecho que se piense en la distinción entre la autoestima genuina y la observada. La real y la observada no son necesariamente idénticas, es importante recordar esta distinción, cuando se comparan las predicciones, explicaciones y evidencias ofrecidas por diferentes perspectivas. Muchas de las discusiones y discrepancias en las investigaciones resultan de la distinción entre el concepto y la medida, y desde ella, las implicaciones de las evidencias empíricas.

Eniley (26), encontró que los alumnos con un buen desempeño académico tenían un autoconcepto alto, pequeñas discrepancias entre lo percibido y lo deseado y entre niveles de habilidad, grandes deseos de niveles superiores y poca discrepancia entre lo percibido y el nivel actual de habilidad en el colegio.

Crano y Crano (27) al investigar la interacción entre el autoconcepto y el tratamiento de la ansiedad en diferentes condiciones sociales de presión, observaron que la correlación entre autoconcepto y ansiedad es negativa, lo que indica que el autoconcepto alto está asociado con niveles bajos de ansiedad.

Akeret (28) en su estudio, encontró una correlación significativa y positiva entre las áreas del autoconcepto (valores académicos, relaciones interpersonales, ajuste sexual y emocional) y las áreas de autoaceptación. Concluyó que el autoconcepto, al abarcar diferentes áreas, no es una Gestalt unificada en términos de todo o nada, sino que cada dimensión es evaluada de manera diferente; por ello, el ajuste que hacen algunos autores entre el "self" y el "self" ideal lo considera limitado, pues el individuo no puede ni aceptarse ni rechazarse en todo.

Strong (29) al realizar un análisis factorial de las medidas del autoconcepto encontró diferentes componentes del autoconcepto: "self" percibido, "self" aceptado, "self" ideal y deseabilidad social.

Los factores asociados al autoconcepto provocan confusión por la influencia que marcan; esto es, si son, o no, determinantes y si se les puede considerar como predictores de la relación.

Las discrepancias entre los autoconceptos, yo real y yo ideal, resultan más del autoconcepto que tiene el individuo en el momento, que de una discre-

pancia real. Es decir, los dos factores (discrepancia y autoconceptos) correlacionan altamente, sin embargo, la discrepancia considerada como un tipo de autosatisfacción, aumenta con el incremento de la edad, del coeficiente intelectual y de algunos otros factores. Al respecto, Bugental (30) aplicando la técnica "Who I am?" a 60 personas pasantes y graduados que se encontraban en un curso de entrevista, encontró que en la dimensión social del autoconcepto, el sexo y el estado civil eran muy importantes; en lo que respecta a la familia, había mucha variación; la edad, el nombre, el sexo y la posición social no eran significativos, tampoco se encontraron diferencias en la ocupación en donde existen afectos negativos y ambivalentes.

Tanto a Wylie (5), como a Wells (3) y a Strong (29); todas las técnicas para medir el autoconcepto les parecen insuficientes; el último autor hace énfasis en que lo expresado por el sujeto es extremadamente vulnerable a la influencia de las respuestas y a la sugestión y que cualquier intento de empatía, con o sin un profesional, dará como resultado la mejoría del paciente.

Padilla Olivares (6) resalta las limitaciones de los estudios sobre el autoconcepto: son investigaciones realizadas en países extranjeros, la congruencia de autoconceptos se estudia con base en otros factores, no existe unificación de criterios ni en la metodología ni en la teoría, la información es incompleta para la medición de variables, y en general, se caracterizan por la poca objetividad.

CAPITULO 2

TERAPIA CENTRADA EN EL CLIENTE

En este capítulo, se ofrece un panorama general en terapia centrada en el cliente, ubicada dentro de los tratamientos de ayuda directos, se mencionan los supuestos filosóficos sobre los que descansa, a quien va dirigida, así como las características que la diferencian de otras terapias y los elementos comunes a otro tipo de tratamientos psicoterapéuticos basados en la entrevista.

2.1. El lugar que ocupa

La psicoterapia centrada en el cliente es un tipo de tratamiento directo. Su finalidad es la adaptación del individuo a su situación vital y su herramienta básica es la entrevista.

En el terreno psicoterapéutico, existe una división con respecto al nombre asignado al tipo de ayuda, dependiendo de la profundidad y de la gravedad de los problemas que aborden. Los términos de asesoría, consejo y aún psicoterapia breve parecen hacer referencia a un tratamiento menos profundo y especializado en problemas "menos graves"

A excepción del psicoanálisis (en tanto duración), ello resulta arbitrario pues las reglas en cuanto a la gravedad y a la profundidad no son claras. Cada persona avanza con un ritmo propio y es ella la que califica la profundidad de sus problemas.

Por ello, en el presente estudio se hará referencia, con fines de redacción, a la terapia centrada en el cliente como terapia, proceso, orientación psicológica o asesoría indistintamente, pues la diferenciación con base en los diferentes procesos de la problemática que aborda y a la duración de estos es cuestionable.

La estrategia propuesta, nos ofrece cierta bondad, sobre todo en los ámbitos laborales y educativos en donde se romperá, en cierta medida, la resistencia de algunas personas a la psicoterapia y, para quienes el término de asesoría les resulta menos problemático emocionalmente hablando.

Antes de continuar con la descripción de la terapia centrada en el cliente, es conveniente manifestar la postura que adopta este documento: de ninguna manera se afirma categóricamente, que la psicoterapia sea ni el único método, ni tampoco el más adecuado para resolver todos los conflictos de todos los pacientes, debe ubicarse esta relación no en el límite de sus potencialidades sino, también, en una relación histórico social. Ello evitará el esperar demasiado de una psicoterapia en donde las condiciones sociales, económicas, laborales, intelectuales, físicas y orgánicas de un individuo lo limiten de tal forma, que un tratamiento de este tipo sea ineficaz.

Es importante observar, por citar un ejemplo, el caso de Praechter quien cuenta que el director de un sanatorio suizo solía poner en manos de sus pacientes neurasténicos y psicasténicos, un ejemplar del "Enquiridón" de Epicteto (filósofo estoico 50-138 de J.C.) traducido al alemán, cuya lectura servía de eficaz ayuda para la curación.

Según Epicteto, la felicidad depende de lo que está solo en nuestro poder y no de condiciones externas -o sea, que depende de nuestra voluntad, de nuestras ideas sobre las cosas y del empleo que de nuestras ideas hacemos- (citado en 32).

Con este ejemplo, se pretende enfatizar que a pesar de la superespecialización, el divisionismo y la segmentación actual del conocimiento, no es posible encerrarse en una especialidad y de ahí pretender dominar todo, es indispensable saber trabajar de manera interdisciplinaria, conociendo las capacidades y los límites propios como terapeutas, de aquí se obtendrán resultados que redundarán en beneficio de la persona.

2.2. El uso de la palabra cliente

Rogers rechaza la idea de que el terapeuta es quien más sabe, y el que debe decidir las metas del paciente. Ante esto, se preocupa por buscar un término adecuado para designar a la persona que acude a recibir terapia.

Trata de evitar connotaciones tales como "analizado", "paciente", "sujeto", que designen a la persona como una entidad nosológica, y desvirtúen su individualidad, con respecto a un terapeuta que decidirá por él.

Así, elige el término "cliente", pues pese "a que el término tenga ciertos inconvenientes legales, designa a la persona que viene activa y voluntariamente para resolver un problema, pero sin ninguna intención de renunciar a su propia responsabilidad" (33).

A pesar de la intención loable de parte de Rogers, por no desvirtuar a la persona que acude a terapia, el término de cliente, en mi opinión, resulta menos apropiado que los términos que Rogers trata de evitar.

El término cliente, (en inglés client), hace referencia a: una compra-venta; a una utilización de servicios; o a la persona que está bajo la protección o tutela de otra (34).

Respecto de la primera acepción, no siempre se cobran honorarios a la persona que recibe tratamiento psicológico, la segunda acepción, se acerca un poco más al papel del sujeto que recibe terapia, sin embargo, no es distintivo de la psicoterapia, y finalmente, la tercera acepción del término, indica la dependencia de una persona hacia otra, lo cual Rogers trata de evitar.

Por otra parte, la definición que Rogers da, acerca de lo que el cliente es resulta hasta cierto punto limitada, ya que el cliente no siempre llega activa y voluntariamente para resolver un problema, sino que en muchas ocasiones la persona es remitida por otra (sea ésta una institución o un sujeto) y, mientras esto ocurra, la persona no ve claramente el problema y mucho menos el tratar de resolverlo.

El hacer referencia entonces, a la posición activa no es apropiado dado que no siempre es voluntaria, puesto que el sujeto además de no percibir el problema, en no menos ocasiones llega con la expectativa de que el terapeuta sea quien le indique lo que debe hacer, dado que éste es el "experto"; es decir, el cliente asume una actitud de dependencia que resulta contraria a "lo activo, voluntario y sin intención de renunciar a su propia responsabilidad" descrita por Rogers.

Más aún, el tratar a las personas como entidades nosológicas depende del contexto en el que un terapeuta se ubique y del concepto que tenga acerca de la naturaleza del hombre y de una psicopatología que aunque criticable, es un marco de referencia del que el terapeuta dispone - aún en la terapia rogeriana- para "entender" la problemática patológica con que el individuo se enfrenta y hacer así un diagnóstico y pronóstico tentativos a manera de

preveer: las posibilidades de ofrecer terapia, su utilidad, la duración del proceso y finalmente, los posibles resultados de la misma.

Así, la clasificación psicopatológica, lejos de dañar el proceso de orientación, enriquece su manejo siempre y cuando la práctica terapéutica no quede suspendida en la rotulación de individuos, sino que progrese hacia el trato con PERSONAS.

Respecto a los nombres con los que se designa a las personas, ya lo advirtió poéticamente, el escritor alemán Rainer María Rilke: "¿Es posible que no se sepa nada de todas las muchachitas que, sin embargo viven? ¿Es posible que se diga: "las mujeres", "los muchachos" y no se sospeche (no se sospeche a pesar de toda su cultura) que estas palabras, desde hace mucho tiempo, no tienen plural, sino solamente singular?" (35).

A pesar de ello, cuando en este escrito se cite textualmente a Rogers, no se alterarán los términos empleados por él y se utilizarán todas las palabras indistintamente para designar a la persona que acude a terapia.

2.3. Influencias

Rogers se ubica en la década de los cuarentas-cincuentas, cuando la psicología conductual gana terreno dentro de la psicología americana.

En un intento contrario a esa corriente, aparece el resurgimiento de un análisis introspectivo en donde debería, pese a su naturaleza, adoptar el método científico. En este contexto, Rogers intenta comprobar su teoría con experimentos clínicos. Sin embargo, como veremos en el capítulo 3, existen dudas con respecto a la validez de estos, dado que Rogers, al adoptar el método fenomenológico, influido por la teoría Gestalt y por algunos neofreudianos (Horney, Sullivan, French y Alexander), pone en entredicho la supuesta científicidad y las metodologías científicas.

Para Rogers lo fenomenológico indica que solo lo que el sujeto percibe es lo real en la medida en que el sujeto es el único capacitado para conocer su realidad, no de una manera efectiva, sino potencial.

El utilizar métodos proyectivos y algunas otras técnicas de medición es contrario a toda postura fenomenológica, los cuales quizá, nos den un diagnóstico verídico, exacto y real pero que probablemente el sujeto no esté capacitado para aceptarlo y en este sentido, al ser una terapia enfocada hacia los reaprendizajes, el dar información no es suficiente para que el sujeto modifique su conducta.

Todas las teorías fenomenológicas se desprenden de Husserl a quien se le asigna la paternidad de la fenomenología filosófica y para quien la conciencia es el fenómeno de la vivencia, así, todo conocimiento queda realizado y garantizado dentro de la subjetividad (36).

Cabe señalar que, la influencia del psicoanálisis en la teoría rogeriana, a pesar de la postura fenomenológica adoptada, habla de un campo potencialmente consciente, acepta el inconsciente pero no como un factor determinante sino como una entidad accesible a la conciencia.

2.3.1. Algunos supuestos filosóficos

Como toda actividad humana, la psicoterapia está influida por algunos supuestos filosóficos sobre el hombre y sobre su naturaleza, los cuales constituyen axiomas, bases de los cuales se desprende la teoría, por ello es conveniente revisar lo que para Rogers es el hombre y las creencias de las que parte. Rogers ve en el ser humano la capacidad y la potencialidad hacia el crecimiento y el desarrollo. En este sentido, el individuo posee la capacidad de experimentar los factores de desadaptación psicológica -factores que residen en la incongruencia entre su concepto del yo y la totalidad de su experiencia- y de reorganizar su autoconcepto evolucionando de un estado de desadaptación hacia una adaptación.

Esta potencialidad inherente a todo ser humano puede facilitarse cuando el individuo es capaz de comunicarse con otra persona que muestre hacia él una actitud de consideración positiva incondicional y una comprensión empática.

No obstante, y a pesar de las consideraciones anteriores, la psicoterapia centrada en el cliente tiene limitaciones y solo se alcanza el éxito en la medida en la que se maneje el tratamiento indicado para el diagnóstico adecuado.

2.3.2. Psicoterapia no directiva. A quien va dirigida

La orientación psicológica, no es el único método y quizá tampoco el mejor para abordar grupos de psicóticos, deficientes mentales y algunos más, que no tienen capacidad para resolver sus problemas, ni siquiera con ayuda.

Así, el psicótico incipiente, que está empezando a perder contacto con la realidad se encuentra con frecuencia incapacitado para recibir ayuda del tipo de orientación psicológica, bien sea por su introversión, que le impide expresar sus tensiones y conflictos, o bien porque no posee suficiente estabilidad como para ejercer control sobre su situación vital. Los individuos con taras mentales son también candidatos poco aconsejables para la orientación, ya que no llegan, evidentemente, al límite establecido como criterio.

Tampoco se puede aplicar a niños o adultos que se encuentren en una situación ambiental que les imponga cargas excesivas. No es apropiada para el individuo satisfecho, que no siente necesidad de ello. Este último caso a veces no se tiene en cuenta al programar la relación de ayuda, creyendo que es válida en todos los casos. Por el contrario, la orientación psicológica, es un proceso adecuado primordialmente para aquéllos que están en un estado de tensión e inadaptación. Pueden ser niños, jóvenes o adultos, que se pretende alcancen un grado razonable de adaptación a su ambiente social, fomentando el desarrollo y la madurez responsable. Así, los estudiantes universitarios que se encuentran inadaptados, casi siempre son buenos candidatos para recibir este tipo de ayuda, ya que en la mayoría de los casos son capaces de modificar algunos aspectos de su situación vital, poseen casi siempre una edad e inteligencia adecuadas y suelen tener un mínimo de estabilidad emocional y cierta independencia del control familiar. En general, estas afirmaciones se aplican también a individuos descontentos de sus relaciones matrimoniales (37).

2.4. Características de la terapia no directiva

La psicoterapia centrada en el cliente es una terapia no directiva que usa como herramienta principal la entrevista con la finalidad fundamental de liberar los sentimientos para lograr la autocaptación intuitiva.

Evidentemente, es necesario crear un clima de confianza que le permita al sujeto expresarse libremente en la entrevista. Al percibir el individuo que no se le evalúa ni se le juzga a pesar de haber mostrado "su lado malo", paulatinamente el sujeto irá experimentando confianza para indagar en terrenos en los cuales su angustia antes sentida, va cambiando hacia una apertura para enfrentarse a ella.

El terapeuta deberá estar alerta al contenido emocional del discurso y permitirle al sujeto hablar, la dirección de la entrevista deberá recaer en el sujeto, y para ello, hay que saber escuchar.

Ocurre frecuentemente que detrás de un desajuste escolar, apatía y males tar veneral, exista una depresión o una patología cualquiera.

Si como terapeutas encontramos tal diagnóstico, para Rogers, no es váli do tratar de orientar la entrevista hacia aspectos centrales del conflicto.

Así, la entrevista debe dirigirse de acuerdo a lo que el entrevistado acepte y de lo que quiera hablar, lo que subraya la ausencia de consejo, per suasión o discusión.

Con la no directividad por parte del terapeuta, se verán facilitadas las captaciones intuitivas. Pero, es necesario, que el terapeuta sepa escuchar (38).

2.4.1. La Captación Intuitiva

La captación intuitiva comprende la reorganización del campo de la percepción, consiste en "ver" relaciones nuevas. Es la integración de las expe riencia acumulada. Significa una reorientación del yo. Todas estas afirmaciones subrayan el hecho de que la captación intuitiva es esencialmente una nueva manera de percibir. Existen diversos tipos de percepción que podemos agrupar dentro de la categoría de captación intuitiva.

1. La percepción de las relaciones

Una vez que el orientado ha sido capaz de comunicar todos los conflictos y ambivalencias de sus sentimientos, ante determinadas situaciones, llega a percibir poco a poco que estos hechos, antes rígidos y estereotipados, se conectan entre sí, de manera nueva, una nueva configuración y una nueva - - Gestalt. Es una comprensión repentina que solamente se alcanza cuando hay un estado de equilibrio emocional (en el sentido de ver los aspectos negativos

de toda situación), que permite la reorganización del campo de percepción.

Las explicaciones intelectuales, aisladas de lo afectivo, no conducen a una captación intuitiva espontánea y eficaz; ya que el hombre es una totalidad en la que afecto e intelecto confluyen para dar cabida a una personalidad única y es más productivo cuando la persona no solo sabe, sino también siente el conflicto y entonces vislumbra sus alternativas.

2. La aceptación del yo

Un segundo elemento de este proceso de captación intuitiva es la aceptación del yo. O, para expresarlo en términos de percepción, la captación de la naturaleza común de todos los impulsos. El clima de aceptación de la orientación psicológica hace fácil el reconocimiento de las actitudes e impulsos del individuo. No existe la necesidad de negar aquellos sentimientos que no son aceptables socialmente, o que no están en conformidad con el yo ideal. El sujeto entonces es capaz de ver la relación entre su propio yo como solía considerarlo y estos impulsos menos nobles y aceptables. Por lo tanto, está capacitado para integrar sus experiencias acumuladas. Llega a ser una persona menos dividida, con un comportamiento más consistente, en el que cada sentimiento y cada acción tiene unidad con las demás.

3. La Elección

La auténtica captación intuitiva incluye la elección concreta y positiva de metas más satisfactorias. Cuando el neurótico ve claramente que tiene que elegir entre las satisfacciones presentes y las de un comportamiento maduro, tiende a preferir estas últimas. La persona inadaptada ha optado por un tipo de comportamiento que le produce satisfacción, no una satisfacción total, pero sí algún tipo de gratificación de sus necesidades básicas³.

³ Rogers llama "voluntad creadora" a la tendencia para elegir lo que va produciendo mayor satisfacción, a pesar de que dichas satisfacciones no sean inmediatas.

2.4.2. Recursos de los que el terapeuta dispone para lograr una mejor relación de ayuda.

La técnica conducente a la captación intuitiva es la aceptación del individuo. Cuando el terapeuta permite expresar a la persona todos sus sentimientos, desde los más negativos y destructivos hasta los de mayor positividad, el sujeto no tiene que recurrir a sus acostumbradas defensas para evitar la crítica, la censura o el reproche.

De lograrse la exposición completa y ambivalente de los conflictos, la persona podrá captarlos en un todo y ver con claridad, cómo se relacionan las cosas, aún sus impulsos, hasta entonces reprimidos.

El orientador deberá tener siempre presente que la captación intuitiva es una experiencia del sujeto y por lo tanto no debe de ser impuesta. El sujeto podrá asimilar cuando esté preparado, será su ritmo y su tiempo el que permitan lograrla, no la prisa ni el tiempo del orientador, de lo que se trata es de que la persona crezca y madure de acuerdo a sus posibilidades, y ella, mejor que nadie, sabrá en qué momento aceptará sus aciertos y debilidades que le permitan actuar como totalidad. La autocaptación intuitiva lleva opciones de tal envergadura, que nadie puede tomarlas por el sujeto. Si el orientador reconoce plenamente esta limitación y es capaz de permanecer a su lado con una actitud comprensiva, clarificando la situación, pero esforzándose por no influir en las decisiones, aumenta la probabilidad de que la elección sea constructiva y de que se tomen determinaciones positivas que pongan en práctica la nueva postura adoptada.

Aunada a la aceptación, otras herramientas de las que el terapeuta dispone son: las interpretaciones, el establecimiento de un clima que muestre al paciente seguridad, los silencios y la catarsis.

La interpretación solo se hará cuando el terapeuta esté seguro de sí mismo, deberá emplear los términos empleados por el sujeto y no deberá adelantarse a lo que el cliente no haya manifestado verbalmente. Más que una interpretación, es un resumen de lo que el cliente dijo, de manera que se refleje el discurso expresado hasta el momento.

El reflejo no deberá reducirse a una ecolalia sino que deberá cumplir con tres objetivos: comprender lo que la persona comunica, hacer que esa persona se sienta entendida y comprendida y confirmar lo que dice el respondiente.

Puede ocurrir que el sujeto reconozca lo que dijo pero no se haya dado cuenta de ello y es de esta manera como se le confronta a su propio ritmo, y se obtiene, de manera inducida la captación intuitiva.

En caso de que la persona no acepte lo anterior o se quede callada deberá respetarse la actitud del sujeto y nunca el orientador deberá intentar satisfacer su ego, por haber derrotado al paciente en la conversación.

