

**ANSIEDAD EN LOS PSICÓLOGOS PRACTICANTES DE LA UNIVERSIDAD DE  
NARIÑO, PROMOCION 2003-2004 AL EJERCER SU ROL TERAPÉUTICO EN LA  
INTERVENCIÓN CLINICA INDIVIDUAL**

**DIANA CAROLA ALAVA CASTILLO  
DIANA MARCELA GALVIS ENRIQUEZ**

**Universidad de Nariño  
Facultad de Ciencias Humanas  
Programa de Psicología  
2004**

**ANSIEDAD EN LOS PSICÓLOGOS PRACTICANTES DE LA UNIVERSIDAD DE  
NARIÑO, PROMOCION 2003-2004 AL EJERCER SU ROL TERAPÉUTICO EN LA  
INTERVENCIÓN CLINICA INDIVIDUAL**

**DIANA CAROLA ALAVA CASTILLO  
DIANA MARCELA GALVIS ENRIQUEZ**

Proyecto de Trabajo de Grado presentado como requisito  
para optar al título de PSICÓLOGAS

Asesora

**Ps. NUBIA SÁNCHEZ MARTINEZ**

**Universidad de Nariño  
Facultad de Ciencias Humanas  
Programa de Psicología**

**2004**

**NOTA DE ACEPTACION**

---

---

---

---

---

**Presidente**

---

---

---

**Jurado A**

---

---

---

**Jurado B**

**San Juan de Pasto, Febrero 6 de 2004**

*En la vida existen amigos fieles y valerosos que imaginan nuestros sueños y comparten nuestros triunfos; a todos ellos, en primer lugar a Dios, expreso mi gratitud y cariño. En especial a mis padres Juan y Maria Teresa de quienes tanto he aprendido, a Juan Carlos y Gustavo mis hermanos del alma, a mi querida Universidad de Nariño y a mis entrañables amigos por su compañía incomparable.*

**Diana Marcela**

**A Dios mi triunfo.**

**A mis padres su apoyo y amor incondicional.**

**A mis hermanos su experiencia y su cariño.**

**A mi sobrina inolvidables momentos.**

**A mis compañeros su solidaridad.**

**A mi universidad eterna gratitud.**

**Diana Alava**

## **AGRADECIMIENTOS**

A quienes nos animaron y colaboraron, en especial a la Psicóloga Nubia Sánchez, gracias por orientar y enriquecer nuestro trabajo investigativo, por acompañarnos en todo el proceso, en las dificultades y en los triunfos, y por supuesto por su tiempo y su paciencia invaluable.

A los jurados de nuestra trabajo de grado los Psicólogos Leonidas Ortiz y Roberto Jaramillo, por acompañar y orientar nuestra investigación, por haber valorado nuestros esfuerzos; también muchas gracias a los Psicólogos Freddy Villalobos, Margarita Chávez, Elizabeth Ojeda y Andrés Paz, por su colaboración como jueces en la construcción del instrumento de esta investigación.

A nuestro gran maestro y amigo Gerardo Uribe por sus enseñanzas y por su granito de arena en la proyección de esta investigación.

Al profesor Arsenio Hidalgo por su colaboración y asesoría.

A nuestra compañera y amiga Cruz Estela Izquierdo por su colaboración y solidaridad en los momentos arduos de este proceso.

## TABLA DE CONTENIDOS

TABLA DE CONTENIDOS	
LISTA DE TABLAS	
LISTA DE FIGURAS	
ABSTRACT	
RESUMEN	1
INTRODUCCIÓN	3
Planteamiento del problema	4
Formulación del problema	5
Sistematización del problema	5
Justificación	6
Objetivos	8
Objetivo general	8
Objetivos específicos	8
MARCO DE REFERENCIA	10
Contextualización	10
Batallón de Infantería No 9 “Boyacá”	10
Centro de Salud Tamasagra	11
Colegio Centro de Integración Popular	12
Ciudadela Educativa Sur Oriental “Alfredo Paz Meneses”	14
Hospital Departamental	16
Hospital Infantil “Los Ángeles”	17
Hospital San Rafael	19
Instituto Colombiano de Bienestar Familiar	20

Instituto Joaquín María Pérez	21
Instituto San Juan Bosco	23
ONG Movimondo	24
Proinco	26
SENA Centro de Empleo	27
SINAPSIS	28
Antecedentes	30
Marco teórico	35
Teorías sobre la ansiedad	35
Teorías conductuales del aprendizaje	36
Modelos cognitivos y aprendizaje de la ansiedad	38
Modelos del procesamiento de la información	40
Modelos biológicos de la ansiedad	41
Concepto y categorización de la ansiedad	41
Ansiedad y otras variables	41
Ansiedad	45
Componentes de la ansiedad	46
Subjetivo-cognitivo	46
Psicofisiológico-somático	48
Motor-conductual	49
Psicología clínica	49
Enfoque cognitivo-conductual	49
Terapia cognitivo-conductual	50
Enfoque psicoanalítico	52