Para proporcionarle seguridad al sujeto, es necesario que el terapeuta lo libere del sentido de peculiaridad, ello es algo difícil de lograr. Aquí no existen reglas pues el decirle al sujeto que sus problemas son comunes a todos y que no tiene de qué preocuparse, reducirá la posibilidad del cliente para hablar, ya que al no haber problemas entonces, ¿de qué se preocupa? o, ¿por qué sigue preocupado si ya le dijeron que no tiene de qué?.

Las posturas anteriores reducirían la potencialidad de extensión del -- campo fenoménico.

El terapeuta no deberá mostrar actitudes ni de alarma ni de alegría, ante los problemas del sujeto sintonizándose con los sentimientos de la persona, reconociendo y clarificando todo lo que se ha ido expresando durante el proceso.

A veces, ante una interpretación poco adecuado, el terapeuta deberá reforzar la confianza, en otros casos con la actitud basta.

Probablemente después de una captación intuitiva sobrevenga un silencio, mismo que puede ser utilizado por el orientador para facilitar la comunicación.

Los silencios no deben ser tan prolongados ni tan frecuentes que causen ansiedad ni en el entrevistado, ni en el entrevistador.

Así mismo, el silencio permite que el sujeto clarifique lo que se ha venido hablando y aborde nuevos temas que pueden estar relacionados con lo anterior (37)

La catarsis Rogers la define como la descarga emocional de aquellos sentimientos y actitudes que el sujeto había estado reprimiendo y se facilita con los métodos antes comentados (39).

En estos sentimientos y actitudes reprimidas podemos encontrar sentimientos negativos tanto hacia el terapeuta, como a sí mismo o hacia otras personas, sentimientos ambivalentes, afirmaciones falsas, dificultad en la verbalización de los problemas, resistencias y demandas.

En la medida en la que el terapeuta acepte estos problemas y el paciente

los descargue, en esa medida se liberará de la tensión, esta liberación, lo capacitará para sentirse más cómodo y ser más objetivo consigo mismo y con su propia situación.

La oportunidad de expresarse libremente capacita a la persona para que explore sus circunstancias más adecuadamente; al hablar de sus propios problemas en un clima pensado para que sus defensas resulten innecesarias, dicha descarga lo lleva a la clarificación de reajustes que necesita hacer, a obtener una idea clara de sus problemas y dificultades y a conceder el valor preciso a las distintas posibilidades, según su propia manera de enfrentarlas.

De este modo, no solamente se clarifica la situación, sino la imagen que el sujeto tiene de sí mismo. Al ir hablando libremente de sí mismo, se capacita para enfrentarse con los distintos aspectos de su persona, sin racionalizaciones, con sus atracciones, rechazos, actitudes hostiles, inclinaciones positivas, deseos de dependencia e independencia, conflictos y motivaciones no reconocidos, con ideales y metas reales.

Cuando se da cuenta de que su yo oculto, es aceptado de manera abierta por el orientador, el sujeto es capaz de aceptar lo que antes escondía.

En lugar de sentimientos de ansiedad, preocupación e incapacidad, el orientado llega a reconocer sus cualidades y debilidades como punto de vista realista para progresar y madurar. En vez de luchar para ser lo que no es, se da cuenta de que existen muchas ventajas en ser lo que es y en desarrollar sus propias capacidades madurativas, genuinamente suyas.

La orientación psicológica llega a ser genuinamente terapéutica cuando cuenta con el valor de la catarsis, en donde al expresarse el individuo libremente, se dará cuenta que al hacerlo, no solo va recuperando una serie de -- fuerzas escondidas dentro de sí, sino que estas mismas fuerzas, hasta entonces, habían sido empleadas para ocultar reacciones defensivas.

2.4.3. Los límites

Igual que en cualquier tipo de psicoterapia, los límites se fijarán en cuanto al tiempo, afecto, agresión, responsabilidad, honorarios y respecto a lo poco aconsejable que resulta dar terapia a parientes y amigos.

Con relación al tiempo tanto de la entrevista como del proceso en gene-

ral, no existen reglas, ello dependerá del tipo de tratamiento, de los objetivos y de las condiciones ambientales donde se lleve a cabo la terapia, lo importante es que se delimite con claridad el límite de la entrevista para que el sujeto no lo utilice de acuerdo a su conveniencia y retrase el proceso.

El sujeto es libre de llegar tarde, no llegar, abandonar el sitio a la mitad de la entrevista o comentar sus problemas al final, pero solo dentro del límite previamente establecido.

En cuanto a las agresiones físicas del sujeto se deberá hacer hincapié que verbalmente podrá expresar sentimientos negativos o positivos pero no podrá agredir físicamente ni el mobiliario ni al terapeuta.

Lo mismo ocurrirá con los sentimientos de afecto, el terapeuta no debe enfocarse a ser agradable sino en ayudar a la persona a alcanzar captaciones intuitivas y una comprensión de sí mismo a adaptarse a los demás, con lo que esto tiene de positivo y negativo.

Si el terapeuta accede a demandas de afecto igual que en otros tipos de demanda, nunca logrará satisfacer al sujeto y puede ocurrir que el tratamiento cambie de tonalidad, defraudando al sujeto quien confirmará que no hay nadie que lo pueda ayudar, por lo cual, entre otras cuestiones, tampoco es recomendable el tratamiento entre amigos y parientes.

Uno de los límites que el orientador debe establecer con claridad es el grado en el que va a responsabilizarse por los problemas y acciones del sujeto. Lo mejor es dejarle la responsabilidad a él.

La insistencia en que el individuo debe responsabilizarse de sus problemas, ayudará al crecimiento personal.

Generalmente, el orientado acude a terapia con la expectativa de que ahí conseguirá ayuda pero no sabe cómo ni de qué manera, además, acudirá en muchas ocasiones, cuando "ya hubo probado de todo", de tal manera que la ayuda que pide consiste en delegar el problema al orientador.

Si el orientador acepta dicha situación, la relación será más una discusión de igual a igual -como sus relaciones cotidianas- que una relación propicia para el cambio.

En la terapia no directiva, el cobro de honorarios, no determina su éxito, igual puede llevarse a buen término con o sin ellos.

Las ventajas terapéuticas que ofrece el cobro de honorarios son: en

primer lugar, el establecer la cuota, lo que debe ser hecho abiertamente durante la primera sesión, si es que se va a hacer, se convierte en una medida concreta de responsabilidad que el cliente puede aceptar o rechazar. Supone el primer paso en una nueva dirección y el reconocimiento inicial del esfuerzo necesario para enfrentarse con su situación. En segundo lugar, es una fuente de motivación para progresar con rapidez. El abonar una cantidad por cada visita anima al cliente a expresarse lo más abiertamente posible y a trabajar para mejorar en la mayor brevedad de tiempo. El haber pagado honorarios elimina la necesidad de sentirse dependiente de alguna manera y agradecido cuando se alcanza el fin de la terapia. Los servicios prestados han recibido una remuneración. Ambos participantes han contribuido en el proceso.

Cabe recalcar que estos valores positivos se alcanzan únicamente si la cuota responde proporcionalmente a los recursos económicos del individuo, algo que obstaculice su presupuesto, influirá negativamente al tratamiento.

En el caso concreto de los alumnos de la Facultad de Ingeniería, el cobro resultaría contrario a la política de la institución y por otra parte, al ser en su mayoría estudiantes y cobrarles, se aumentaría la dependencia hacia sus padres, contra lo cual, muchos están luchando.

Cabe aclarar que no es que haya que mantener las limitaciones por encima de todo. La psicoterapia es una relación humana, no un dispositivo mecánico, así que dichas limitaciones se mantienen comprendiendo a la vez la necesidad del sujeto de romperlas.

De lo visto anteriormente, se desprende la importancia de conservar los límites, de hacerlos claros y precisos, en primer lugar porque el terapeuta se sentirá más cómodo y funcionará más eficazmente. Le proporcionan un marco de actuación dentro del cual puede mostrarse libre y natural en su trato con el orientado. Cuando la relación no queda claramente definida siempre existe la posibilidad de que el cliente ponga exigencias demasiado grandes sobre el orientador. El resultado es que tiene que limitar su campo y estar en guardia para que sus deseos de ayuda no lo traicionen. Pero si es capaz de comprender los límites de su función, no necesita mantener una postura defensiva, puede permanecer alerta a los sentimientos y necesidades de la persona y jugar un papel estable en la relación apta para la reorganización.

2.4.4. La fase final

Una vez que el sujeto ha alcanzado la autocaptación y la autocomprensión, surge un cambio decisivo en la calidad de la relación terapéutica. La persona se encuentra bajo menos presiones. Tiene una postura de mayor confianza ante sus problemas. Intenta con menos frecuencia depender del orientador y colabora más con él. Como el sujeto ha desarrollado la capacidad de aceptarse a sí mismo tal y como es, tiende a ser menos susceptible, lo que le permite evaluar las sugerencias y los consejos más constructivamente; a pesar de que sea dudoso que se consiga algo aconsejándole, incluso en esta fase del tratamiento.

La terapia centrada en el cliente no espera que todos los problemas sean resueltos a través de una ayuda psicológica, ni siquiera cree que dicha meta sea deseable. Disfrutar de la vida no consiste en no tener problemas, sino en vivir con un sentido definido y una confianza básica en uno mismo, que proporciona satisfacción en la lucha constante para resolverlos. Es precisamente el sentido de la vida y el valor para enfrentarla con todos los obstáculos que muestre lo que se adquiere a través del proceso terapéutico. Por consiguiente, el individuo no termina la orientación psicológica con una solución concreta para cada uno de sus problemas, sino con la capacidad para enfrentarse con ellos de una manera constructiva. La terapia no directiva, no intenta la reeducación y el reentrenamiento de todos y cada uno de los aspectos de la vida del individuo, más bien aspira a que el sujeto ponga en práctica las nuevas captaciones para fortalecer su confianza, para vivir sanamente sin el apoyo de la relación terapéutica.

Estas experiencias reeducativas son, en su mayoría, el fruto de una creciente captación intuitiva y de la multiplicidad de pasos positivos iniciados en un cierto momento.

Rogers cree, que los procesos más largos no implican una mejor terapia; cuando los procesos son tan largos, lo más seguro es que los cambios se deban al crecimiento natural del organismo más que al proceso terapéutico propiamente dicho.

Aunque no hay ningún parámetro definida acerca de la duración del proceso de orientación psicológica, cree que pueden bastar de seis a quince visitas. Este parámetro es adecuado en los casos en que la desadaptación no es

extrema, cuando el individuo no es un neurótico profundo, a veces bastará con dos, cuatro o seis visitas para que la persona considere suficiente la ayuda recibida, a pesar de que en tales casos alguna de las etapas del proceso terapéutico aparezcan de manera abreviada. No es raro, que individuos un poco más desadaptados necesiten de quince a veinte visitas, y en casos severos la terapia puede incluso llegar de 50 a 100 sesiones (33).

Resumiendo, la duración del proceso depende del grado de inadaptación existente, de la habilidad del terapeuta, de la disponibilidad del cliente para recibir ayuda y quizá, en cierto grado, de la inteligencia del cliente (37).

CAPITULO 3 AUTOCONCEPTO Y PSICOTERAPIA

Este capítulo constituye la fundamentación tanto del diseño de investigación como de la interpretación de resultados es decir, conforma el marco teórico, se mencionan algunas investigaciones en que fue sometida a prueba la misma relación que se estudio en este trabajo.

En primer término se revisará lo que para Rogers es el autoconcepto o concepto del self, con ello se comprenderá mejor la psicoterapia centrada en el cliente referida en el capítulo 2, apreciando sus alcances y limitaciones.

De acuerdo con Hall y Lindzey (8), Rogers desarrolla la exposición más cabal del sí mismo, sustentada por un gran conjunto de fundamentos empíricos⁴

La teoría de Rogers es de carácter básicamente fenomenológico, se basa en el concepto de sí mismo como función explicativa. Describe el punto final del desarrollo de la personalidad como una congruencia básica entre el campo fenoménico de la experiencia y la estructura conceptual del sí mismo, situación que, de lograrse, significaría liberarse de la tensión y la ansiedad internas, y de tensiones potenciales; representa el grado máximo de una adaptación orientada realísticamente; el establecimiento de un sistema de valores de cualquier otro miembro de la raza humana igualmente bien adaptado.

3.1. Autoconcepto o sí mismo. Organismo, emoción y sensación, campo fenoménico

Resultaría, en este punto apresurado hablar del sí mismo o autoconcepto según Rogers, sin antes exponer tres de los constructos en que se apoya para fundamentarlo. Ellos son: organismo, sensación y emoción, y el campo fenoménico también llamado campo experiencial.

⁴ Al respecto Wylie opina exactamente lo contrario, arguye que Rogers no respeta las reglas lógicas y que confunde antecedente y consecuente; y que todas las teorías relativas al autoconcepto parecen no coincidir con el método científico (5).

Organismo

Desde el punto de vista psicológico, será el centro de cualquier experiencia que incluya todo aquello que ocurre internamente en el individuo y estará potencialmente abierto a la conciencia en un determinado momento.

El organismo es en todo momento un sistema organizado total; la modificación de cualquier parte puede producir cambios en cualquier otra. Rogers rechaza el atomismo y la segmentación en favor de una teoría gestáltica.

En lugar de hablar de numerosas necesidades y motivos, es posible descubrir todas las necesidades orgánicas y psicológicas como aspectos parciales de una necesidad fundamental, la cual Rogers expresa como la tendencia que el organismo tiene de actualizar, mantener y desarrollar al organismo experienciante.

El organismo progresa a través de la lucha y el dolor hacia la valorización y el desarrollo. La tendencia del organismo hacia la autorrealización y el crecimiento operará toda vez que se dé la oportunidad de una nítida elección entre el movimiento progresivo y la conducta regresiva, y, a menos que la experiencia sea simbolizada adecuadamente, a menos que se establezcan apropiadas y exactas diferenciaciones, el individuo confundirá la conducta regresiva con la conducta autorrealizadora.

Emoción y Sensación

En su afán por conocer el papel de la emoción y el sentimiento durante el esfuerzo intencional o conductual, Rogers integra a las emociones en dos grupos:

- a) las sensaciones desagradables y/o excitantes
- b) las emociones tranquilas y/o placenteras

El primer grupo tiende a acompañar el intento de búsqueda del organismo y parece tener por efecto la integración y concentración de la conducta hacia la meta.

El segundo grupo abarca la satisfacción de la necesidad, la experiencia consumatoria.

Así, la intensidad de la reacción emocional varía de acuerdo con la relación percibida entre la conducta y el mantenimiento y desarrollo del individuo.

Cabe destacar que el desarrollo posterior de la personalidad implica mo dificaciones al concepto de conservación y desarrollo del organismo.

La conducta frecuentemente se puede describir mejor, como orientada a la satisfacción de necesidades de la personalidad, algunas veces contra el orga nismo, y, la necesidad emocional se puede calibrar mejor por el grado de impli cación de la personalidad que por el grado de implicación del organismo.

Campo fenoménico o campo experiencial

Todo individuo vive en un mundo cambiante de experiencias, de las cuales es el centro.

A esto, se le puede llamar campo fenoménico o campo experiencial; inclu ye todo lo que es experimentado por el organismo; dichas experiencias, sin embargo, pueden ser percibidas consciente o inconscientemente.

Son conscientes en tanto son simbolizadas. Dice Rogers: "debemos reco nocer que en este mundo privado de experiencias, y probablemente una porción muy reducida, es vivida conscientemente. Muchas de nuestras percepciones sen soriales y viscerales no son simbolizadas. Sin embargo, también es cierto que gran parte de este mundo de experiencia es accesible a la conciencia y puede hacerse consciente si la necesidad del individuo determina que ciertas sensaciones pasen a un primer plano porque se asocian con la satisfacción de una necesidad" (33).

Y continúa Rogers explicando a la manera gestalt: "En otras palabras, la mayor parte de las experiencias del individuo constituyen el fondo del campo perceptual, pero fácilmente pueden convertirse en figura, mientras que otras experiencias se deslizan al fondo" (33).

Aunque hay aspectos de la experiencia que el individuo evita que se con viertan en figura.

El contacto completo y directo con el mundo de su experiencia total es solamente potencial; no se produce en la actividad general del individuo. Hay impulsos o sensaciones cuya entrada a la conciencia solo se aceptan en determinadas condiciones. Mi conciencia real y el conocimiento de mi campo fenoménico es limitado.

Dejando a un lado cuestiones filosóficas, podemos ver que la realidad, psicológicamente hablando, es aquella que yo percibo y de la que conformo mi

marco fenomenológico por el cual yo actúo. Cada percepción es una hipótesis relacionada con las necesidades del individuo, las cuales se someten a la -- prueba de la experiencia. No obstante, no todas las hipótesis son sometidas a verificación empírica y sin embargo, se les confiere tanta autoridad como a aquellas que sí. (33).

En la concepción de la motivación todos los elementos eficaces existen en el presente. Este argumento, va en contra del psicoanálisis ya que Rogers piensa que la conducta no es "causada" por algo que sucedió en el pasado.

Las tensiones y necesidades presentes son las únicas que el organismo in tenta reducir o satisfacer. Si bien es cierto que la conducta pasada ha ser vido para modificar el significado que será percibido en las experiencias pre sentes, no tiene lugar ninguna conducta que no se oriente a satisfacer una necesidad presente.

El sí mismo o autoconcepto

Previo a la exposición de este término, se hizo necesaria la revisión de los términos anteriores con quienes tiene una intrincada relación.

Se habló de la manera de cómo se constituye el campo experiencial o cam po fenoménico; pues bien, una parte de él, se convierte en el sí mismo o auto concepto que denota la Gestalt conceptual, organizada y coherente; compuesta de percepciones características que, a medida que el niño evoluciona, una par te del mundo privado total se reconoce como "yo", "mío", "mi"; con otros y con diversos aspectos de la vida, junto con los valores vinculados a esas per cepciones. Se trata de una Gestalt que está preparada para la conciencia, si bien, no necesariamente en la conciencia (8).

Un punto importante, es que el sí mismo consciente, no necesariamente - coexiste con el organismo físico.

Angyal (citado en 73) señala que no existe la posibilidad de delimitar - exactamente el organismo y el medio ambiente, y que igualmente no hay límites netos entre la experiencia del sí mismo y del mundo externo. Si un objeto o una experiencia se considera o no, partes del sí mismo, depende en grado considerable de si se les percibe o no dentro del control del sí mismo. Consideramos a aquellos elementos que controlamos como parte de nuestro sí mismo, pero cuando un objeto -incluso una parte de nuestro cuerpo- está fuera de con

trol, lo experimentamos como algo que no integra el sí mismo.

Rogers coincide con dicha descripción, sintetizando que, a diferencia de algunos autores, él no utiliza el concepto de sí mismo como sinónimo de organismo, sino como la conciencia de ser o de funcionar.

Vemos así, que el sí mismo, se forma como resultado de la interacción con el ambiente y particularmente de la interacción valorativa con los demás.

El sí mismo será así, una pauta conceptual organizada, fluída pero congruente de percepciones de las características y relaciones del "yo" o del "mi" conjuntamente con los valores ligados a estos conceptos.

Sin embargo, los valores asignados a las experiencias, y los valores que son parte de la propia estructura, en algunos casos son valores experimentados directamente por el organismo, y en otros serán los valores introyectados o recibidos de otros, pero percibidos de manera distorsionada, como si hubieran sido experimentados directamente (40).

Se decía que la estructura del sí mismo, es una configuración organizada de percepciones que son admisibles a la conciencia. Está integrada por elementos tales como las percepciones de las propias características y capacidades; los preceptos y conceptos del sí mismo en relación con el ambiente y con los demás; y con el ambiente. Agregándose las cualidades valiosas que se perciben con experiencias y objetos; y las metas e ideales que se perciben con valencias positivas o negativas.

Por lo tanto, es el cuadro organizado que existe en la conciencia, ya sea como figura o como fondo, de sí mismo y de sí mismo en relación; junto con los valores positivos o negativos que se asocian con esas cualidades y relaciones, tal como se percibe que existen en el presente, pasado o futuro.

3.1.1. Formación del autoconcepto

Revisaremos brevemente la teoría de Rogers acerca de la formación del autoconcepto y los consiguientes ajustes y desajustes psicológicos que como consecuencia de la consideración positiva de los demás se producen.

Desde la infancia, el niño va guiándose por lo que él considera aspectos positivos, que de ninguna manera serán rígidos, sino que estarán continuamente cambiando y apoyando su crecimiento.

Esta tendencia actualizante, con las relaciones sociales, poco a poco se va diferenciando y constituyendo la conciencia de ser y estar o conciencia - del yo.

A medida que se exterioriza la conciencia del yo, el individuo desarrolla una necesidad de consideración positiva, que es una necesidad adquirida y se desarrolla por medio de la inferencia a partir del campo experiencial de otra persona por lo cual es ambigua.

Este proceso es recíproco pues al satisfacer la necesidad de otro, el individuo satisface su propia necesidad. De ahí surge el complejo de consideración positiva, importándole al sujeto a veces más esta consideración particular, que su propio proceso de valoración orgánica.

Sin embargo, para que dicha consideración positiva tenga efecto, deberá de provenir de una persona considerada digna para el sujeto que recibe esa valoración; en esta medida es que se habla de selectividad.

La valoración condicional se da cuando el individuo busca o evita una experiencia por considerarla digna de sí mismo. Ello hablaría de un funcionamiento psíquico óptimo, que en la realidad no se da.

A causa de la necesidad de consideración positiva de sí mismo, - - el individuo percibe su experiencia de manera selectiva, en función de la valoración condicional a la que ha llegado a someterse (90).

3.1.2. Autoconcepto. Adaptación y desadaptación del sujeto

A medida que se producen experiencias en la vida del individuo, éstas son:

- a) simbolizadas, percibidas y organizadas en cierta relación con el sí mismo
- b) ignoradas porque no se percibe ninguna relación con la estructura del sí mismo
- c) se les niega la simbolización o se les simboliza distorsionadamente porque la experiencia no es compatible con la estructura del sí mismo o autoconcepto.

El primer caso, señala aquellas experiencias que se aceptan en la conciencia y se organizan en alguna relación con la propia estructura ya sea porque satisfacen una necesidad del "sí mismo" porque son coherentes con la propia estructura.

En el segundo grupo se encuentran las experiencias que existen en el fondo de la Gestalt y ni refuerzan ni contradicen el autoconcepto.

El último inciso hace referencia a aquellas experiencias inadmisibles a la conciencia, es aquí en donde Rogers ubica a las conductas desajustadas con los mecanismos defensivos que las caracterizan.

Desde el momento en que se produce la primera percepción selectiva en función de la valoración condicional, se establece cierto grado de incongruencia entre el yo y la experiencia, apareciendo cierto nivel de inadaptación psicológica y de vulnerabilidad, pues el individuo puede distorsionar sus propias necesidades, lo que le torna incapaz de analizar conscientemente sus experiencias que le crean conflicto dado que se perciben como amenazantes y si se integrara esta experiencia amenazante a la conciencia, el concepto de yo perdería su carácter de gestalt coherente, las consideraciones de valor serían violadas creándose un estado de angustia caracterizado por procesos defensivos impidiéndole al sujeto un desarrollo pleno.

Los procesos de crisis y desadaptación psicológica se producen solo cuando el proceso defensivo resulta ineficaz y el estímulo amenazante pasa a la conciencia provocando un estado de desorganización y de confusión.

El concepto de "sí mismo" es el que determina la manera de actuar, solo aquellas modalidades que se adecúen a él serán seguidas.

Para Rogers, la adaptación psicológica se dará cuando el autoconcepto sea tal que todas las experiencias sensoriales y viscerales del organismo sean o puedan ser asimiladas a nivel simbólico en relación compatible con el propio concepto.

Cuando se produce este tipo de integración, la tendencia al crecimiento puede operar plenamente, y el individuo avanza en la dirección normal de toda vida orgánica. Una vez que la estructura del sí mismo es capaz de aceptar e incluir en la conciencia las experiencias orgánicas, cuando el sistema organizacional se puede expandir lo suficiente como para contenerlas, entonces se logra una clara integración y un sentido de dirección, el individuo siente que su fuerza puede dirigirla hacia la realización y el desarrollo de

un organismo unificado.

Lo importante es que todas las experiencias, impulsos, sensaciones, etc. sean accesibles y no necesariamente que estén presentes en la conciencia. Un hecho negativo significativo es la organización del concepto de sí contra la simbolización de ciertas experiencias contradictorias con él mismo. En realidad, cuando todas las experiencias son asimiladas en relación al yo y se convierten en parte de su estructura, tiende a disminuir la conciencia de sí por parte del individuo, su conducta se hace más espontánea, la expresión de las actitudes es menos controlada, porque el yo puede aceptar tales actitudes y tal conducta como partes suyas.

En la terapia, a medida que la persona explora su campo fenoménico, llega a examinar los valores que ha introyectado y que ha utilizado como si se basaran en su propia experiencia. Está insatisfecho con ellos, expresando a menudo que su actuación se conformaba con lo que los demás pensaban que debía hacer.

Gradualmente llega a experimentar el hecho de que está haciendo juicios de valor en una forma nueva para él, y sin embargo es una forma que él ya conocía en su infancia.

Al principio, hace una elección de manera temerosa, sin saber, a ciencia cierta, si su elección ha sido adecuada, pero posteriormente descubre que la experiencia propia le indicará si ha elegido satisfactoriamente o no. Descubre que no necesita saber cuáles son los valores correctos; a través de los datos proporcionados por su propio organismo puede experimentar lo que es satisfactorio y vitalizador. Puede depositar su confianza en una autoevaluación en lugar del rígido sistema de valores introyectado.

Los valores siempre son aceptados porque se los percibe como principios que hacen a la conservación, realización y desarrollo del organismo. Es sobre esta base que se introyectan los valores de la cultura. Puesto que todos los individuos tienen básicamente las mismas necesidades, incluyendo la de ser aceptado por los demás, parece que cuando cada individuo formula sus valores en términos de su propia experiencia directa, lo que resulta no es la anarquía, sino un alto grado de comunidad y un sistema de valores genuinamente socializado (37).

El autoconcepto cambia tanto en el desarrollo ordinario del individuo como en la terapia.

En lo que se refiere al estado de desarrollo ordinario, el individuo - constantemente se enfrenta a críticas las que de momento rechaza, pero posteriormente reflexiona sobre ellas, una vez asimiladas, estas críticas modificarán su concepto de sí mismo y por lo tanto su conducta. Sin embargo, esto no ocurre en el caso de experiencias profundamente rechazadas, que son incompatibles con el autoconcepto. Parece posible que la persona enfrenta tal incompatibilidad solo cuando participa en una relación con otro, en la que se siente seguro de que será aceptado.

Respecto al cambio ocurrido en la terapia, éste se debe principalmente a dos razones: a la captación intuitiva y a que el consejero acepta toda clase de experiencias, actitudes y percepciones.

Así, las experiencias que han sido rechazadas, el individuo las integrará paulatinamente, dándoles una forma consciente, una vez que esto ocurre, el concepto de sí se expande de tal forma que se le puede incluir como partes de una totalidad.

Cuando el individuo percibe y acepta en un sistema compatible e integrado todas sus experiencias sensoriales y viscerales, necesariamente comprende más a los demás y los acepta como personas diferenciadas.

La persona que completa su terapia se siente más aliviada al ser ella misma, más segura de sí misma, más realista en sus relaciones con los demás y desarrolla mejores relaciones interpersonales.

La base teórica en que esto se apoya es la siguiente: La persona que rechaza algunas experiencias debe defenderse continuamente de la simbolización de dichas experiencias. Como consecuencia, todas las experiencias son enfrentadas defensivamente como amenazas potenciales y no como lo que verdaderamente son. De este modo, en las relaciones interpersonales, se experimentan y se perciben las palabras o conductas como amenazadoras, aunque esa no sea su intención. Además, se atacan las palabras y conductas de los demás porque representan o se asemejan a las experiencias temidas. Luego, no hay una verdadera comprensión del otro como persona diferente, puesto que se lo percibe principalmente en términos de amenazas o no amenazas para el sí mismo. Pero cuando todas las experiencias son accesibles a la conciencia y se las in

tegra, la actitud defensiva se minimiza. Cuando no hay necesidad de defenderse, no hay necesidad de atacar. Cuando no hay necesidad de atacar se percibe a la otra persona como lo que realmente es, un ser diferente, que opera en términos de sus propios significados, basados en su propio campo perceptual.

Por otra parte, en lo que a desadaptación psicológica se refiere, vemos que el organismo lucha por alcanzar ciertas satisfacciones en el campo tal y como lo experimenta orgánicamente, en tanto que el concepto de sí es más restringido y no puede admitir en la conciencia muchas de las experiencias reales.

Clínicamente se observan dos grados algo diferentes de esta tensión:

En un primer caso, el individuo tiene un concepto de sí definido y organizado, basado en parte en las experiencias orgánicas (sentimientos o afectos). Su autocconcepto ha sido introyectado a partir de los contactos sociales, y de las sensaciones experimentadas por el individuo, hasta convertirlas en genuinamente suyas.

En el otro caso, el individuo siente, cuando ha explorado su inadaptación, que no tiene sí mismo, que es un cero, que su único sí mismo consiste en emprender lo que los demás creen que él debería hacer. El concepto de sí, se basa en evaluaciones de los otros, y contiene un mínimo de simbolización exacta de la experiencia y, de evaluación orgánica directa de esa experiencia. Puesto que los valores que sostienen los otros no tienen necesariamente una relación con las experiencias orgánicas reales del individuo, la discrepancia entre la estructura del sí mismo y el mundo experiencial gradualmente se llega a expresar como un sentimiento de tensión y angustia.

En algunos casos, el individuo niega su percepción, esto ocurre cuando una persona con un autoconcepto negativo, a pesar de los halagos dirigidos a ella por otras personas, sigue dudando de su capacidad; sin embargo, puede aceptar que cualquiera la desvalore, porque eso concuerda con su autoconcepto.

Un segundo tipo de rechazo es al que se le denomina represión. En este caso, parecería que se produce la experiencia orgánica, pero no la simbolización de esa experiencia o solo una simbolización distorsionada, porque una representación consciente y adecuada de esa experiencia resultaría contradic

toria con el autoconcepto.

Rogers resalta el hecho de que las percepciones se excluyen porque son contradictorias y no porque sean derogatorias.

El concepto de subcepción describe el estado en el que el organismo actúa ante una amenaza aún en un nivel por debajo del requerido para el reconocimiento consciente. Este concepto, apoya la hipótesis de que el individuo puede negar las experiencias a la conciencia sin haber sido nunca consciente de ellas. Hay al menos un proceso de subcepción, una respuesta orgánica fisiológica evaluadora y discriminativa ante la experiencia, que puede preceder a la percepción consciente de tal experiencia. Esto proporciona una posible descripción básica de la manera en que impide la simbolización exacta y la conciencia de las experiencias que se sienten amenazadoras. La ansiedad acompaña a numerosas desadaptaciones psicológicas porque es la tensión que muestra el autoconcepto organizado cuando las subcepciones le indican que la simbolización de ciertas experiencias sería destructiva para la organización.

La conducta puede surgir, en algunos casos, a partir de experiencias y necesidades orgánicas que no han sido simbolizadas. Tal conducta puede ser incompatible con la estructura del sí mismo, pero en esos casos el individuo no es "dueño de sí"

La inadaptación psicológica se produce cuando el organismo rechaza de la conciencia experiencias sensoriales y viscerales significativas, que en consecuencia no son simbolizadas y organizadas en la totalidad de la estructura de su sí mismo. Cuando se produce esta situación hay una tensión psicológica básica o potencial.

En la neurosis típica, el organismo satisface una necesidad que no se reconoce en la conciencia, por medio de conductas congruentes con el concepto de sí, por lo que pueden ser conscientemente aceptadas.

3.2. Efectos de la psicoterapia en el Autoconcepto. Algunos Estudios

En este apartado, se hablará de los estudios que a nuestro juicio han sido sobresalientes en relación con nuestro trabajo; analizaremos también los métodos utilizados, así como los resultados a que han dado lugar, con las correspondientes interpretaciones, y al final indicaremos nuestra postura explicando los elementos teóricos que incorporaremos para desarrollar el tema elegido.

Con respecto a estudios que sobre ingenieros se han realizado, Sandoval Terán (42) aplicó la prueba de Allport y Vernon en las Facultades de Ingeniería y Arquitectura.

A diferencia de los arquitectos, los ingenieros mostraron una mayor valoración teórica, económica y utilitaria. Sin embargo, los arquitectos mostraron mayor tendencia estética.

Comparando a los alumnos del primer año de Ingeniería con los de quinto año de la misma carrera, encontró que los primeros tienen una valoración teórica y social más alta que los del quinto. La actitud científica abstracta y altruista, está a favor de los primeros años de Ingeniería, no así la valoración religiosa.

La situación económica media o superior y un apoyo moral familiar justifica el por qué los alumnos mayores son más religiosos. La conducta altruista de un comienzo se va perdiendo porque el alumno recién ingresado es más idealista que el profesional.

La muestra fue de 17 alumnos de primer ingreso y de 22 para el quinto año de Ingeniería.

En una comparación transcultural de estudiantes de Ingeniería mexicanos con estudiantes de Arquitectura de Estados Unidos, resultaron los mexicanos menos altruistas, con menor interés en el poder, menos religiosos, más políticos y menos estéticos que los arquitectos extranjeros.

Hammond (43) aplicando la escala de actitud ocupacional a estudiantes de Ingeniería en Estados Unidos de nuevo ingreso y de semestres posteriores, llega a una conclusión similar a la de Sandoval Terán. Al principio, los -

alumnos buscan prestigio, mayor nivel económico y desconocen las actividades del ingeniero; pero conforme aumenta su escolaridad desaparecen estos rasgos y se muestran más competitivos y humanitarios.

Regresando al tema de la psicoterapia y autoconcepto, Rogers (33) obtuvo de una cantidad de casos de consejos grabados, afirmaciones referidas al sí mismo, de las cuales se seleccionaron al azar 150; y se le pidió al sujeto que clasificara los enunciados en once categorías, con las aseveraciones menos características en la categoría 0 y las más características en la categoría 10.

Después de completar esta clasificación, que es considerada como el sí mismo, se le pide al sujeto que clasifique nuevamente las aseveraciones para reflejar a su "sí mismo" deseado o ideal. Después de la terminación de la terapia, se le solicita una nueva clasificación de las aseveraciones con respecto a "sí mismo" y con respecto a su ideal.

El mismo procedimiento se utilizó con un grupo control, al que no se administró tratamiento alguno, cuyo sexo, edad, y nivel socioeconómico eran aproximadamente equivalentes a los del grupo de estudio.

Los resultados evidenciaron un cambio significativo en el grupo control, que confirmó las hipótesis planteadas: la terapia centrada en el cliente disminuye la discrepancia entre el sí mismo que el cliente percibe y el que valoriza; y esta disminución en la discrepancia es más notable en los sujetos que tienen un movimiento mayor durante la terapia.

Butler y Haigh (44), realizaron el mismo experimento; el promedio de las correlaciones existentes entre la autoclasificación y la clasificación ideal dentro del grupo control resultó igual a cero, lo que indica una absoluta falta de congruencia entre lo que el individuo cree ser y lo que -- desearía ser. El grupo de los clientes fue equiparado con cada uno del grupo control, integrado por sujetos que no interesados en recibir asesoramiento, llevaron a cabo ambas clasificaciones, en este caso el promedio de las correlaciones entre las dos clasificaciones alcanzó 0.58, lo que prueba -- que los miembros del grupo control estaban mucho más satisfechos consigo mismos que quienes habían resuelto recurrir a terapia. Al término del asesoramiento (con un promedio de 31 sesiones por cliente), se solicitó a los integrantes del grupo terapéutico que nuevamente llevaran a cabo las clasificaciones, el promedio de las correlaciones fue de 0.34, lo que

constituyó un aumento significativo respecto a los resultados previos al asesoramiento, aún cuando el índice de correlación obtenido para el grupo control seguía siendo mayor. El grupo control, en el segundo tratamiento y de acuerdo al promedio obtenido, no había sufrido modificación alguna. El tercer grupo de sujetos que habían resuelto recurrir a terapia, a quienes se pidió aguardaran 60 días antes de iniciarla, no experimentó cambios en cuanto a las correlaciones en cuestión durante el período estipulado.

Se hizo un seguimiento que osciló entre 6 y 12 meses después de terminado el tratamiento, fueron sometidos al mismo estudio y la puntuación fue similar a la obtenida al finalizar la terapia.

Los investigadores sostienen que las discrepancias entre el autoconcepto y el concepto deseado o valuado, refleja la insatisfacción que genera el pedir ayuda, concluyen que el aumento del autoconcepto definido como la congruencia directa entre las clasificaciones del concepto real y el valuado, es una consecuencia de la terapia centrada en el cliente.

Rudikoff (20) tomó los aspectos del autoconcepto, y del ideal del "self", como criterios de progreso psicológico en la terapia centrada en el cliente, sometió a 8 personas a terapia para investigar si el progreso en la salud mental correspondía a personas ajustadas que describieran su ideal como más alto (más integrado o ajustado) que su autoconcepto y más alto que el concepto de una persona ordinaria.

Según Rudikoff, diferencias grandes entre los conceptos dentro del mismo individuo reflejarían disconformidad y un esfuerzo psicológico, también, estas grandes discrepancias entre los conceptos y un criterio externo de buen ajuste indicarían una carencia de bienestar psicológico.

El instrumento básico fue la técnica Q, misma que se aplicó en cuatro momentos: antes de la terapia, seis días después de iniciada, una vez terminada y seis meses después.

El número de sesiones por individuo osciló entre seis para la mínima y 38 para la máxima.

Rudikoff observó que el concepto del self en las personas ordinarias y la relación del ideal, con otros juicios clínicos de ajuste, mostraron la misma dirección. El autoconcepto decreció en ajuste en el período inicial, hubo un progreso significativo durante la terapia y una disminución al termi

narla.

Las percepciones de ajuste en las personas revelan un ligero decremento en el período inicial y un gradual, más no significativo, progreso en la terapia.

El concepto del self, en las personas ordinarias, se tornó similar en cada período. El ideal se incrementó en el período inicial, pero disminuyó durante la terapia y al finalizarla, tornándose más realizable el logro.

Para Vargas (45), el foco de atención de la psicoterapia centrada en el cliente es la emergencia de las nuevas percepciones del "self" dentro de la conciencia y la presumible asimilación dentro del autoconcepto.

Supone que cuando una persona está en proceso terapéutico cambia sus normas psicológicas habituales (sentimientos, pensamientos, percepciones y acciones); su autoconocimiento se presenta de 3 formas: a) el cliente se empeña en percibirse a sí mismo más comprometido en el proceso de cambio, b) dado que él resolvió olvidar las normas establecidas de su autopercepción, deja de ser cauto conforme a esas normas, pero empieza a ser cauto y a tener conciencia de normas en él mismo, c) como las normas anteriormente establecidas se pierden, el cliente descubre nuevos sentimientos, conceptos, preceptos y experiencias incrementadas en él mismo y así emerge su propio aspecto.

Por ello, Vargas investigó el incremento del autoconocimiento durante la terapia. Las hipótesis fueron: los casos juzgados como exitosos tendrán una correlación positiva con el incremento del autoconocimiento durante la terapia. El instrumento de autodescripción fue utilizado para definir las categorías del autoconocimiento.

Para obtener el índice de éxito en la terapia fueron utilizados 4 criterios: dos escalas del consejero, el TAT, y la técnica Q.

Los sujetos participantes fueron 9, seis de los cuales eran estudiantes de la Universidad de Chicago. El número de sesiones fue de 9 para la mínima y de 41 para la máxima.

Vargas reporta que en sus resultados hay una correlación positiva entre el incremento de autoconocimiento y la terapia exitosa, de acuerdo con el TAT, existe una correlación negativa entre la terapia exitosa y los 3 momentos - hacia el autoconocimiento, ello fue corroborado con la técnica Q, la cual arrojó los mismos resultados. Sin embargo, de acuerdo con los puntajes del TAT en la postprueba se verificaron bajas pero consistentes correlaciones en

tre el éxito de la terapia y las tres formas hacia el incremento del autoco-
nocimiento.

Gibson, Snyder y Ray (46), con el objeto de observar los cambios ocurri-
dos en sujetos sometidos a psicoterapia centrada en el cliente, aplicaron a
42 personas, que recurrieron a solicitar el servicio a la clínica de la Uni-
versidad de Pennsylvania, la prueba de Rorschachs, el MMPI, así como dos es-
calas de actitudes, además de grabar las entrevistas de las cuales, 62% fue-
ron transcritas para un análisis posterior, obteniéndose un total de 20 medi-
das de cambio para ser examinadas con un análisis factorial.

Los cambios más significativos ocurrieron en actitudes y sentimientos.
Comprobaron que lo que el cliente dice, no coincide con los juicios del tera-
peuta, tampoco coincidieron los cambios presentados en las pruebas y las va-
riaciones de la entrevista. Consideran que efectivamente, hay un cambio que
no es atribuible a algo específico y aconsejan emplear más medidas para po-
der detectar qué factores están involucrados en la transferencia, resisten-
cia e "insight".

Dymond (47), reporta un estudio realizado con 25 sujetos sometidos a psi-
coterapia rogeriana y 10 sujetos sin tratamiento; se les aplicó el TAT, una
escala de salud mental y la técnica Q antes y después del tratamiento.

Los puntajes de los sujetos sometidos a terapia, antes del tratamiento
fueron en 7 puntos de la escala de salud mental, más bajos que los correspon-
dientes a los sujetos sin tratamiento, pero ocurrió lo contrario una vez con-
cluido el tratamiento.

Los resultados postterapéuticos de los sujetos sometidos a terapia fueron
notablemente más altos que los registrados antes de comenzar el tratamiento.

Los puntajes de los sujetos control no difirieron en la postprueba con
respecto a la preprueba, las postpruebas del grupo experimental no fueron di-
ferentes, significativamente hablando, en relación con las postpruebas del -
grupo control.

El TAT y la técnica Q, en términos de ajuste y cambio, fueron similares
en los dos grupos, el cambio en el TAT fue paralelo a la variación en la téc-
nica Q; los resultados postterapia del TAT fueron similares a los juicios emi-
tidos por los jueces con referencia al éxito del proceso así como al cambio
del mismo instrumento en la preterapia y al terminarla.

Hubo diferencia en las mujeres con relación al éxito.

Grummon (46), preguntándose qué dimensión ocupa la motivación para psicoterapia en el cambio constructivo de la personalidad como función del tiempo, aplicó a 23 sujetos una batería de pruebas psicológicas cuando recurrieron al servicio (período precespera) y 62 días después de su llegada sin que se les administrara terapia.

Se compararon los resultados con personas que no estaban interesadas en recibir ayuda psicológica y a quienes se les pagó para que contestaran la batería, en un período idéntico de tiempo y con las variables demográficas iguales a las del grupo experimental.

Las pruebas sugirieron que el grupo no interesado en recibir ayuda (grupo control), se encontraba mejor ajustado que el grupo experimental, aunque también se encontraron sujetos mal ajustados en el primer grupo, pero no se registró ningún cambio en la personalidad.

Al grupo experimental, una vez iniciada la terapia, se le subdividió en grupo de desgaste y continuadores con base en el número de entrevistas. Fueron 8 sujetos los que continuaron su terapia por 5 o menos entrevistas (grupo desgaste) y 15 los que obtuvieron como mínimo 6 entrevistas.

Se supuso que los del grupo de continuadores tenían mayor motivación para la terapia que los del grupo de desgaste. Sin embargo, otros factores tales como la disminución de los problemas o el desagrado del terapeuta estuvieron asociados para la interrupción de la terapia.

En ningún grupo, ni control ni experimental, se encontraron evidencias para aceptar la hipótesis referente a que la motivación para la terapia brinda cambios para una personalidad constructiva como función de un intervalo de 62 días.

Sin embargo, se afirma que dicha hipótesis no debe ser totalmente rechazada puesto que 62 días son pocos para que la psicoterapia y sus efectos se manifiesten. Agrega que la motivación para el cambio, por ella misma, no es una fuerza importante para la remisión espontánea, sino que la motivación para el cambio puede ser importante cuando actúa con otras fuerzas. Al respecto, el grupo de desgaste obtuvo mejores puntajes que el grupo sin tratamiento. Los del grupo continuador durante los 62 días de espera se mostraron ligeramente peor, por ello no puede decirse que la mejoría sea solo función del tiempo, parecería más bien, que los sujetos del grupo experimental tienen algún factor selectivo que les impide una menor tendencia hacia la remisión espontánea.

Ello nos llevaría a cuestionarnos si los sujetos que interrumpen la terapia no pueden ser clasificados como mejorados, aunque pueden ser considerados como intentos para determinar la ausencia o presencia de cambios en la personalidad.

Rogers (49), con el objeto de comprobar si la conducta se vuelve más madura⁵ después de la terapia, aplicó a 23 sujetos la escala de madurez emocional de Willoughby, esta escala fue aplicada desde que los sujetos solicitaron terapia, durante ella y 7 meses después de finalizarla.

A cada sujeto se le pidió llevara dos amigos que a su juicio, lo conocieran bien. A los amigos también se les aplicó la escala pero tenían que referirla no a ellos sino al sujeto de tratamiento.

El grupo control lo conformaron sujetos a quienes habiendo recurrido a solicitar terapia, se les pidió que aguardaran 62 días para comenzar con su tratamiento. La escala se les aplicó desde que solicitaron tratamiento y al iniciar la terapia.

Los juicios provenientes del sujeto y de sus dos amigos, fueron poco consistentes.

No se verificaron cambios significativos entre el grupo experimental y el grupo control. Se hallaron cambios significativos en las terapias consideradas a juicio del terapeuta como moderadamente exitosas. Cuando el terapeuta las consideró como terapias sin éxito, los amigos del cliente notaron una deteriorización en la madurez de la conducta del sujeto sometido a terapia, pero el cliente se consideró más maduro (quedaría como interrogante si la defensividad condujo a esos resultados).

De manera general, el cambio fue significativo, no solo en su autoconcepto sino en cambios parciales de su conducta tales como el manejar su carro,

⁵ Por conducta madura Rogers entiende menor defensividad, más sociabilidad, mayor aceptación de la realidad y del ambiente en donde el individuo se desenvuelve, así como una muestra de socialización de sus valores.

actuar en un grupo de discusión, tratar a la gente, etc., cambios que fueron evidentes tanto para el sujeto sometido a terapia como para sus amigos.

Con respecto a la técnica Q, y a si lo que el cliente dice, además de coincidir o no con el terapeuta, es exacto, Butler y Haigh (44) explican que puede darse la conducta defensiva en donde el cliente ofrece una imagen distorsionada de sí mismo, mostrándose como bien ajustado aunque en realidad no lo esté. La conducta defensiva puede asumir diversas formas tales como la negación, el retraimiento, la justificación, la racionalización, la proyección y la hostilidad.

Por otra parte, considerar una elevada correlación, entre el "sí mismo" actual y el ideal, como único criterio de ajuste, conduciría a la inclusión de personas mal ajustadas, en especial esquizoparanoides, en la categoría de bien ajustadas.

Lo anterior fue comprobado por Friedman (citado en 8) quien constituyó tres grupos: uno de sujetos "normales", el segundo de psiconeuróticos y el tercero de esquizoparanoides a quienes aplicó la técnica Q.

La correlación de los sujetos psicóticos, no mucho menor que la de los normales, es considerablemente mayor que la de los neuróticos.

Otra variable que afecta a las autoclasificaciones es la adecuación social en donde se atribuye una autoclasificación más alta a un rasgo considerado deseable que a otro indeseable (8).

Grummon y John (50), examinaron los cambios ocurridos en la salud mental de 23 clientes sometidos a terapia. La salud mental fue evaluada en 23 escalas. Utilizaron las escalas para hacer un análisis a "ciegas" del TAT, el cual fue administrado antes, después y como seguimiento de la terapia. El nivel de salud mental fue evaluado y comparado con el grupo control, el cual no recibió terapia.

Empleando la prueba como signo para examinar los cambios en dos períodos a) preterapia y postterapia b) preterapia y seguimiento, encontraron, en el cliente sometido a terapia, un mayor progreso en el nivel de salud mental. En el grupo control, los cambios favorables ocurrieron en varias escalas durante el período de tratamiento; pero en el de preterapia y seguimiento, el cambio fue azaroso.

La dirección de la mayoría de las escalas del grupo experimental fue pro

gresiva en el seguimiento; sin embargo, esta dirección fue pequeña para sostener la hipótesis de que el cambio ocurrido en terapia se mantenga tiempo después de terminada.

Los clientes con rasgos neuróticos o psicóticos, mostraron un progreso mayor en el período terapéutico, sin embargo, existe la tendencia a un progreso importante en aquellos clientes que recibieron las mejores puntuaciones en el período preterapéutico.

Cuando compararon a los dos grupos, el grupo experimental, no mostró un progreso significativo en el período terapéutico en las dos medidas utilizadas, pero si se encontraron acercamientos significativos en los períodos de preterapia y seguimiento. El mayor progreso ocurrió en el período terapéutico, por lo que señalan que los datos apoyan, pero no prueban la hipótesis de que la terapia tenga acercamientos constructivos en el nivel de salud mental con respecto al grupo sin terapia.

Aplicando la escala de autoconcepto de Tennessee, a 30 pacientes sometidos a psicoterapia durante 3 meses o más, siendo las consultas una vez a la semana y a 24 pacientes que esperaban turno para psicoterapia durante 3 meses o más, Ashcraft y Fitts (51), encontraron que el grupo experimental mostró cambios significativos, a diferencia del grupo control. Durante el período sin terapia hubo un decremento en la tendencia psicótica y perceptual del conflicto.

Concluyen que la terapia produce cambios, los cuales son más precisos y predecibles en individuos que en grupos.

El sujeto sometido a terapia muestra más consistencia en algunas áreas del autoconcepto y menos evidencias de patología.

El grupo control cambió solo en dos de las 21 variables, lo cual muestra que la consistencia del autoconcepto es alta. Al respecto, Gividen (citado en 51), encontró que experiencias estresantes causan cambios negativos en el autoconcepto. Congdon (citado en 51), demostró que los medicamentos tranquilizantes modifican los síntomas psicóticos, pero no producen cambios en el autoconcepto.

Nava Hernández (10), con el objeto de conocer si existen cambios en el autoconcepto en un grupo de pacientes diagnosticados como esquizofrénicos y la posible modificación de éste, como resultado del tratamiento con dosis de mantenimiento con neurolepticos de acción prolongada durante el 1°, 3°

y 9º mes, estudió en un grupo de pacientes que accedían al servicio de consulta externa del Hospital Psiquiátrico "Fray Bernardino Alvarez". Observó que en el puntaje total de la escala de Tennessee hubo modificaciones significativas, y que los cambios más importantes ocurren en los primeros cinco meses de tratamiento; las áreas que se modificaron fueron la del yo-ético moral, la del yo personal, la identidad básica, la escala de conducta y el puntaje de conflicto total.

Fabela y Nava (52) investigaron si el autoconcepto y el grado de conciencia de enfermedad se modificaba en 35 alcohólicos internados en una clínica de rehabilitación en donde se les somete a un tratamiento integral consistente en dinámicas y psicoterapia de grupo, terapia psicológica, consultoría en alcoholismo, "la silla caliente", psicodrama, cine-debate así como a psicoterapia y orientación familiar (estas actividades están coordinadas por psiquiatras y alcohólicos rehabilitados), la duración del tratamiento fue de 25 a 28 días después de 2 ó 3 de desintoxicación.

Los criterios para seleccionar a los 35 sujetos fueron: el coeficiente intelectual, ausencia de daño orgánico o reincidencia.

Las pruebas psicológicas aplicadas fueron: el test guesáltico visomotor (técnica Pascal), el WAIS, el cuestionario de personalidad de Eynseck (EPQ) y la escala de autoconcepto de Tennessee.

Con respecto al autoconcepto, los resultados a los que llegaron fueron que los sujetos después de someterse al programa de rehabilitación, tienden a balancear su autodescripción tomando en cuenta tanto lo que son como lo que no son; sin embargo, manifiestan una actitud defensiva, mostrando una imagen socialmente aceptada y favorable; pero, simultáneamente, presentan conflictos y contradicciones para mantenerla ya que se ve afectada por la falta de integridad y unidad personal del yo.

Los sujetos tienden a presentar poca integridad y unidad personal en relación a su identidad, su autoaceptación y su comportamiento, los cuales integran su marco referencial interno de autodescripción, área que es la más afectada por la base motivacional del tratamiento.

Las áreas que mayor alteración experimentaron en la escala de Fitts son el yo físico, el yo personal, el yo ético y moral.

Concluyen que el tratamiento interdisciplinario fomenta la conciencia de enfermedad e induce cambios en el autoconcepto del alcohólico.

Relacionados con los estudios de autoconcepto, se encuentran los estudios sobre prejuicio. Haimowitz (citado en 53) concluyó que la evidencia es más negativa que positiva con respecto al cambio de actitudes éticas después de la terapia.

Rogers (54), a manera de conclusión sobre los estudios realizados y anteriormente mencionados acerca de la psicoterapia centrada en el cliente, califica a las terapias como moderadamente exitosas atribuyéndole a ellas los cambios ocurridos en el self: las personas se acercan más a lo que desean ser, lo que conlleva, clínicamente hablando, a un mayor ajuste psicológico dado que le permite al sujeto evaluarse de una manera más real y obtener mayores logros.

Esta es una de las hipótesis centrales en la psicoterapia rogeriana, se pone énfasis en que el sujeto revisa su autoconcepto permitiéndole asimilar experiencias básicas que antes de recibir tratamiento eran negadas a la conciencia, originando tensión, la que se produce cuando el autoconcepto es incongruente con las percepciones experimentadas (15).

Las herramientas disponibles en la investigación para probar lo anterior, no son tan adecuadas, pero existen datos sugestivos que la apoyan tales como las terapias exitosas, en donde, a diferencia de los considerados fracasos, se observa una movilización hacia la experiencia totalizadora incluyendo aquellas previamente negadas a la conciencia. Ello sugiere que el autoconcepto va incorporando sus experiencias, en las terapias consideradas exitosas.

Advierte Rogers que los datos son sugestivos y de ninguna manera concluyentes, sobre todo, por la intervención de elementos incluidos en la relación terapéutica que pueden producir el logro, tales elementos son: la personalidad del terapeuta, los años de experiencia, el contenido de su preparación, la actitud preconcebida de la relación terapéutica tanto por parte del cliente como del terapeuta.

En lo que se refiere al crecimiento del individuo, sin embargo, es difícil conocer si la libertad y apertura del terapeuta son las únicas causas que lo provocan (55).

Ante todos estos cuestionamientos, que subyacen al proceso tanto

de conocimiento como de evaluación de la terapia, Rogers se declara incapaz de dar una respuesta concreta a todas las interrogantes.

En relación al uso fenomenológico de su método, Rogers sugiere que es tan arbitrario esto como el "inferir sobre lo inferido", ambos métodos distorsionan los resultados. Uno por la defensividad y demás conductas tomadas por el respondiente que impiden una contestación verídica.

Y otro, porque llega un momento que el investigador se separa del objeto de estudio. Sin embargo, la mayor parte de las medidas son, según su punto de vista, fenomenológicas tales como las escalas, cuestionarios y pruebas de inteligencia, en donde se dá por supuesto que lo que el sujeto responda será verídico. Así que su sistema no es la excepción en lo que a fenomenológico se refiere en tanto al sujeto se le presupone capaz de - responder a todas esas pruebas.

Concluye que, pese a las dificultades planteadas, la psicoterapia es un efectivo agente de cambio toda vez que esos cambios no ocurren en los grupos control o en el período de espera (54).

Seeman (53) elabora un artículo histórico acerca de lo que la terapia centrada en el cliente ha experimentado, identifica dos dimensiones: los procesos internos y las dimensiones externas, que ayudan a explicar el proceso interno.

Snyder y Curran (citados en 53), suponen que la terapia es un aprendizaje que consiste en tres aspectos del "insight": a) percibir nuevas relaciones entre hechos antiguos, b) incremento gradual del autoentendimiento y c) el reconocimiento y aceptación de los aspectos que el "self" anteriormente negaba, distorsionaba o reprimía.

Con respecto a los estudios del autoconcepto inferido por la técnica Q, Seeman comenta que las puntuaciones del "self" no proveen acceso directo al concepto del "self" pero reflejan el autoconcepto como la autoimagen que la persona comunica a otras en una situación particular.

Según Seeman, en la conceptualización del proceso de terapia centrada en el cliente, los dos intentos de mayor relevancia son los de Snyder y Raimy.

Raimy asoció a la terapia centrada en el cliente el constructo de autoconcepto al que define como un mapa, el cual la persona consulta para obtener el entendimiento de él mismo. La aprobación, desaprobación o ambivalencia sentida por el autoconcepto está relacionada con el ajuste personal. Una fuerte carga de desaprobación sugiere angustia o alteración. Cuando una reorganización exitosa de la personalidad tiene lugar, se espera un cambio del "self" desaprobado hacia un "self" aprobado.

Las terapias exitosas producen el cambio esperado, a diferencia de las infructuosas en donde no se observa cambio alguno.

El autoconcepto sirve para regular la conducta y para mantener una personalidad uniforme. Al mismo tiempo altera y reestructura la conducta, además de satisfacer necesidades. Igual que George Mead, Raimy cree que el autoconcepto es un recurso en las interacciones sociales que empiezan con la familia y continúan a lo largo de la vida. Las evaluaciones que el individuo hace de sí mismo tienen claramente, un origen social. Estas evaluaciones resultan en una organización de la personalidad cuando son positivas y en una desorganización cuando son negativas.

Seeman (53), en su análisis de algunos estudios acerca de los cambios ocurridos en la personalidad de los clientes con la terapia, concluye que existen suficientes evidencias indicadoras de un efecto positivo, aunque no en todos los estudios se sabe con certeza cuales aspectos fueron los que cambiaron.

Aunque estos estudios nos proveen de referencias conceptuales acerca del curso de la terapia, no dicen nada acerca del impacto a largo plazo que en la conducta tiene la terapia; de igual manera, los estudios hablan de modificaciones conductuales y de diferencias individuales pero no acerca de las experiencias en la entrevista que producen los cambios. Se requiere un modelo de investigación tal, que permita conocer la relación entre el proceso terapéutico y sus efectos. Debe pues, centrarse la atención en los procesos relevantes de la formulación teórica de la terapia y estudiarse cada concepto en términos tanto de proceso como de logro para alcanzar a determinar la relación entre ambos.

Por otra parte, es particularmente difícil definir los criterios que señalan el éxito en la terapia. La disminución en la severidad y en el número de síntomas es un criterio, el cambio en el material verbal presentado es

otro, pero, las observaciones de la conducta son difíciles de interpretar.

Seeman no propone eliminar el criterio de éxito; sino al contrario, como toda empresa social, sugiere que sea sometido a un análisis, examinando y contrastando las diferencias.

Si bien es cierto que comparando diferentes métodos y utilizando grupos control podemos estudiar si la terapia dio lugar o no al efecto deseado, esto agrega muy poco acerca del conocimiento del contenido.

Desde el punto de vista pragmático, el criterio de éxito, hace énfasis en la conducta individual dentro del mundo externo referido a un ajuste laboral, social, marital, académico y social.

Sigue Seeman; un análisis más detenido del proceso terapéutico nos dirá cuáles son las condiciones necesarias para que el cambio se produzca. En este sentido, enfatiza la necesidad de realizar una descripción de los individuos con respecto a sus variables de personalidad.

Es evidente, que en el terreno de la evaluación de la terapia, abundan más las preguntas que las respuestas.

Con relación a las interrogantes y críticas formuladas por Seeman, Pérez Gómez (56) plantea otras cuestiones relevantes a la pretendida evaluación.

Pérez Gómez apoya una tricotomía ciencia-arte-tecnología como componentes de la terapia, y es precisamente en su componente arte y habilidad como factores del proceso, que una evaluación resulta no solo insuficiente sino hasta cierto punto irrealizable, dado que no hay parámetros para medir dicha cuestión.

Cada terapeuta se comporta con su cliente de manera específica, nunca sigue la misma dirección, se adecúa tanto al sujeto como a la dinámica y a la patología.

Con respecto a las características del terapeuta que contribuyen a lograr un tratamiento eficaz, no se ha demostrado una relación causal entre aceptación, autenticidad y calidez por parte del terapeuta en la disminución de síntomas individuales, ni en el mejoramiento de síndromes patológicos.

Además, tampoco hay acuerdo acerca de que sea solo el terapeuta el que pueda manejar la situación, ya que el proceso también está influido por la personalidad del paciente y por su expectativa de responder de una manera

específica.

Los factores específicos (aquéllos característicos de cada teoría, pero que en la práctica son difíciles de identificar) parecen no ser relevantes en el cambio esperado. Ello lleva a preguntarse si una persona no experimentada en la aplicación de una terapia puede obtener resultados iguales o superiores a los de un terapeuta experimentado.

La cuestión es sumamente compleja pues los efectos pueden no ser del tipo del todo o nada. En muchos estudios participan principalmente terapeutas no experimentados, lo que se atribuye a que los experimentados tienen una resistencia a que se les someta a prueba.

Por otra parte, el tener mucha experiencia no es sinónimo de efectividad pues se pueden cometer errores durante años y no darse cuenta de ello.

La neutralidad del terapeuta no existe, pues respetar la libertad de un sujeto es también permitirle emplear todas sus potencialidades, ayudarle a abandonar los modelos de conducta que lo han convertido en un enfermo y colaborar para que encuentre otros mejores.

No hay consenso entre la duración mínima de la psicoterapia y el éxito; los estudios al respecto han encontrado que existe un sesgo entre éxito e inteligencia. La edad y el sexo parecen no tener importancia en la efectividad de la terapia, pero sí la clase social y el tipo de patología.

Las personas de clase baja recurren a gente más a su alcance tales como la enfermera, el médico o el sacerdote, a diferencia de personas de la clase media.

Parece que el mejor candidato para psicoterapia en el sentido de posibilidades de cambio es el joven atractivo, con capacidad verbal, inteligente y exitoso.

Como observamos, el problema de la evaluación de las terapias resulta un fenómeno complejo. Pérez Gómez cita cuatro causas principales: 1) la formulación del problema a causa del número de variables que deben ser consideradas; 2) deficiencia teórica que se traduce en un marco de referencia común a los diferentes enfoques empleados; 3) dificultades metodológicas en la manera de afrontar la cuestión y 4) problema de valores que impide una toma de decisión uniforme en lo que se refiere a juzgar los resultados de las psicoterapias.

Las opiniones varían desde la imposibilidad de lograr una evaluación al respecto hasta los que consideran que siendo un trabajo científico, se ve obligado a ser evaluado.

Si no se pierde de vista la tricotomía de la que se hablaba, vemos que se confunden los métodos experimentales, con los métodos tecnológicos y con los métodos estéticos, según Pérez Gómez no se excluyen pero hay que tomarlos en cuenta como tales y no confundirlos.

En opinión de Wylie (5), Rogers no utiliza el método científico, sino que se acerca a un punto de vista existencial en el que se diseccionan y se observan los factores sin necesidad de comprobarlos; resulta paradójico que partiendo de la persona para entender su existencia, pretenda establecer leyes para todas las personas.

Wylie misma califica a los estudios del autoconcepto como inadaptables al método científico y hace hincapié en el análisis de factores como el "insight". En su opinión, habría que posponer los estudios sobre autoconcepto hasta que sean descubiertas mejores técnicas de medirlo.

En síntesis se podría decir, con ciertas reservas, que la terapia centrada en el cliente produce un cambio, es decir, disminuye la discrepancia entre el "sí mismo" que el cliente percibe y el que valoriza. Se podría apuntar, de acuerdo con Butler y Haigh (44), que el autoconcepto se incrementa. Sin embargo, nos enfrentamos a varios problemas relativos a la validez de lo que la persona dice. En primer lugar, el que el autoconcepto se eleve, no implica una mejoría, en segundo lugar, al pedirle al sujeto que sea él quien se describa, corremos dos riesgos: que el sujeto utilice una conducta defensiva y que responda al fenómeno de adecuación social.

La defensividad Rogers la maneja al hablar acerca del campo fenoménico, el cual incluye todo lo que es experimentado por el organismo, pero también habla de una realidad psicológica la cual yo percibo y de la que conformo mi marco fenomenológico desde el cual yo actúo.

Ello nos hace pensar que el mejor punto de vista para comprender la conducta es desde el propio marco de referencia del individuo. Esto es, a lo mejor lo que el individuo nos dice no es "real", quizá trate de dar una imagen y nosotros percibamos otra muy diferente a lo que él intentó mostrar; no obstante, nosotros no debemos forzar al individuo a "ver su realidad" y a decirle en qué momento debe dejar a un lado la defensividad, puesto que

nadie mejor que él la comprende. Cabe aclarar, que esto debe tomarse con cuidado pues no intenta decir que dejemos a un lado el problema de la defen-sividad, ni de la patología, sin embargo, es lo que veo valioso en la teo-ría rogeriana, que trasciende la postura del terapeuta que sabe, y la cam-bia por un "terapeuta que acepta".

Por ello coincido con el punto de vista que propone que después de la terapia el autoconcepto se modifica, no porque el sujeto sustancialmente cam-bie y se convierta en otro, sino porque se acepta como persona integrando éxitos y fracasos, limitaciones y posibilidades, con otro enfoque hacia él y su realidad.

Sin embargo, sea que el autoconcepto se modifique o no, debe quedar cla-ro que no se está sometiendo a prueba una psicoterapia pues para ello, apar-te de no haber unanimidad en los criterios, se necesitaría involucrar más personal y más variables.

Lo que se intenta es establecer o no, la relación causal entre psicote-rapia y modificación del autoconcepto, lo que efectivamente podría tomarse como un criterio, pero solo uno, de la mencionada evaluación terapéutica.

Sin embargo, como mencionan Seeman (53) y Pérez Gómez (56), ¿qué pro-duce el cambio? parece que a ello no hay una respuesta concreta, simplemente investigaremos si tal cambio se produce.

Con relación a los estudios tanto de Nava (10) como de Fabela (52), las áreas que mostraron cambio fueron el "yo personal" y el "yo ético moral" des-pués de 5 meses y de 26 días respectivamente, pero no hablan de un seguimien-to que pudiera indicar si los cambios fueron positivos o negativos y en qué medida.

Caemos en lo que tanto Wylie (5) como Wells (3) señalaban acerca de los estudios del autoconcepto, el no poder discernir si la modificación ocurre en el sentido de lo deseable o no y el grado de ajuste psicológico que im-plica.

CAPITULO 4
ASPECTOS METODOLOGICOS GENERALES

4.1 Problema

¿La terapia centrada en el cliente modifica el autoconcepto del alumno que solicita asesoría psicopedagógica en la Facultad de Ingeniería de la UNAM?

4.2 Objetivo General

Evaluar los cambios en el autoconcepto de alumnos de la Facultad de Ingeniería que solicitan asesoría psicopedagógica después de haberse sometido a un tratamiento de psicoterapia centrada en el cliente.

4.3 Objetivos específicos

Determinar si la terapia centrada en el cliente produce cambios significativos en el autoconcepto del alumno que solicita asesoría en la Facultad de Ingeniería.

Identificar si cada una de las dimensiones que conforman el autoconcepto se modifican con la terapia.

Determinar si algunas variables sociodemográficas se correlacionan con la puntuación de una escala de autoconcepto.

4.4 Hipótesis

Se mencionarán las hipótesis centrales, omitiéndose las hipótesis alternativas por ser su contraparte y evitar repetir los enunciados.

1. El estudiante que recibe terapia centrada en el alumno modifica su autoconcepto.
2. El autoconcepto del alumno que no recibe tratamiento, se modifica.

3. El autoconcepto de los alumnos que reciben tratamiento es igual al de aquellos que no lo reciben.
4. Existen diferencias significativas en el autoconcepto de los alumnos primogénitos respecto a los no primogénitos.
5. Existe una relación positiva entre el número de actividades extraescolares y el autoconcepto.
6. Existe una correlación positiva entre el grado de escolaridad del padre y el autoconcepto total global del alumno.
7. Existe una correlación positiva entre la escolaridad del padre y el autoconcepto ocupacional del alumno.
8. Existe una correlación positiva entre el promedio escolar y el autoconcepto.
9. Existe una correlación positiva entre el número de hermanos y el autoconcepto social.
10. Existe una diferencia significativa entre los puntajes en el autoconcepto de iniciativa entre ambos grupos.

4.5. Definición de Términos

AUTOCONCEPTO

El autoconcepto es la percepción que uno tiene de sí mismo; específicamente son las actitudes, sentimientos y conocimientos con respecto a las propias capacidades, habilidades, apariencia y aceptabilidad social.

En términos operacionales, se dirá que el autoconcepto es el puntaje que el alumno obtenga en la escala de la Rosa (16).

TERAPIA, ASESORIA, PROCESO, TRATAMIENTO, PSICOTERAPIA CENTRADA EN EL CLIENTE O EN EL ALUMNO

Con estos términos, se designará la terapia centrada en el cliente, basada en Rogers.

Se hablará acerca del término de asesoría, por ser menos utilizado en ámbitos psicológicos, mostrando los beneficios que brinda.

El término de asesoría, se cree, en un ambiente educativo, evita el que los sujetos sientan que recurren al servicio "por mostrar desajustes psi--

cológicos, ser incapaces de solucionar ellos mismos sus problemas, etc.", pues dichos conceptos conllevan un significado social de evitación y rechazo muy importante, produciendo así, entre otras cuestiones, que los alumnos no recurran a solicitar ayuda.

Una segunda ventaja que dicho término nos ofrece, es que dentro de la Facultad de Ingeniería; es utilizado para designar la consulta que el alumno hace a los maestros sobre materias y problemas académicos específicos. Es diferente este tipo de consultas, que las hechas al psicólogo, socialmente hablando, pero aprovechando el uso dentro del ámbito en cuestión, nos resulta útil a manera de evitar o disminuir los prejuicios y creencias que se han mencionado.

4.6. Definición o características de la población

Dadas las características de la población, la manera en que recurren los alumnos a solicitar asesoría y los objetivos del presente estudio (todo esto se mencionará en el siguiente capítulo), se hizo necesaria la selección de una muestra tanto para los sujetos que conformaron el grupo experimental como para aquellos que constituyeron el grupo control.

El tipo de muestreo utilizado fue no probabilístico pues no todos los alumnos que recurren al servicio tienen la misma posibilidad de participar; de igual forma, tampoco todos los alumnos no interesados en recibir asesoría psicopedagógica tenían posibilidad de constituir el grupo control.

Con relación al muestreo no aleatorio Kerlinger (57) señala: "las muestras probabilísticas emplean alguna forma de extracción aleatorio en una o más de sus etapas. Las muestras no probabilísticas no emplean la extracción aleatoria". En nuestro caso, no se emplea la extracción aleatoria en ninguna de las etapas; ni en la asignación de los sujetos a los grupos ni a los tratamientos, por ello el estudio es no probabilístico, lo que constituye una severa limitación para la generalización de los resultados.

Por otra parte, los alumnos que recurren al servicio de asesoría, se autoseleccionan, por poseer, en menor o mayor medida la característica que se va a medir, esto es, los alumnos llegan sin que para ello intervengan las manipulaciones del experimentador.

4.7. Definición del Instrumento

Como ya se ha mencionado, nuestro instrumento será la escala de autoconcepto elaborada por Jorge la Rosa (16).

Esta escala es del tipo diferencial semántico creada por Osgwood; pero construida y validada por la Rosa para medir específicamente autoconcepto en población mexicana

La escala de autoconcepto es el resultado de cinco estudios piloto y una aplicación final, involucrando a un total de 2,626 sujetos de ambos sexos.

El análisis factorial utilizado en la construcción y evaluación de la escala indicó que existen 5 dimensiones básicas: la social, la emocional, la ocupacional, la ética y la de iniciativa, las cuales se correlacionaron significativamente entre sí, el promedio obtenido fue de $r=.40$ en donde $p<.001$

Para obtener la confiabilidad interna de la escala, se utilizó el "alpha de Cronbach" arrojando un coeficiente global de .94

La escala tuvo una correlación significativa con otras escalas: una de locus de control y otra de adecuación afiliativa lo que indica que el instrumento se comporta en la forma esperada.

La prueba contiene 72 reactivos bipolares compuestos por dos adjetivos contrarios; entre estos dos adjetivos, existe un continuo de siete líneas, la línea junto al reactivo indica que esa característica se posee en mayor grado. El espacio central indica que el individuo no se describe con ninguno de los dos adjetivos. Y las líneas, entre la central y la extrema, muestran la direccionalidad del adjetivo en cantidad (poco o bastante).

Para fines evaluativos, las líneas entre los adjetivos de izquierda a derecha, van en un continuo del 1 al 7. De esta manera, si el sujeto contesta en la quinta línea, obtendrá la puntuación 5.

Para obtener la calificación por áreas se suman los puntajes de cada reactivo que la constituye. También se puede conseguir la calificación total. Dada la riqueza del análisis factorial, este instrumento se presta a ser calificado de diversas maneras, dependiendo de los objetivos del estudio.

Aquí se utilizarán los puntajes totales y los puntajes por áreas para determinar si hubo o no modificación del autoconcepto.

La escala está conformada por 5 dimensiones básicas: social, emocional, ética, ocupacional e iniciativa; a continuación se explicarán brevemente cada una de ellas.

I DIMENSION SOCIAL: se refiere al comportamiento del individuo en interacción con sus semejantes, abarca tanto las relaciones con sus familiares y amigos, como la manera en que una persona realiza sus interacciones con sus jefes o subalternos, conocidos o no.

Esta dimensión está representada por 3 factores:

- a) Sociabilidad afiliativa: especifica en el polo positivo el estilo afiliativo o de relacionarse con los demás.
- b) Sociabilidad expresiva: se refiere a la comunicación o expresión del individuo en el medio social.
- c) Accesibilidad: define, en el aspecto positivo, la persona accesible a la cual se aproximan los demás con confianza y que podrán contar con su comprensión.

II DIMENSION EMOCIONAL: abarca los sentimientos y emociones de uno, considerados desde un punto de vista intraindividual, interindividual y del punto de vista de sanidad o no. Se divide en 3 áreas:

- a) Estados de ánimo: caracteriza la vida emocional intraindividual, o sea, los estados de ánimo experimentados en la subjetividad.
- b) Sentimientos Interindividuales: considera los sentimientos interindividuales, en donde el otro es el objeto de los sentimientos personales.
- c) Salud Emocional: enfoca los aspectos intra e interindividuales desde el punto de vista de salud mental.

Una persona feliz, alegre y optimista es una persona sana respecto a los sentimientos experimentados y lo contrario puede decirse de un individuo deprimido, triste, frustrado. Se pueden hacer consideraciones semejantes referentes a los sentimientos interindividuales: saludable es la persona cariñosa, amorosa y tierna y menos sano es el individuo seco, odioso e insensible.

III DIMENSION OCUPACIONAL: se refiere al funcionamiento y habilidades del individuo en su trabajo, ocupación o profesión y se extiende tanto a la situación del trabajador como del funcionario o del profesional.

IV DIMENSION ETICA: concierne al aspecto de congruencia o no con los valores personales y que son, en general, un reflejo de los valores culturales más amplios o de grupos particulares en una cultura dada.

La felicidad del individuo depende de que alcance sus ideales, mantenga una relación armónica con los demás individuos y tenga la posesión de bienes necesarios a su supervivencia y desarrollo.

V INICIATIVA: se refiere a si la persona tiene o no iniciativa en diferentes campos de actividad humana incluso la social (sumiso-dominante).

Esta subescala verifica la iniciativa del individuo en situaciones sociales y por eso se asemeja y corresponde, en parte, a subescalas que miden liderazgo. Desde otro punto de vista, la iniciativa puede referirse a una característica de personalidad que se aplica al estilo como el individuo desempeña sus actividades u ocupación.

CAPITULO 5
METODO DE INVESTIGACION

5.1. Diseño de Investigación

Con el fin de llegar a la comprobación empírica de las hipótesis propuestas, el diseño de investigación se hace necesario puesto que nos permite controlar la varianza, al reunir y analizar nuestros datos en determinada forma.

Nuestro diseño corresponde al de dos grupos sometidos a preprueba y -- postprueba, autoseleccionados a la muestra .

El paradigma del diseño es:

Yb	X	Ya	Grupo Experimental
Yb	~ X	Ya	Grupo Control

donde:

Yb Aplicación de la escala de autoconcepto

X Terapia centrada en el cliente

~ X Período sin tratamiento

Ya Aplicación de la escala de autoconcepto, transcurridas 6 semanas de la primera aplicación.

5.2. Variable Independiente

Nuestra variable independiente o activa, fue la terapia centrada en el alumno basada en la teoría de Rogers. Su principal instrumento es la entrevista, cuya característica más importante es la de permitir a la persona ser, creando un ambiente de confianza de tal suerte que la persona al saberse aceptada como tal, aún a sabiendas de que "mostró su lado malo" (flaquezas, debilidades, temores, desajustes emocionales, etc.) se sabe no evaluada por el terapeuta, de este modo empieza a integrarse y a quitarse etiquetas que en muchas ocasiones "tenía que cumplir" pues obtenía por la costumbre "la seguridad" (ganancias secundarias) que le impedían la apertura al cambio y a conocerse y percibirse de otra forma.

El terapeuta aquí, no es el importante o el que origina ese cambio, se parte de la premisa que la persona tiende por su naturaleza, a la supera--

ción y, el asesor es solo una circunstancia.

No se hace tanto énfasis en el pasado como en el aquí y ahora. El pasado influye, mas no determina.

El tiempo en el que se llevó a cabo la terapia fue de mes y medio con una sesión a la semana. Es decir, un total de 6 entrevistas por sujeto con duración de 50-70 minutos cada una.

5.3. Variable Dependiente

El autoconcepto fue la variable dependiente y corresponde a una variable atributiva dado que representa una característica humana preexistente en los sujetos que van a ser evaluados.

Las variables atributivas "están ya manipuladas, el medio ambiente inicial, la herencia y otras circunstancias han hecho de ellas lo que son actualmente" (57).

Por otra parte, el autoconcepto es también una variable continua ya que puede influir en un conjunto ordenado de valores dentro de un cierto intervalo. Ello significa: primero, que sus valores reflejan un orden jerárquico, y que un mayor valor de variable indica que la propiedad en cuestión se posee en un grado superior; segundo, las medidas continuas están contenidas en una escala y se asigna a cada individuo una puntuación en ella.

Sin embargo, las escalas con las que se cuenta para cuantificar esta variable no han alcanzado esta precisión y son del tipo ordinal o por rangos como la utilizada en este estudio.

5.4. Variables Controladas

Como es sabido, en toda investigación pueden introducirse variables que alteren o modifiquen los resultados.

De ahí, la necesidad de especificar las técnicas de control que serán utilizadas con el propósito de eliminar o neutralizar los efectos que sean fuente de error.

El grupo control, permitirá disminuir los efectos de historia, maduración y efecto regresivo. Es por ello que la terapia tendrá esa duración,

pues cuanto mayor tiempo pase entre las aplicaciones de las pruebas, mayores son los efectos de historia y maduración sobre la variable dependiente. Para disminuir el efecto de Hawthorne en donde los sujetos cambian por el simple hecho de participar en el experimento, no se mencionará a los alumnos - que la escala mide autoconcepto ni que se está evaluando su cambio, de igual forma nunca se les mencionarán las hipótesis del estudio

5.5. Condiciones Experimentales o Ambientales

Todo el estudio se desarrolló en la Facultad de Ingeniería, específicamente en el Centro de Servicios Educativos, el cual se encuentra dividido en cubículos de 2.50 x 3.00 mts. aproximadamente, los cuales contienen dos escritorios y cuatro sillas.

Allí se realizaron las aplicaciones de la prueba (de todos los grupos) y la psicoterapia.

Este centro está ubicado dentro del mismo ambiente educativo donde el alumno habitualmente se desenvuelve y resulta de fácil acceso e identificación para los alumnos, porque está cerca del Centro de Cómputo y de Servicios Escolares, lugares de concurrencia obligada durante su estancia en la Facultad de Ingeniería en Ciudad Universitaria.

5.6. Procedimiento de Evaluación

En este punto será descrito con detalle el procedimiento, mencionando cada uno de los pasos a seguir en el transcurso del estudio, especificando aquello que sea relevante al momento de establecer las manipulaciones experimentales. Indicaré la cantidad de sujetos, las características más importantes de la muestra obtenida, el qué y el cómo se manejaron: la formación y asignación de grupos a las unidades experimentales, las instrucciones dadas a los alumnos, las manipulaciones experimentales específicas y los resultados de los procedimientos de control de variables.

Cabe destacar que todas estas manipulaciones necesitan de una clara descripción y control, puesto que forman parte de la validez y de la confiabilidad del estudio, evaluando la relación entre teoría y práctica.

a) Cantidad de sujetos

Del total de alumnos de la Facultad de Ingeniería, para el semestre 87-I que fueron 12,486, solo 45 recurrieron al servicio de asesoría, ello constituye el 0.30% respecto a la población total.

Tomando los datos del semestre 83-I a la fecha, obtenemos un promedio de 50 alumnos que recurren al servicio de asesoría por semestre.

Anteriormente, el servicio se daba a conocer a los alumnos por medio de la revista de la Facultad "Semanario", folletos y por la plática de "Alternativas" dirigida a los alumnos de nuevo ingreso con el objeto de difundir y promover no solo las asesorías, sino el Centro de Servicios Educativos (CESEFI) y sus funciones en general.

Durante el período en el que se realizó el estudio, no se contó con los apoyos de difusión mencionados y, por otra parte, el período escolar finalizaba; estos elementos provocaron una disminución de los alumnos que solicitan asesoría.

Para obtener a nuestra población, fue necesario que las maestras del Centro difundieran en las "Tutorías" dirigidas a los alumnos de primer semestre, el servicio de Asesoría.

De esta forma, se captaron 10 alumnos que recurrieron a solicitar Asesoría durante los meses de febrero, marzo y abril, correspondientes al semestre 88-I y a 23 sujetos que conformaron el grupo control durante el mismo período y también alumnos de la Facultad de Ingeniería.

b) Descripción de las características más importantes de la muestra obtenida

Con base en el cuestionario (ver Anexo 1) se recabaron los datos generales tanto del grupo control como del grupo experimental cuyos resultados están condensados en las tablas 1 y 2.

A continuación, se describirán las características encontradas en ambos grupos.

TABLA 1

DATOS GENERALES ALUMNOS SOMETIDOS A PSICOTERAPIA

Sexo	Lugar de Nacimiento	Edad	Edo. Civil	No. Hermanos	Lugar que ocupa	Padre	Madre	ESCOLARIDAD* Escuela de procedencia	Promedio	Carrera	Semestre	Promedio	No. Materias acreditadas	Turno	Actividades ** sistemáticas ajenas a F.I.	Ha recibido asesoría anteriormente	Tiempo de haberla recibido	
1	F	Prov	29	S	7	1	2	2	P UNAM	7.5	Industrial	4	6.3	15	Mat	3	Si	4 años
2	M	DF	23	S	5	2	2	4	CCH	8.7	Mecánica	9	8.7	13	Mixto	2	No	-
3	F	DF	19	S	6	5	6	6	CCH	9.4	Eléctrica	1	7	-	Mat	7	No	-
4	M	DF	20	S	11	7	3	4	P UNAM	8	Eléctrica	1	3.5	-	Mat	2	Si	3 años
5	M	DF	39	D	3	4	3	3	BACH	8.2	Civil	1	-	-	Vesp	3,4	No	-
6	M	DF	20	S	1	1	4	4	CCH	7.9	Civil	1	6	-	Mat	2	No	-
7	M	DF	22	S	8	7	3	3	P Part	9.5	Topográfica	3	7.5	4	Mixto	1	Si	6 meses
8	M	DF	23	S	4	1	4	3	P UNAM	8	Computación	2	-	-	Mat	3,7	No	-
9	F	DF	18	S	-	1	5	4	P UNAM	9	Computación	1	4	-	Vesp	2	No	-
10	F	DF	18	S	3	1	5	4	CCH	9.2	Computación	2	-	-	Mat	-	No	-

* ESCOLARIDAD PADRES

1. Analfabeta
2. Primaria Incompleta
3. Primaria Completa
4. Secundaria o equivalente
5. Preparatoria, bachillerato o equivalente
6. Universitaria
7. Maestría, Doctorado, Posgrado o equivalente

** ACTIVIDADES SISTEMATICAS AJENAS AL ESTUDIO EN FACULTAD DE INGENIERIA

1. Sociales
2. Deportivas
3. Laborales
4. Recreativas
5. Culturales
6. Políticas
7. Musicales
8. Académicas
9. Otras

TABLA 2

DATOS GENERALES ALUMNOS SIN TRATAMIENTO

	Sexo	Lugar de Nacimiento	Edad	Edo. Civil	No. Hermanos	Lugar que ocupa	Padre	Madre	ESCOLARIDAD * Escuela de procedencia	Promedio	Carrera	Semestre	Promedio	No. Materias acreditadas	Turno	Actividades ** sistemáticas ajenas a F.I.	Ha recibido asesoría anteriormente	Tiempo de laboría recibido
1	M	DF	25	S	3	3	6	5	P UNAM	8	Computación	10	8	32	Vesp	1,3,8	Si	1 año
2	M	DF	22	S	3	2	5	5	P Part	8	Mecánica	3	8	8	Mat	1-3,7	Si	3 años
3	M	DF	23	S	3	3	7	4	P Part	8.2	Industrial	9	8.5	40	Mat	2	Si	3 años
4	M	DF	24	S	1	1	6	5	P UNAM	7.8	Mecánica	11	7	41	Mixto	-	Si	5 años
5	M	DF	23	S	3	2	6	3	P Part	9.8	Eléctrica	9	9.1	44	Mixto	2,8	No	-
6	M	DF	22	S	6	3	5	4	P UNAM	9	Electrónica	11	7.8	42	Mat	-	No	-
7	M	DF	22	S	2	2	6	4	P Part	9.6	Electrónica	9	7.7	32	Mixto	1,2,7	No	-
8	M	DF	23	S	7	2	6	5	P Part	8.5	Electrónica	9	8.2	34	Mixto	1,2,7	No	-
9	M	DF	22	S	5	1	4	5	P Part	8	Electrónica	9	7.8	35	Mixto	1,3,4,8	No	-
10	M	DF	22	S	1	2	6	4	P Part	9.1	Electrónica	9	7.8	30	Mixto	1-4	No	-
11	M	DF	24	S	5	3	6	5	CCH	8.5	Industrial	9	7.3	43	Mixto	1,4,7	No	-

*ESCOLARIDAD PADRES

1. Analfabeta
2. Primaria Incompleta
3. Primaria completa
4. Secundaria o equivalente
5. Preparatoria, bachillerato o equivalente
6. Universitaria
7. Maestría, Doctorado, Posgrado o Equivalente

**ACTIVIDADES SISTEMATICAS AJENAS AL ESTUDIO EN FACULTAD DE INGENIERIA

1. Sociales
2. Deportivas
3. Laborales
4. Recreativas
5. Culturales
6. Políticos
7. Musicales
8. Académicas
9. Otras

TABLA 2 (CONTINUACION)

DATOS GENERALES ALUMNOS SIN TRATAMIENTO

N.º	Sexo	Lugar de Nacimiento	Edad	Etd. Civil	No. Hermanos	Lugar que ocupa	Padre	Madre	ESCOLARIDAD * Escuela de procedencia	Promedio	Carrera	Semestre	Promedio	No. Materias acreditadas	Turno	Actividades ** sistemáticas ajenas a F.I.	Ha recibido asesoría anteriormente	Tiempo de haberla recibido
12	M	DF	23	S	1	2	6	4	P Part	9.2	Civil	6	8	23	Mat	2,3,8	No	-
13	M	DF	24	S	4	3	6	4	CCH	8	Electrónica	9	7.8	35	Mixto	1,2,4,5,7	No	-
14	M	DF	23	S	1	2	6	5	P Part	7,8	Industrial	6	7.5	27	Mixto	1,2	Si	5 años
15	F	DF	20	S	2	1	6	6	P Part	9.2	Industrial	6	8.2	30	Mat	1,2,4,5,7	No	-
16	M	DF	24	S	3	3	5	5	P Part	9.2	Industrial	7	8.4	25	Mat	-	Si	Continúa
17	M	DF	21	S	-	1	6	6	P Part	8.2	Electrónica	7	7.8	25	Mat	8	No	-
18	F	DF	23	S	1	2	5	6	P Part	7	Computación	8	7.5	40	Mixto	1,3,4	No	-
19	M	DF	20	S	2	1	5	4	P UNAM	8.2	Mecánica	4	9	22	Mat	2,4	No	-
20	M	Prov	21	S	5	1	6	5	P Part	7.9	Mecánica	5	7.7	18	Mat	1,8	No	-
21	M	Prov	26	C	5	1	2	2	CCH	9.6	Geológica	4	8.6	25	Mat	1-8	No	-
22	M	DF	19	S	1	2	5	2	CCH	9.6	Geofísica	3	8.7	12	Mat	2,4,5,8	Si	2 años
23	M	DF	22	S	6	3	6	2	CCH	9.3	Petrolera	3	7.5	10	Mat	2	No	-

*ESCOLARIDAD PADRES

- | | |
|------------------------|---|
| 1. Analfabeta | 4. Secundaria o equivalente |
| 2. Primaria Incompleta | 5. Preparatoria, bachillerato o equivalente |
| 3. Primaria Completa | 6. Universitaria |
| | 7. Maestría, Doctorado, Postgrado o Equivalente |

**ACTIVIDADES SISTEMATICAS AJENAS AL ESTUDIO EN FACULTAD DE INGENIERIA

- | | | |
|---------------|----------------|---------------|
| 1. Sociales | 4. Recreativas | 7. Musicales |
| 2. Deportivas | 5. Culturales | 8. Académicas |
| 3. Laborales | 6. Políticas | 9. Otras |

b.1. Sexo

El sexo predominante en el grupo control fue el masculino, constituyendo el 91.3% de la muestra; siendo el 8.7% para las mujeres.

El sexo masculino también predominó en el grupo experimental, constituyó el 60% mientras que el sexo femenino el 40%. Las diferencias en las proporciones no son significativas.

b.2. Lugar de Nacimiento

Del grupo control 21 sujetos nacieron en el D.F., lo que representa un 91.3% y solo 2 sujetos (8.7%) nacieron en provincia.

El grupo experimental estuvo conformado por 9 sujetos que nacieron en el D.F. (90%) y solamente uno nació en provincia (10%).

b.3. Edad

El promedio de edad fue de 22.43 años para el grupo control, con una desviación estándar de 1.67. En tanto que 23.1 años fue el promedio de edad para el grupo experimental, con una desviación estándar de 6.47. Las diferencias no son significativas con la prueba "t", ya que la t fue de 0.47 y la p de dos colas de .65

b.4. Estado Civil

Veintidos sujetos del grupo control, constituyendo el 95.7% de la muestra eran solteros y el 4.3% representa a un alumno que era casado.

Del grupo experimental 9 sujetos fueron solteros y uno divorciado lo que constituyó el 90% y el 10% respectivamente.

b.5. Número de Hermanos

Para el grupo control, el promedio de hermanos fue de 3.04 con una desviación estándar de 1.99.

El promedio de hermanos del grupo experimental fue de 4.8 con una des-

viación estándar de 3.33.

Siendo 31 los grados de libertad, se obtuvo una t de 1.89 y una p de .08 lo que constituye una tendencia a la significancia.

b.6. Lugar que ocupa

Del grupo control 7 alumnos son primogénitos, 9 ocupan el 2° lugar de nacimiento y 7 el 3°, representando el 30%, 39.1% y 30.4% respectivamente.

Para el grupo experimental 5 sujetos fueron primogénitos representando el 50%, un sujeto ocupó el 2° lugar de nacimiento, otro el 4° lugar y otra persona el 5° representando cada uno un 10%; 2 sujetos ocuparon el 7° lugar representando el 20%.

TABLA 3 LUGAR QUE OCUPAN

Lugar que ocupan	GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL	
	No. Alumnos	%	No. Alumnos	%
1°	7	30.4	5	50
2°	9	39.1	1	10
3°	7	30.4	-	-
4°	-	-	1	10
5°	-	-	1	10
7°	-	-	2	20
TOTAL	23	99.9	10	100

Como se puede observar, el mayor porcentaje del grupo control está representado por alumnos que ocupan el 2° lugar de nacimiento y en el grupo experimental los primogénitos constituyen el porcentaje más elevado.

b.7. Escolaridad Padres

En la tabla 4 se muestra la escolaridad del padre y su porcentaje

TABLA 4 ESCOLARIDAD PADRE

Nivel Académico	GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL	
	No. sujetos	%	No. sujetos	%
Primaria Incompleta	1	4.3	2	20
Primaria Completa	-	-	3	30
Secundaria o Equivalente	1	4.3	2	20
Preparatoria, Bachillerato o equivalente	6	26.1	2	20
Universitaria	14	60.9	1	10
Maestría, Doctorado, Postgrado o equivalente	1	4.3	-	-
TOTAL	23	99.9	10	100

Como podemos apreciar, el porcentaje más elevado respecto a la escolaridad del padre en el grupo control es el de nivel universitario y en el grupo experimental el de primaria completa.

A continuación, en la tabla 5 se mostrará la escolaridad de la madre y su porcentaje para cada grupo.

La tabla 5 nos muestra que el mayor porcentaje en el grupo control con relación a la escolaridad de la madre es el de nivel preparatoria y en el grupo experimental el mayor porcentaje es ocupado por el nivel secundaria.

TABLA 5 ESCOLARIDAD MADRE

Nivel Académico	GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL	
	No. sujetos	%	No. sujetos	%
Primaria Incompleta	3	13	1	10
Primaria Completa	1	4.3	3	30
Secundaria o Equivalente	7	30.4	5	50
Preparatoria, Bachillera to o equivalente	9	39.1	-	-
Universitaria	3	13	1	10
TOTAL	23	99.8	10	100

En relación con las tablas 4 y 5 podemos concluir que el nivel académico del padre es mayor que el nivel académico de la madre para ambos grupos. Pero la escolaridad de ambos padres es mayor en el grupo control que en el grupo experimental.

b.8. Escuela de Procedencia

Como se observa en la tabla 6, la mayoría de los alumnos del grupo control provienen de preparatorias particulares, en segundo término del Colegio de Ciencias y Humanidades y en tercer término de preparatorias de la UNAM

Los alumnos del grupo experimental provienen tanto de preparatorias de la UNAM como del Colegio de Ciencias y Humanidades y posteriormente tanto del Colegio de Bachilleres como de preparatorias particulares.

TABLA 6 ESCUELA DE PROCEDENCIA

Escuela de Procedencia	GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL	
	No. sujetos	%	No. sujetos	%
Preparatoria Particular	14	60.9	1	10
Colegio de Ciencias y Humanidades	5	21.7	4	40
Preparatoria UNAM	4	17.4	4	40
Colegio de Bachilleres	-	-	1	10
TOTAL	23	100	10	100

b.9. Promedio académico obtenido en la escuela de procedencia

El promedio académico obtenido en la escuela de procedencia, fue de 8.35 para el grupo control, con una desviación estándar de .71

Para el grupo experimental el promedio académico de la escuela de procedencia fue de 8.2 con una desviación estándar de .79

El resultado de la prueba t fue de .53 con una $p=.61$ por lo cual se observa que no existen diferencias significativas.

b.10. Carrera cursada en Facultad de Ingeniería

Como se puede apreciar en la tabla 7 las carreras cursadas en el grupo control por orden decreciente, son las de Ingeniería Electrónica, Ingeniería Industrial, Ingeniería Mecánica e Ingeniería en Computación; todas relativas a la División de Ingeniería Mecánica y Eléctrica (DIME); posteriormente las carreras cursadas por un alumno son las de Ingeniería Topográfica e Ingeniería Civil, pertenecientes a la División de Ingeniería Civil, Topográfica y Geodésica (DICTOG); y las de Ingeniería Geológica, Geofísica y Petroliera correspondientes a la División de Ingeniería en Ciencias de la Tierra. (DICTI)

Para el grupo experimental, las carreras cursadas pertenecen en primer término a la DIME y posteriormente a la DICTG.

TABLA 7 CARRERA CURSADA EN FACULTAD DE INGENIERIA

Carrera	GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL	
	No. sujetos	%	No. sujetos	%
Computación	2	8.7	3	30
Mecánica	4	17.4	1	10
Industrial	5	21.7	1	10
Eléctrica	1	4.3	2	20
Electrónica	7	30.4	-	-
Civil	1	4.3	2	20
Topográfica	-	-	1	10
Geológica	1	4.3	-	-
Geofísica	1	4.3	-	-
Petrolera	1	4.3	-	-
TOTAL	23	95.4	10	100

b.11. Semestre

Como observamos en la tabla 8, en el grupo control, el semestre mínimo cursado es el 3° y el máximo el 11°; representa el mayor porcentaje el 9° semestre.

Para el grupo experimental el límite inferior está constituido por el primer semestre, el límite superior por el 9°; ocupando el mayor porcentaje los alumnos que cursan el primer semestre.

TABLA 8 SEMESTRE CURSADO EN FACULTAD DE INGENIERIA

Semestre	GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL	
	No. sujetos	%	No. sujetos	%
1°	-	-	5	50
2°	-	-	2	20
3°	3	13	1	10
4°	2	8.7	1	10
5°	1	4.3	-	-
6°	3	13	-	-
7°	2	8.7	-	-
8°	1	4.3	-	-
9°	8	34.8	1	10
10°	1	4.3	-	-
11°	2	8.7	-	-
TOTAL	23	99.8	10	100

b.12. Promedio académico en Facultad de Ingeniería

El promedio académico en Facultad de Ingeniería para los alumnos que integran el grupo control es de 7.56 con una desviación estándar de .66 mientras que para el grupo experimental el promedio es de 4.1 con una desviación estándar de 3.18; la prueba t arrojó un resultado de 5.08 con una $p < .00001$ lo cual muestra que existen diferencias significativas en ambos grupos.

b.13. Número de materias acreditadas en Facultad de Ingeniería

El promedio de materias acreditadas fue de 29.26 para el grupo control con una desviación estándar de 10.53; para el grupo experimental, el promedio de materias acreditadas fue de 3.2 con una desviación estándar de 5.85. El resultado de la prueba t fue de 7.31 con una $p < .00001$ lo cual constituye una diferencia bastante significativa entre ambos grupos.

b.14. Turno

En el grupo control hubo solo un alumno con turno vespertino, 12 con turno matutino y 10 con turno mixto.

En el grupo experimental hubo dos alumnos con turno vespertino, 6 con turno matutino y 2 con turno mixto.

b.15. Actividades sistemáticas ajenas a Facultad de Ingeniería

En las tablas 1 y 2 se pueden apreciar las diferencias cualitativas de las actividades de los sujetos de ambos grupos.

Pero fueron las diferencias cuantitativas las que se tomaron en cuenta para un análisis estadístico, esto es, solo se contempló el total de actividades.

El promedio de actividades para el grupo control fue de 2.35 con una desviación estándar de 1.43 mientras que para el grupo experimental el promedio fue de 1.1 con una desviación estándar de .57. La prueba t fue de 2.64 con una $p < .0127$ lo cual constituye una diferencia significativa entre ambos grupos.

Los alumnos del grupo control realizan mayor número de actividades que los alumnos que solicitaron tratamiento.

b.16. Alumnos que han recibido asesoría anteriormente

Por asesoría entendemos la consulta a un especialista con fines desde orientación vocacional hasta psicoanálisis. Lo que nos interesaba saber en este rubro es si los participantes han recibido asesoría fuera de la Facultad de Ingeniería.

Del grupo control 7 sujetos han recibido Asesoría y 16 nunca la han recibido, ello conforma el 30.4% y el 69.6% respectivamente.

Del 30.4% de sujetos que han recibido asesoría solo uno continúa, representando el 4.3% respecto a los que antes recibieron tratamiento que constituyen el 26.1%.

Del grupo experimental 7 alumnos nunca han recibido asesoría, lo que constituye el 70% y 3 si se han sometido a tratamiento, representado el 30%.

Todos los sujetos sometidos previamente a tratamiento lo habían finalizado tiempo antes de acudir al servicio de Facultad de Ingeniería y se trataba, generalmente, de orientación vocacional, servicio que les habían brindado en la escuela de procedencia.

b.17. Problemática detectada en los alumnos del grupo experimental

Aquí analizaremos algunos problemas de los alumnos sometidos a psicoterapia mismos que coinciden con los obtenidos a través de asesorías pedagógicas, y de la plática "Alternativas" dirigida a los alumnos de primer semestre.

La problemática planteada por los alumnos, difiere en la mayoría de los casos con la captada por el asesor; los problemas detectados han sido divididos en áreas como son: académica, social y económica y psicológica. Para las dos primeras áreas tomaré el estudio de Hano Roa (59) realizado en el Centro de Servicios Educativos de la Facultad de Ingeniería.

En lo que concierne al área psicológica, aunque me baso en el estudio mencionado, hago un resumen de lo que a mi juicio constituye el "diagnóstico general" de los alumnos que recurrieron al servicio de asesoría durante la realización del presente estudio.

ACADEMICA

- . Deficiencia de conocimientos antecedentes
- . Deficiencias en su método de estudio dadas por: predominio de la memoria sobre el razonamiento, omisión de pasos importantes en sus técnicas de estudio, falta de objetivos, falta de concentración
- . Desorganización tanto de actividades como de cosas
- . Ausencia de hábitos de estudio
- . Confusión respecto a la jerarquización de sus metas y objetivos
- . Falta de información para la eficaz elección de su carrera
- . Abandono temporal de los estudios (de 1 semestre a 3 años)

SOCIAL Y ECONOMICA

- . Con excepción de los sujetos 1 y 5 (ver tabla) quienes necesitan trabajar para mantenerse, todos los demás individuos eran hijos de familia y no necesitaban trabajar por el momento.
- . Presentaban incapacidad para relacionarse con sus compañeros, maestros, amigos y novia/o o bien, no sabían de qué manera relacionarse ni de qué platicar, sintiendo que los comentarios propios no eran -- tan importantes.
- . La relación con su familia era poco profunda y en muchas ocasiones, los padres desconocían sus problemas tanto escolares como emociona-- les.
- . Culpaban al principio, a todas las demás personas de su situación o bien, sentían que no servían para nada y que no tenían derecho a ser escuchados y queridos por quienes en un principio culpaban.

PSICOLOGICAS

- . Deficiente capacidad de autocrítica
- . Consideración negativa respecto a sí mismo
- . Idealización exagerada de lo que es ser Ingeniero
- . Sentimientos de minusvalía
- . Anulación del yo, otorgando mayor crédito a críticas externas
- . Conflictos entre sus expectativas con sus gustos, habilidades y aptitudes.
- . Sentimientos de soledad y angustia

Por lo visto hasta aquí, parece que el diagnóstico corresponde al de una depresión reactiva, lo cual no excluye una personalidad neurótica de base y en cierto modo tampoco una neurosis infantil que es reactivada por experiencias estresantes.

Estos accesos depresivos sobrevienen generalmente tras experiencias vividas como frustrantes: decepciones, duelos, pérdidas de aprecio, abandono, etc., o también en todas las situaciones que hacen surgir un sentimiento de

inseguridad más o menos repirmido y hasta entonces bien compensado. Esquemáticamente, la frustración engendra agresividad, la cual, a su vez, engendra culpabilidad, el miedo a perder la estimación y el afecto de los otros y finalmente, la agresividad tiende a resolverse contra el sujeto mismo.

El término de depresión reactiva debe aplicarse a una depresión ligada estrechamente a un acontecimiento doloroso, pero de una intensidad y duración que no está proporcionada al acontecimiento.

"Esta depresión sobreviene en individuos frágiles, faltos de confianza en sí mismos, poco expansivos, demasiado escrupulosos, generalmente pasivos y asténicos que poseen desde su juventud una sensibilidad anormal y de un hábito leptosomático claramente predominante, contrariamente al tipo y a la constitución del maniaco depresivo ... El traumatismo psicológico no es sino la causa desencadenante aparente, va unida a condiciones de vida y a un modo de existencia desempeñando un papel esencial" (60).

Además de la depresión reactiva, patología predominante en los alumnos que solicitaron asesoría, solo se presentó un caso de depresión ansiosa con somatización.

c) Formación y asignación de grupos a las unidades experimentales

El grupo experimental fue constituido por 10 sujetos que solicitaron asesoría durante los meses de febrero a finales de abril de 1988.

Conforme recurrían al servicio, llegaban con la secretaria y ella les daba cita con la terapeuta.

El grupo control fue conformado por 8 alumnos que realizaban su servicio social en el CESEFI, 4 eran alumnos-trabajadores de la Facultad los que están relacionados con el centro, 7 de los sujetos eran amigos de los alumnos del servicio social y de los trabajadores-alumnos, y, como se indicó anteriormente, 4 alumnos tomaban clase de redacción, se fue al grupo para pedirles su participación.

d) Instrucciones dadas a los participantes

Las instrucciones dadas a los participantes forman parte de la confiabilidad del instrumento y del estudio en general, un mal manejo de ellas, fo-

menta la introducción de variables extrañas que alteran los resultados.

En el caso de la terapia centrada en el cliente, cuando el alumno terminaba de exponer la problemática que lo hizo recurrir al servicio, el asesor elaboraba un resumen breve con el objeto de: primero, que el alumno se sintiera escuchado y segundo, corroborar lo dicho por él.

Una vez que el alumno confirmaba lo expresado por el asesor, éste efectuaba el "contrato" con el alumno en donde se le indicaba la necesidad de continuar las entrevistas con el objeto de ir esclareciendo todos los conflictos que se habían mencionado, explicándole la necesidad de asistir, pues así como el problema necesitó tiempo para convertirse en tal, del mismo modo llevaría tiempo el resolverlo, se le indicó que el tratamiento duraría 6 sesiones aproximadamente, siendo una por semana y con una duración de 45 a 50 minutos.

A continuación, se les dijo acerca de la realización de un estudio que pretendía la evaluación del servicio de Asesoría, el cual nos permitiría observar los fallos y logros del servicio y que por tal motivo pedíamos su cooperación.

Para tal fin, era necesario que llenaran un cuestionario en ese momento y 6 semanas después, hubieran o no terminado el tratamiento.

Así mismo, se les dijo que era necesario, dieran algunos datos generales.

Con respecto a los alumnos del grupo control se les pidió su cooperación para un estudio de la asesoría impartida en el CESEFI, como generalmente desconocían este servicio, se les comentaba acerca de él y se les daban las mismas instrucciones que a los alumnos del grupo experimental.

Creo que es importante señalar que los alumnos que solicitaron el servicio, después de la primera entrevista llegaban con una actitud un tanto escéptica hacia lo que la plática les pudiera redituara, demandaban "recetas" para solucionar sus problemas de manera rápida y eficaz.

e) Manipulaciones experimentales específicas

El tamaño de la muestra es reducido por las características del estudio y la poca solicitud del servicio por parte del alumnado por ello, los resultados no podrán ser generalizados ya no a los alumnos de la Facultad de Ingeniería sino que ni siquiera a los alumnos que solicitan asesoría.

Respecto a las manipulaciones experimentales específicas, se procuró seguir los lineamientos de una entrevista no directiva cuyo principal objetivo fue la liberación de los sentimientos del alumno; sus principales características son: escuchar el discurso emotivo, no dar consejos ni consideraciones moralistas y no discutir.

La postura del asesor fue pasiva y receptiva, el que más hablaba era el alumno (por cierto, en un principio les desconcertaba ésta actitud ya que esperaban que al recurrir con el "experto", éste les diría lo que tenían que hacer), la atención se dirigió hacia la persona y no hacia el problema.

Como Rogers indica, ello no garantiza una entrevista no directiva pero se dió especial importancia a la captación intuitiva, no a los síntomas ni a las confrontaciones, se pretendía que el alumno vislumbrara su situación para que de ahí tomara una conducta resolutive.

A los alumnos del grupo control siempre se les dijo que el objetivo de su participación y del estudio en general era el de evaluar el servicio de asesoría psicopedagógica impartido en la Facultad de Ingeniería.

Cuando preguntaban, generalmente en la segunda aplicación del cuestionario, acerca de su desempeño en la primera aplicación haciendo alusión a su salud mental, se les informaba que las puntuaciones obtenidas serían tratadas de manera estadística esto es, que se trataba de obtener un perfil numérico de los alumnos no interesados en recurrir a psicoterapia y de aquellos sujetos que solicitaban el servicio y así poder comparar las puntuaciones globales más no perfiles psicológicos propiamente dichos.

CAPITULO 6 ANALISIS DE RESULTADOS

En este capítulo se hablará de las pruebas estadísticas utilizadas para el análisis de resultados, posteriormente con base en los resultados arrojados por las pruebas se aceptarán o rechazarán las hipótesis propuestas y finalmente se abordará el tema de las limitaciones del presente estudio terminando con algunas sugerencias y recomendaciones para futuras investigaciones.

6.1. Pruebas Estadísticas Utilizadas

Las pruebas estadísticas utilizadas para el análisis de resultados fueron: el análisis de varianza, la correlación de rango de Spearman y la prueba "t" no pareada.

Para todas las pruebas empleadas se utilizó un nivel de significancia de .05 y en la prueba t se recurrió a los valores de una y dos colas como se mostrará más adelante.

El autoconcepto, variable dependiente, fue medido en una escala ordinal o de rango cuya característica es la de no tener ni cero absoluto ni intervalos iguales.

La escala en cuestión contiene las relaciones de equivalencia y la de "mayor que".

La escala ordinal es la segunda dentro de los cuatro niveles de medición que son: el nominal, ordinal, de intervalo y de razón o proporción.

A la escala ordinal o de rango pueden aplicarse pruebas estadísticas de orden o de rango como el coeficiente de correlación de Kendall o el de Spearman, análisis de varianza, medianas y percentiles que utilizan el orden por rangos.

El único requisito de aplicación de las medidas señaladas es que los puntajes tengan una distribución continua; en nuestro estudio, el autoconcepto es un buen ejemplo de variable continua dado que no está restringido a tomar valores aislados. Puede tomar cualquier valor en el intervalo.

Por todas las razones señaladas así como por el tipo de escala se procedió al empleo de las pruebas estadísticas mencionadas.

A continuación se describirán brevemente cada una de las pruebas utilizadas, con el objeto de tener un panorama más amplio en el análisis de resultados.

6.1.1. Análisis de Varianza

El análisis de varianza nos permite conocer la proporción en que la variable independiente contribuye a la varianza de la variable dependiente, sometiendo a verificación las hipótesis estadísticas sobre la significancia de las diferencias entre muestras. Su fórmula es (57):

$$V = \frac{\sum (x - \bar{x})^2}{n-1}$$

en donde:

Vt= varianza total

La varianza puede subdividirse en varianza intergrupos y varianza intra grupos. La primera es un término que cubre todos los casos de diferencias sistemáticas entre los grupos tanto de tipo experimental como no experimental. Y la segunda es aquella que cubre los casos de diferencias sistemáticas entre la preprueba y la postprueba.

6.1.2. Correlación de rango de Spearman

La correlación de rango de Spearman es una prueba no paramétrica que pide como requisito ser utilizada en una escala ordinal y en series ordenadas de individuos en donde intervengan dos variables. La fórmula es (61):

$$r = \frac{\sum xy}{\sqrt{\sum x^2 \sum y^2}}$$

6.1.3. La prueba t no pareada

La prueba t no pareada es una prueba paramétrica y para su elaboración es necesario conocer el estimador ponderado de la varianza de las poblaciones y la comparación de medias. La fórmula es (62).

$$t_0 = \frac{\bar{x} - \bar{y} - \delta_0}{\sqrt{S_p^2 \left(\frac{1}{n} + \frac{1}{m} \right)}}$$

donde:

$\delta_0 = \mu_x - \mu_y$ comparación de medias

S_p^2 = estimador ponderado de varianza

Como podemos apreciar, todas las pruebas estadísticas utilizadas fueron no paramétricas, con excepción de la prueba t.

Con respecto a la utilización de pruebas paramétricas en poblaciones cuya naturaleza y método de muestreo no sean los indicados. Siegel sugiere que el escoger una prueba paramétrica como t o F es una elección excelente por que la prueba paramétrica será más poderosa para rechazar H_0 cuando debe ser rechazada (61).

Por otra parte, no hay acuerdo en cuanto a que las pruebas paramétricas aplicadas a muestras carentes de una distribución normal, cuya medida no sea tan fuerte como en la escala de intervalo o cuya varianza no sea igual, produzcan efectos radicales.

Kerlinger (57) al respecto de las deformaciones causadas al tratar las mediciones ordinales como si fuesen mediciones por intervalos adopta un punto de vista pragmático al sostener que si bien podemos errar al interpretar los datos y al inferir las relaciones en base a ellos, el error puede no ser tan grave.

Por las razones señaladas se utilizó la prueba t paramétrica dado que no se ha comprobado que cause algún impacto severo en los resultados.

6.2. Análisis de Resultados

En este apartado se analizarán los resultados arrojados por las pruebas estadísticas, ello permitirá aceptar o rechazar las hipótesis propuestas.

Con fines de redacción y con el objeto de obtener una mayor claridad, igual que en el rubro correspondiente a "Características más importantes de la muestra obtenida" visto en el capítulo anterior, se emplearán tablas de concentración para observar los resultados y a partir de ahí y de acuerdo con la significatividad arrojada por la prueba estadística, se aceptan o rechazan las hipótesis.

El análisis estadístico fue hecho en computadora utilizando el programa "Tadpole (Bicoaft)".

Los datos se obtuvieron de la aplicación de la escala de autoconcepto de la Rosa a 23 alumnos de la Facultad de Ingeniería a quienes no se les sometió a tratamiento (ver anexo 3) y de 10 alumnos, también de la Facultad de Ingeniería, que solicitaron el servicio de asesoría (ver anexo 4); a los dos grupos conformados se les aplicó la misma escala 6 semanas después (ver anexo 5 y 6). Posteriormente, se procedió al análisis estadístico descriptivo de esos datos (promedio y desviación estándar) cuyos resultados pueden apreciarse en la tabla 9.

Para obtener las diferencias intergrupos e intragrupos se utilizó el análisis de varianza y solo cuando arrojaba una diferencia significativa, se procedió al empleo de la prueba "t". El nivel de significancia empleado fue de .05

Se encontró, en el análisis de varianza un efecto significativo del grupo en las áreas de iniciativa y emocional, como puede apreciarse en la tabla 10.

No se encontró diferencia significativa alguna, contrariamente a la observación anterior, en el análisis de varianza entre la preprueba y la postprueba, esto puede apreciarse en la tabla 11.

A continuación, y con base en las diferencias significativas, señaladas por el ANOVA, se procedió a la aplicación de la prueba "t" con el objeto de localizar si la fuente de las diferencias se encontraba entre los grupos en cada una de las condiciones temporales.

Los resultados de la prueba "t" se muestran en las tablas 12 y 13.

TABLA 9

PUNTAJES TOTALES Y POR DIMENSION EN LA ESCALA DE AUTOCONCEPTO
ANTES Y DESPUES DE LA MANIOBRA

GRUPO (n)	CONDICION	MEDIDA	TOTAL GLOBAL	TOTAL AREAS	AE	AS	AI	AO	AEm
EXPERIMENTAL (10)	PREPRUEBA	\bar{x}	262.3	228.7	20	74	22.6	26.5	86.7
		$\pm S$	20.9	18.1	3.5	6.7	4.8	6.3	9.1
	POSTPRUEBA	\bar{x}	259.3	225.9	19.8	72	23.8	25.7	81.4
		$\pm S$	19.1	15.2	3.2	6.8	4.5	5.9	19.6
CONTROL (23)	PREPRUEBA	\bar{x}	268.4	231.7	19	72.5	26.3	23.1	90.2
		$\pm S$	17.1	17.2	2.6	7.5	3.3	4.7	10
	POSTPRUEBA	\bar{x}	270.3	232.3	19.4	72.4	27.9	22.7	90
		$\pm S$	13.2	13.2	3.6	6.8	3.6	5.1	7.8

\bar{x} = promedio $\pm S$ = desviación estándar AE = área ética AS = área social AI = área de iniciativa
AO = área ocupacional AEm = área emocional

TABLA 10

ANALISIS DE VARIANZA EFECTO DEL GRUPO

	A ETICA	A SOCIAL	A INICIATIVA	A OCUPACIONAL	A EMOCIONAL	TOTAL AREAS	TOTAL GLOBAL
F	.287	0.06	14.38	3.40	4.03	1.24	3.62
p	.59	0.79	0.0006*	0.066	0.0462*	0.26	.058**

TABLA 11

ANALISIS DE VARIANZA EFECTO DE LA MANIOBRA (PREPRUEBA-POSTPRUEBA)

	A ETICA	A SOCIAL	A INICIATIVA	A OCUPACIONAL	A EMOCIONAL	TOTAL AREAS	TOTAL GLOBAL
F	0.01	0.13	2.26	0.03	0.40	0.009	.010
p	0.87	0.71	0.13	0.83	0.53	0.88	.880

p= nivel de significancia F= razón de la varianza entre grupos/varianza total

*= significativo a nivel de significancia .05 **p<0.1

TABLA 12

DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS POR DIMENSIONES EN LA PREPRUEBA

		AREA INICIATIVA	AREA OCUPACIONAL	AREA EMOCIONAL
GRUPO 1	\bar{x}	26.34	23.13	90.17
	S	3.33	4.72	10.026
GRUPO 2	\bar{x}	22.60	25.50	86.70
	S	4.81	7.12	9.06
p		0.0146*	0.2827	0.3708

TABLA 13

DIFERENCIAS ENTRE GRUPOS POR DIMENSIONES EN LA POSTPRUEBA

		AREA INICIATIVA	AREA OCUPACIONAL	AREA EMOCIONAL
GRUPO 1	\bar{x}	27.87	22.69	89.95
	S	3.59	5.12	7.75
GRUPO 2	\bar{x}	23.80	25.70	81.40
	S	4.46	5.85	19.63
p		0.0092*	0.1612	0.0895

\bar{x} = promedio S= desviación estándar GRUPO 1= grupo control GRUPO 2= grupo experimental

* significativo a nivel de significancia .05

Con base en las tablas 12 y 13 se observa que existe una diferencia significativa entre los grupos en la preprueba en el área de iniciativa; diferencia que se conservó en la postprueba lo cual nos permite aceptar la hipótesis 10 que hace mención a la diferencia en el área de iniciativa de ambos grupos.

Por otra parte, se rechaza la hipótesis 2 que menciona la modificación del autoconcepto en los alumnos del grupo control. Por lo visto hasta ahora se puede decir: que existió una diferencia significativa en el área de iniciativa entre los grupos, diferencia que ya estaba dada desde el inicio de la investigación. Dado que no hubo diferencias significativas entre la preprueba y la postprueba, es evidente que ni la terapia ni el paso del tiempo (6 semanas) tienen algún efecto sobre el autoconcepto. Por ello se rechaza la hipótesis 3 que alude a la igualdad de los puntajes del autoconcepto entre los grupos.

Así mismo, se rechaza la hipótesis 1 subrayando el hecho de que el autoconcepto global del alumno que recibe psicoterapia no se modifica.

Por otra parte, se correlacionaron las variables: número de actividades, lugar de nacimiento, escolaridad del padre y promedio escolar con el autoconcepto global y/o con algunas de sus áreas específicas en la preprueba. Se utilizó la correlación por rangos de Spearman, ello puede apreciarse en la tabla 14.

Como se observa en la mencionada tabla 14, se encontró una correlación baja pero significativa entre el número de actividades y el puntaje total en la escala de autoconcepto por lo cual se acepta la hipótesis 5 que señala que existe una relación positiva entre autoconcepto y número de actividades.

Esta correlación estuvo presente en el grupo control mientras que en el grupo experimental no existió.

Además, se encontró una correlación positiva entre el promedio escolar y el área ocupacional en el grupo experimental, por lo que se acepta la hipótesis 8 respecto a la relación entre el promedio escolar y el autoconcepto ocupacional.

Por ser las únicas correlaciones significativas, se rechazan las hipótesis 6 y 7 referentes a la relación entre la escolaridad del padre y el autoconcepto ocupacional y global.

De igual forma, se rechaza que exista alguna relación entre el número de hermanos y el autoconcepto social, señalada en la hipótesis 9.

TABLA 14

CORRELACION ENTRE VARIABLES DEMOGRAFICAS Y ALGUNAS DIMENSIONES DEL AUTOCONCEPTO
EN LA PREPRUEBA

VARIABLES DEMOGRAFICAS	AREA DEL AUTOCONCEPTO	GRUPO CONTROL		GRUPO EXPERIMENTAL	
		r	p	r	p
NUMERO DE ACTIVIDADES	VS A GLOBAL	0.37	0.049*	0.01	0.486
ESCOLARIDAD PADRE	A SOCIAL	0.27	0.11	-0.12	-
	VS A OCUPACIONAL	0.12	0.30	-0.43	0.14
	A GLOBAL	0.18	0.35	-0.22	0.29
PROMEDIO ESCOLAR F.I.	VS A GLOBAL	0.09	0.33	-0.12	-
PROMEDIO ESCOLAR	A OCUPACIONAL	0.05	0.40	-0.65	-
	VS A ETICA	0.10	0.32	-0.70	-
	A GLOBAL	0.05	0.41	-0.164	-
NUMERO HERMANOS	VS A SOCIAL	0.01	0.32	-0.30	-

r = correlación de rangos de Spearman

p = probabilidad de que ρ sea = 0

* = significativo

Por otra parte, la prueba "t" de dos colas no indicó que existan diferencias significativas en el autoconcepto global entre los alumnos primogénitos y los no primogénitos pues la prueba arrojó una $p=0.4001$, lo cual nos obliga a rechazar la hipótesis 4.

6.3. Discusión

Es evidente que a pesar del esfuerzo realizado por conformar a los grupos lo más semejante posible, existieron diferencias significativas entre ellos. La escolaridad de los padres fue superior en el grupo control, lo mismo sucedió con el número de actividades extraescolares, con el promedio escolar obtenido en los estudios de licenciatura y con el número de materias acreditadas en la Facultad de Ingeniería.

Estas tres últimas diferencias de alguna manera se esperaban puesto que el Centro de Servicios Educativos (CESEFI) tiene como función ayudar al alumno con problemas académicos por lo que resulta comprensible que fueran este tipo de alumnos los que solicitaran asesoría.

Sin embargo, cabe resaltar que, a pesar de las desigualdades ya mencionadas no se encontraron diferencias significativas respecto a los puntajes totales del autoconcepto tanto en la preprueba como en la postprueba, aunque existió una tendencia a la significancia ($p=0.058$); a excepción del área de iniciativa la cual favoreció a los alumnos del grupo control; tanto en la primera como en la segunda aplicación.

Aunque los alumnos del grupo experimental se encontraban en desventaja, académicamente hablando, con respecto al grupo control y aún cuando tenían así mismo, menos actividades extraescolares que aquél, mostraron puntajes similares en el autoconcepto. Esto puede deberse al hecho de que en el grupo experimental el 50% eran primogénitos. A pesar de que no se encontró una correlación significativa entre autoconcepto y lugar de nacimiento, la manera en que se conformaron los grupos pudo haber causado cierta varianza de error. Cabría preguntarse si en un muestreo aleatorio y representativo de los alumnos con características escolares poco favorables, como las del grupo experimental, y no-primogénitos, mostrarían puntajes similares a los obtenidos en nuestro estudio por el grupo en cuestión.

Una explicación tentativa acerca de la ausencia de efecto de la asesoría sería el poco tiempo transcurrido entre la preprueba y la postprueba. Si jun

to con Shavelson (ver p. 16) creemos que el autoconcepto es una estructura ordenada, jerárquica, estable y multifacética, estamos ante el dilema planteado por Marsh (ver p. 14) para quien desde el punto de vista de la medición resulta conveniente que el autoconcepto sea una estructura estable y en cambio, para evaluar una intervención terapéutica éste deberá ser modificable.

En este sentido, la crisis que el individuo tenga al confrontar sus ideales con sus logros reales lo moviliza a revisar su autoconcepto y a solicitar ayuda, sin embargo, esto no implica que la crisis modifique su autoconcepto.

Continuando en la misma línea de pensamiento, resulta difícil suponer entonces, que la psicoterapia provoque cambios sustanciales en la estructura del autoconcepto aunque quizá sí repercuta en ciertas conductas específicas.

Resultaría interesante observar en un seguimiento si los alumnos sometidos a terapia aumentan el número de actividades extraescolares una vez superado el conflicto académico manifestado. Puesto que a medida que un área específica del autoconcepto resulta gratificada, en términos de congruencia entre el yo pensado idealmente y el yo ejecutor, el individuo tiende a expandir su yo a otras esferas que con la confianza basada en sus logros anteriores infunde hacia sus nuevas actividades. En palabras de Rogers, diríamos que el yo se torna más espontáneo y accesible, con menos defensividad y abierto a nuevas experiencias, toda vez que se reducen las discrepancias entre el yo ideal y el yo.

En este sentido, resulta comprensible que existan diferencias basales en el área de iniciativa, pues esta escala hace referencia a una característica de la personalidad aplicable al estilo como el individuo desempeña sus actividades u ocupación.

Por otra parte, las puntuaciones similares en el autoconcepto, a pesar de las diferencias en la situación escolar, pueden deberse al tamaño de la muestra la cual fue muy reducida como para permitirnos apreciar alguna diferencia en el autoconcepto entre los grupos.

Antes de terminar, cabría resaltar que las diferencias mencionadas entre los grupos tales como escolaridad de los padres y escuela de procedencia indicarían un mejor nivel económico de los alumnos que conforman el grupo control.

Con respecto a la relación entre nivel económico y autoconcepto, no se

ha encontrado una relación ni concluyente ni satisfactoria que indique que el nivel económico sea una variable que modifique sustancialmente el autoconcepto (ver Strong y Bugental pp. 19 y 20).

La revisión que la persona hace de su autoconcepto sobreviene toda vez que ésta se encuentra en un estado de incongruencia entre su yo y su campo perceptual. En esta incongruencia o disonancia cognoscitiva pueden, efectivamente, encontrarse factores económicos que coadyuven al mantenimiento del estado de incongruencia o a la modificación del autoconcepto, sin embargo, no puede decirse que el factor económico, tomado de manera aislada, sea causa de la modificación del autoconcepto así como tampoco puede sostenerse que el nivel económico determine un autoconcepto alto o bajo ni la consiguiente adaptabilidad social y emocional del individuo.

Por ello, el que existan índices que revelen la diferencia económica entre los grupos no puede ni explicar ni correlacionarse con las pocas diferencias que en el puntaje de autoconcepto hubo.

6.4. Alcances y Limitaciones

Con base en la "Discusión", en este rubro se expondrán los alcances y limitaciones relativas al diseño, al tipo de investigación, a la situación terapéutica, a la muestra y al autoconcepto dadas en el presente estudio.

6.4.1. Diseño

Como se muestra en el diseño de investigación (p. 70), los sujetos no se asignaron aleatoriamente a los grupos de tratamiento y por ello existen deficiencias en la homogeneidad entre los grupos en las variables extrañas.

Sin embargo, todos los alumnos que participaron en la investigación pertenecen a la Facultad de Ingeniería, lo cual ayuda, en pequeña medida, a contrarrestar los defectos de la no aleatorización.

6.4.2. Tipo de Investigación

Nuestra investigación corresponde a una investigación experimental, y más específicamente a un experimento de campo.

El experimento de campo es un estudio en una situación real, donde una o más variables independientes son manipuladas por el experimentador en este caso, fue la psicoterapia.

Las desventajas de este tipo de investigación son: la posibilidad de que la variable independiente se contamine por variables ambientales que escapan de nuestro control. Esto se hace patente por la imposibilidad de apartar a los sujetos de ambos grupos de su medio ambiente, el cual puede contener variables que influyan no solo en la terapia, sino también, en el autoconcepto.

Las ventajas que este tipo de investigación ofrece es que las variables tienen un efecto más potente contrarrestando las desviaciones de la situación experimental. Otra ventaja es la adecuación para estudiar influencias sociales complejas, los procesos y los cambios sociales en las situaciones de la vida real.

Los experimentos de campo se adaptan perfectamente a la comprobación de teorías y a la solución de problemas prácticos (57).

6.4.3. Situación terapéutica

Con respecto a la situación terapéutica, Pérez Gómez (56) señala que la evaluación en psicoterapia con un intervalo muy corto a partir de la finalización de la intervención terapéutica se corre el riesgo de obtener un cuadro incompleto de la situación, pero si el período de tiempo es largo, otros factores pueden interferir y contaminar los resultados.

En síntesis, no hay al respecto, ningún criterio válido.

Otra limitación en lo que a situación se refiere es a la imposibilidad de que otros terapeutas participaran, ello enriquecería no solo el estudio, sino también, permitiría comparaciones entre los terapeutas para descartar las variables intercurrentes que la personalidad del terapeuta introduce.

6.4.4. Muestra

El tamaño de la muestra y su asignación no aleatoria constituyen una limitación severa en cuanto a la validez del estudio y a la generalización de sus resultados se refiere.

La asignación no aleatoria de los tratamientos en los grupos, introduce una varianza sistemática de error. Esto es, los grupos serán diferentes y es ésta diferencia la que pudiera actuar decididamente sobre la variable dependiente lo cual repercute en la validez del estudio.

Debido al tamaño de la muestra se presentan dos dificultades, la primera es que en el análisis estadístico, se tenía el 70% de probabilidad de no encontrar diferencias significativas.

La segunda dificultad estriba en que nuestros resultados no pueden generalizarse, se limitan a los alumnos que recurrieron a psicoterapia y a los alumnos del grupo control.

6.4.5. Autoconcepto

El constructo de autoconcepto representa un grave problema respecto a la validez. Como se observó en los capítulos 1 y 3, se ha cuestionado la confiabilidad y la validez de las escalas, presuponiendo al sujeto incapaz de autodefinirse al operar en él factores inconscientes.

Y, por otra parte, existe gran controversia acerca de la estabilidad/ inestabilidad del autoconcepto. Si aceptamos de acuerdo con Shavelson (ver p. 16) que el autoconcepto es una entidad relativamente estable de la personalidad, no podemos esperar que en 6 semanas el autoconcepto se modifique, pero si se dedica, en cambio, demasiado tiempo a la psicoterapia, puede ocurrir que la modificación se deba al tiempo y no al tratamiento. En este sentido, no existe consenso en cuanto a la duración de la terapia ni a la modificación del autoconcepto.

6.5. Sugerencias y Recomendaciones

Para investigaciones futuras sean sobre autoconcepto, sobre psicoterapia o ambas, se sugiere la utilización de una muestra más grande y en el caso de que se pretenda determinar la utilidad de una maniobra terapéutica ésta se asigne de manera aleatoria.

Resultaría también oportuno recurrir a otro tipo de diseño en donde inter vengan más de dos grupos con el fin de obtener más puntos de comparación para poder definir las características de los sujetos que recurren a terapia como por ejemplo en los estudios de Rogers mencionados en el capítulo 3.

Con un panorama más amplio de los motivos y características iniciales de las personas sometidas a psicoterapia quizá sea factible detectar con mayor precisión los cambios debidos al tratamiento y aquellos generados por el tiempo o por el desarrollo del individuo.

Así mismo, sería conveniente el contraste entre diferentes tipos de tratamientos con el fin de conocer la eficacia de los métodos pero sobre diversas variables dependientes efectuando un seguimiento para poder relacionar las causas que motivan el solicitar psicoterapia con las repercusiones de ésta en la vida del paciente.

B I B L I O G R A F I A

1. MUELLER, F.L. Historia de la psicología. FCE. México, 1976
2. ALLPORT W.G. La personalidad. Su configuración y desarrollo. Editorial Herder. Barcelona, 1977
3. WELLS I.E. Self-Esteem: its conceptualization and measurement. Sage Publications, Inc. Beverly Hills. California, 1976
4. RODRIGUEZ-ESTRADA, M. et al. Autoestima: clave del éxito personal. Manual Moderno. Serie Capacitación Integral. México, 1985
5. WYLIE C.R. Self-concept. A review of methodological considerations and measuring instruments. University of Nebraska Press, 1974 Vol. 1
6. PADILLA-OLIVARES M.C. Relación que existe entre el desempeño académico y la congruencia entre el autoconcepto del yo y el autoconcepto del yo ideal. Tesis licenciatura en Psicología. Universidad Iberoamericana. México, 1979
7. VITE-SAN PEDRO S.G. Autoestima de madres con trabajo doméstico y trabajo remunerado. Tesis de maestría en Psicología Social. Facultad de Psicología. UNAM. México, 1986
8. HALL, C.S. y GARDNER L. Teoría del sí mismo y la personalidad. Editorial Paidós. México, 1984. 1a. edición
9. EPSTEIN, S. The self concept revisited. En American Psychologist 28(5): 404-416. 1973

10. NAVA-HERNANDEZ, A.F. El autoconcepto en esquizofrénicos. Tesis de licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM. México, 1986
11. VAZQUEZ, P. El autoconcepto en adolescentes hijos de madre soltera y hogar integrado. Tesis de licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM. México, 1983
12. HILGARD, E.R. Human motives and the concept of the self. In American Psychologist (4): 374-382, 1949
13. CARUSO, A.I. Narcisismo y Socialización. Fundamentos Psicogenéticos de la conducta social. Siglo XXI. México, 1987
14. SCHWARZER, R. (Ed.) Introducción. En The self in anxiety, stress and depression. Free University of Berlín. Berlín, 1984
15. ROGERS R.C. Some observations on the organization of the Personality. En American Psychologist 2(9):358-368, 1947
16. LA ROSA, J. Escalas de locus de control y autoconcepto: construcción y validación. Tesis de doctorado en Psicología Social. Facultad de Psicología. UNAM. México, 1986
17. COFER, N.C. y APPLEY, M.H. Psicología de la motivación. Teoría e Investigación. Ed. Trillas. México, 1979
18. SHAVELSON, R.J. et al. Self-concept: validation of construct interpretations. En Review of Educational Research 46:497-411, 1976
19. MARSH, W.H. et al. Self-concept: reliability, stability, dimensionality, validity and the measurement of change. En Journal of Educational Psychology 75(3): 772-790, 1983

20. RUDIKOFF C. Esselyn. A comparative study of the changes in the concepts of the self, the ordinary persons, and the ideal in eight cases. En Psychotherapy and Personality changes: coordinated research studies in the client-centered approach. ROGERS y DYMOND (Ed). pp. 85-98
21. HENZE-GARCIA, L.M.I. Estudio del autoconcepto de un grupo piloto de adolescentes. Tesis de licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM. México, 1980
22. SHAVELSON, J.R. y BOLUS, R. Self concept: the interplay of theory and methods. En Journal of Educational Psychology 74(1):3-17, 1982
23. JERUSALEM, M. Reference Group learning environment and self-evaluations: a dynamic multi-level analysis with latent variables. En The self in anxiety, stress and depression. SCHWARZER (Ed.). pp. 61-74
24. SILBEREISEN, N.R.K. y ZANK, S. Development of self-related cognitions in adolescents. En The self in anxiety, stress and depression. SCHWARZER (Ed.). pp. 49-60
25. REIDL-AGUILAR, L. Estructura factorial de la autoestima de mujeres del sur del Distrito Federal. Revista de la Asociación Latinoamericana de Psicología Social 1(2):273-288, 1981
26. BAILEY C., R. Self-concept differences in low and high achieving students. Journal of Clinical Psychology 27(2):188-190, 1971
27. CRANO, W.D. y CRANO, S.L. Interaction of self-concept and state trait anxiety under different conditions of social comparison pressure. En The Self in anxiety, stress and depression. SCHWARZER (Ed.). pp. 159-169
28. AKERET V.R. Interrelationships among various dimensions of the self concept. Journal of Counseling Psychology 6:199-201, 1959
29. STRONG J. v FEDER, D.D. Measurement of the self concept: a critique of the literature. Journal of Counseling Psychology 8(2): 176-178, 1961

30. BUGENTAL F.T., J. y GUNNING, E.C. Investigations into self-concept: stability of reported self-identifications II. Journal of Clinical Psychology 11(1):41-46, 1955
31. WILLIAMS, J.E. Changes in self and other perceptions following brief educational-vocational counseling. En Journal Counseling Psychology 9(1):30, 1962
32. COPELESTON, F. Historia de la Filosofía. Tomo I Editorial Ariel. México, 1983
33. ROGERS, R.C. Psicoterapia centrada en el cliente Editorial Paidós. Buenos Aires, 1975
34. PEQUEÑO LAROUSSE ILUSTRADO. Editorial Larousse. México, 1967
35. RILKE, R.M. Los apuntes de Malte Laurids Brigge. En Gran Colección de la literatura alemana. PROMEXA. México, 1982
36. GONZALEZ, J. La fenomenología. En La filosofía mexicana. VILLEGAS A. (Ed.).
37. ROGERS, R.C. Orientación Psicológica y Psicoterapia. Narcea, S.A. de Ediciones. Madrid, 1984
38. ROGERS, R.C. Libertad y creatividad en la educación. El sistema no directivo. Ed. Paidós. Argentina, 1978
39. ROGERS, R.C. Significant aspects of client-centered therapy. En American Psychologist 1(10): 415-422, 1946
40. ROGERS, R.C. El proceso de convertirse en persona. Editorial Paidós. México, 1984
41. ROGERS, R.C. Terapia, personalidad y relaciones interpersonales. Ed. Nueva Visión. México, 1985
42. SANDOVAL-TERAN, F.G. Aplicación de la prueba de Allport y Vernon en las Facultades de Ingeniería y Arquitectura. Tesis de Maestría en Psicología. Facultad de Filosofía y Letras. UNAM. México, 1959

43. HAMMOND, M. Attitudinal changes o successful students in a college of Engineering. En Journal of Counseling Psychology 9(1):69-72, 1959
44. BUTLER, M.J. v HAIGH, G. Changes in the relation between self-concepts consequent upon client-centered counseling. En Psychotherapy and personality change: coordinated research studies in the client-centered approach. ROGERS v DYMOND (Ed.). pp. 55-75
45. VARGAS, M. Changes in self-awareness during client-centered therapy. En Psychotherapy and personality changes:coordinated research studies in the client-centered approach. ROGERS y DYMOND (Ed.). pp. 145-160
46. GIBSON, L. et al. A factor analysis of measures of change following client-centered therapy. En Journal of Counseling Psychology 2(2):83-90, 1955
47. DYMOND F, R. Adjustement changes over therapy from self-sorts. En Psychotherapy and personality changes:coordinated research studies in the client-centered approach. ROGERS v DYMOND (Ed.). pp. 76-84
48. GRUMMON, L.D. Personality changes as a function of time in persons motivated for therapy. En Psychotherapy and personality changes: coordinated research studies in the client-centered approach. ROGERS y DYMOND (Ed.). pp. 215-237
49. ROGERS, R.C. Changes in the maturity of behavior as related to therapy. En Psychotherapy and personality changes: coordinated research studies in the client-centered approach. ROGERS y DYMOND (Ed.). pp. 215-237
50. GRUMMON, L.D. y JOHN, E.S. Changes over client-centered therapy evaluated on psychoanalytically based thematica apperception test scales. En Psychotherapy and personality changes: coordinated research studies in the client-centered approach. ROGERS y DYMOND (Ed.). pp. 121-144
51. ASHCRAFT, C. y FITTS, W.H. Self-concept change in psychotherapy. En Psychotherapy, Theory, Research and Practice. 9(3):115-118,

52. FABELA-ALQUICIRA, A. y NAVA-LARA, O. Conciencia de enfermedad y autoconcepto en el alcohólico. Tesis de licenciatura en Psicología. Facultad de Psicología. UNAM. México, 1984
53. SEEMAN, J. y RASKIN, N.J. Research perspectives in client-centered therapy. En Psychotherapy: theory and research. New York, 1953, pp. 205-235
54. ROGERS, R.C. An overview of the research and some questions for the future. En Psychotherapy and personality changes: coordinated research studies in the client-centered approach. ROGERS y DYMOND (Ed.). pp.413-434
55. ROGERS, R.C. The therapeutic relationships and its impact: a study with schizophrenics. Madison: University of Wisconsin Press. Madison, 1967
56. PEREZ-GOMEZ, A. Psicología Clínica. Problemas fundamentales. Editorial Trillas. México, 1987
57. KERLINGER, N.F. Investigación del comportamiento Técnicas y metodología. Editorial Interamericana. México, 1983
58. DIAZ-GUERRERO, R. y SALAS, M. El diferencial semántico del idioma español. Ed. Trillas. México, 1975
59. HANO-ROA, M. Fundamentos para la asesoría escolar individual en la Facultad de Ingeniería UNAM. Tesis de licenciatura en Pedagogía. Facultad de Filosofía y Letras. UNAM. México, 1984
60. EY, H. Tratado de Psiquiatría. Editorial Toray-Masson. España, 1980
61. SIEGEL, S. Estadística no paramétrica aplicada a las ciencias de la conducta. Ed. Trillas. México, 1983
62. INFANTE-GIL, S. et al. Métodos estadísticos un enfoque interdisciplinario. Editorial Trillas. México, 1984

ANEXOS

YO SOY

19. Estudioso (a)	---	---	---	---	---	Perezoso (a)
20. Corrupto (a)	---	---	---	---	---	Recto (a)
21. Tolerante	---	---	---	---	---	Intolerante
22. Agresivo (a)	---	---	---	---	---	Pacífico (a)
23. Feliz	---	---	---	---	---	Triste
24. Malo(a)	---	---	---	---	---	Bondadoso(a)
25. Tranquilo(a)	---	---	---	---	---	Nervioso(a)
26. Capaz	---	---	---	---	---	Incapaz
27. Afligido (a)	---	---	---	---	---	Despreocupado(a)
28. Impulsivo(a)	---	---	---	---	---	Reflexivo(a)
29. Inteligente	---	---	---	---	---	Inepto(a)
30. Apático(a)	---	---	---	---	---	Dinámico(a)
31. Verdadero(a)	---	---	---	---	---	Falso(a)
32. Aburrido(a)	---	---	---	---	---	Divertido(a)
33. Responsable	---	---	---	---	---	Irresponsable
34. Amargado(a)	---	---	---	---	---	Jovial
35. Estable	---	---	---	---	---	Inestable
36. Inmoral	---	---	---	---	---	Moral
37. Amable	---	---	---	---	---	Grosero(a)
38. Conflictivo(a)	---	---	---	---	---	Conciliador(a)
39. Eficiente	---	---	---	---	---	Ineficiente
40. Egoísta	---	---	---	---	---	Generoso(a)
41. Cariñoso(a)	---	---	---	---	---	Frío(a)
42. Decente	---	---	---	---	---	Indecente
43. Ansioso(a)	---	---	---	---	---	Sereno(a)
44. Puntual	---	---	---	---	---	Impuntual
45. tímido(a)	---	---	---	---	---	Desenvuelto(a)
46. Democrático(a)	---	---	---	---	---	Autoritario(a)
47. Lento(a)	---	---	---	---	---	Rápido(a)
48. Deshinibido(a)	---	---	---	---	---	Inhibido(a)
49. Amigable	---	---	---	---	---	Hostil
50. Pesevado(a)	---	---	---	---	---	Expresivo(a)
51. Deprimido(a)	---	---	---	---	---	Contento(a)
52. Simpático(a)	---	---	---	---	---	Antipático(a)
53. Susiso(a)	---	---	---	---	---	Dominante
54. Honrado(a)	---	---	---	---	---	Deshonrado(a)
55. Deseable	---	---	---	---	---	Indeseable
56. Solitario(a)	---	---	---	---	---	Amigero(a)
57. Trabajador(a)	---	---	---	---	---	Flojo(a)
58. Fracasado(a)	---	---	---	---	---	Triunfador(a)
59. Miedoso(a)	---	---	---	---	---	Audaz
60. Tierno(a)	---	---	---	---	---	Rudo(a)
61. Pedante	---	---	---	---	---	Sencillo(a)
62. Educado(a)	---	---	---	---	---	Malcriado(a)
63. Melancólico(a)	---	---	---	---	---	Alegre
64. Cortez	---	---	---	---	---	Descortez
65. Romántico(a)	---	---	---	---	---	Indiferente
66. Pasivo(a)	---	---	---	---	---	Activo(a)
67. Sentimental	---	---	---	---	---	Insensible
68. Inflexible	---	---	---	---	---	Flexible
69. Atento(a)	---	---	---	---	---	Desatento(a)
70. Celoso(a)	---	---	---	---	---	Seguro(a)
71. Sociable	---	---	---	---	---	Insociable
72. Pesimista	---	---	---	---	---	Optimista

VERIFIQUE SI CONFESÓ TODOS LOS REGIONES.

CRACIAS.

PUNTAJES OBTENIDOS EN LA PREPRUEBA ALUMNOS SIN TRATAMIENTO

	AREA ETICA	AREA SOCIAL	AREA DE INICIATIVA	AREA OCUPACIONAL	AREA EMOCIONAL	TOTAL POR AREAS	TOTAL GLOBAL
1	18	75	30	17	96	236	280
2	22	79	31	25	104	261	292
3	20	82	27	24	93	246	286
4	18	71	27	22	75	213	240
5	20	73	23	21	84	221	250
6	17	68	24	17	75	201	243
7	21	73	23	27	87	231	272
8	22	47	19	20	100	208	278
9	22	81	26	31	93	253	289
10	19	80	24	36	86	245	279
11	17	84	29	22	97	249	282

ANEXO 3
(CONTINUACION)

PUNTAJES OBTENIDOS EN LA PREPRUEBA ALUMNOS SIN TRATAMIENTO

	AREA ETICA	AREA SOCIAL	AREA DE INICIATIVA	AREA OCUPACIONAL	AREA EMOCIONAL	TOTAL POR AREAS	TOTAL GLOBAL
12	15	65	29	22	64	195	229
13	19	76	25	26	94	240	273
14	18	73	29	28	87	235	269
15	19	75	26	28	96	244	260
16	24	77	26	22	92	241	270
17	20	72	29	20	91	232	265
18	19	70	26	25	93	233	271
19	19	69	24	22	76	210	244
20	18	67	26	20	90	221	256
21	20	69	24	22	105	240	282
22	19	67	24	19	99	228	264
23	11	75	35	16	97	245	279

ANEXO 4

PUNTAJES OBTENIDOS EN LA PREPRUEBA DE ALUMNOS SOMETIDOS A PSICOTERAPIA

	AREA ETICA	AREA SOCIAL	AREA DE INICIATIVA	AREA OCUPACIONAL	AREA EMOCIONAL	TOTAL POR AREAS	TOTAL GLOBAL
1	12	69	20	34	88	223	261
2	24	76	28	23	77	228	251
3	19	73	21	19	83	215	249
4	20	85	28	37	94	264	297
5	20	81	21	29	86	237	264
6	23	75	16	33	100	247	295
7	24	72	21	18	95	230	264
8	18	60	31	20	71	200	227
9	19	73	22	19	80	213	253
10	21	75	18	23	93	230	262

PUNTAJES OBTENIDOS EN LA POSTPRUEBA ALUMNOS SIN TRATAMIENTO

	AREA ETICA	AREA SOCIAL	AREA DE INICIATIVA	AREA OCUPACIONAL	AREA EMOCIONAL	TOTAL POR AREAS	TOTAL GLOBAL
1	17	73	31	17	92	230	272
2	22	73	23	22	89	229	275
3	19	84	28	20	95	246	286
4	15	75	25	27	85	227	255
5	17	69	26	20	95	227	260
6	28	68	32	16	77	221	262
7	23	85	27	25	91	251	274
8	19	71	28	17	99	234	268
9	19	83	29	23	79	233	279
10	18	61	21	33	83	216	265
11	15	65	32	15	85	212	267

ANEXO 5
(CONTINUACION)

PUNTAJES OBTENIDOS EN LA POSTPRUEBA ALUMNOS SIN TRATAMIENTO

	AREA ETICA	AREA SOCIAL	AREA DE INICIATIVA	AREA OCUPACIONAL	AREA EMOCIONAL	TOTAL POR AREAS	TOTAL GLOBAL
12	16	58	30	20	74	198	229
13	21	73	23	29	87	233	266
14	20	74	29	32	86	241	265
15	13	79	30	31	99	252	292
16	26	76	26	21	89	238	280
17	20	67	27	20	93	227	273
18	18	76	26	26	88	234	272
19	22	70	29	22	92	235	269
20	17	74	29	22	96	238	277
21	24	77	25	26	106	258	295
22	18	68	27	19	101	233	269
23	19	67	38	19	88	231	267

PUNTAJES OBTENIDOS EN LA POSTPRUEBA DE ALUMNOS SOMETIDOS A PSICOTERAPIA

	AREA ETICA	AREA SOCIAL	AREA DE INICIATIVA	AREA OCUPACIONAL	AREA EMOCIONAL	TOTAL POR AREAS	TOTAL GLOBAL
1	13	68	22	32	91	226	264
2	17	70	30	21	71	209	246
3	19	71	25	19	87	221	256
4	22	84	25	31	91	253	278
5	24	81	21	26	66	218	255
6	23	74	16	35	102	250	292
7	20	65	24	18	100	227	268
8	20	62	30	22	73	207	220
9	21	75	26	29	38	221	255
10	19	70	19	24	95	227	259