Terapia psiconalíticamente orientada	53
Enfoque humanista	55
Terapia humanista	55
Variables terapéuticas	56
El consultante	56
El terapeuta	57
Interacción consultante – terapeuta	57
Marco conceptual	58
Ansiedad	58
Sistemas de respuesta de ansiedad	58
Psicólogo practicante	58
Prácticas profesionales	59
Psicología clínica	59
Enfoque cognitivo-conductual	59
Terapia cognitiva-conductual	60
Rol terapéutico en la terapia cognitivo-conductual	60
Enfoque psicoanalítico	60
Terapia psicoanalíticamente orientada	61
Rol terapéutico en la terapia psicoanalíticamente orientada	61
Enfoque humanista	61
Terapia humanista	61
Rol terapéutico en la terapia humanista	62
Consultante	62
Consulta psicológica	62

Asesoría psicológica	62
Intervención en crisis	62
MÉTODO	63
Tipo de estudio	63
Diseño	64
Participantes	64
Variable de estudio: ansiedad	64
Técnicas de recolección y análisis de información	64
Procedimiento	67
Fase1	67
Fase2	73
Fase3	73
RESULTADOS	74
DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES	95
ACTIVIDADES Y RECURSOS	102
Recursos humanos	102
Recursos técnicos	102
Recursos tecnológicos	102
Recursos de infraestructura	102
Presupuesto y fuentes de financiación	102
Cronograma	103
REFERENCIAS	105
ANEXOS	110

Anexo A. Caracterización de la Construcción de la Escala Erapsi	111
Anexo B. Validación por jueces de la Escala de Reporte de Frecuencia de Ansiedad para Psicólogos Practicantes ERAPSI	112
Anexo C. Escala de Reporte de Frecuencia de Ansiedad para Psicólogos Practicantes ERAPSI	123
Anexo D. Cuestionario de Variables de la Práctica Profesional	126
Anexo E. Tabla de baremos de la ERAPSI	129
Anexo F. Tabla de baremos de la ERAPSI en el sistema cognitivo	130
Anexo G. Tabla de baremos de la ERAPSI en el sistema conductual	131
Anexo H. Tabla de baremos de la ERAPSI en el sistema psicofisiológico	132
Anexo I. Orden y clasificación de las respuestas de ansiedad en el sistema cognitivo	133
Anexo J. Orden y clasificación de las respuestas de ansiedad en el sistema conductual	134
Anexo K. Orden y clasificación de las respuestas de ansiedad en el sistema psicofisiológico	135
Anexo L. Nivel de ansiedad de los psicólogos practicantes ante el problema percibido del consultante	136

**LISTA DE TABLAS**

Tabla 1. <u>Estructura del Instrumento ERAPSI en su versión final</u>	66
Tabla 2. <u>Estadísticas de respuestas de los dos grupos que conformaron la prueba piloto en la escala original (74 ítems)</u>	70
Tabla 3. <u>Nivel de ansiedad en los psicólogos practicantes</u>	74
Tabla 4. <u>Correlación entre nivel total de ansiedad y sistemas de respuesta</u>	75
Tabla 5. <u>Promedio de ansiedad en los sistemas de respuesta y en los momentos de la terapia</u>	76
Tabla 6. <u>Niveles de ansiedad según género de los psicólogos practicantes</u>	77
Tabla 7. <u>Relación entre nivel promedio de ansiedad y la edad</u>	79
Tabla 8. <u>Nivel de ansiedad en practicantes que laboran además de hacer su práctica</u>	80
Tabla 9. <u>Nivel de ansiedad según estado civil</u>	80
Tabla 10. <u>Nivel de ansiedad según reporte de enfermedad</u>	81
Tabla 11. <u>Nivel de ansiedad según asistencia a terapia</u>	82
Tabla 12. <u>Nivel de ansiedad de los practicantes ante el género del consultante</u>	83
Tabla 13. <u>Nivel de ansiedad de los psicólogos practicantes ante la etapa evolutiva del consultante</u>	83
Tabla 14. <u>Nivel de ansiedad de los psicólogos practicantes ante la tendencia sexual del consultante</u>	84
Tabla 15. <u>Nivel de ansiedad de los psicólogos practicantes ante la escolaridad del consultante</u>	85

Tabla 16. <u>Nivel de ansiedad de los psicólogos practicantes ante el estrato socioeconómico del consultante</u>	86
Tabla 17. <u>Nivel de ansiedad de los psicólogos practicantes ante el estado civil de los consultantes</u>	87
Tabla 18. <u>Nivel de ansiedad y promedio de consultantes diarios</u>	87
Tabla 19. <u>Nivel de ansiedad según enfoque de la terapia</u>	88
Tabla 20. <u>Nivel de ansiedad y etapas de la terapia para los que se sienten preparados</u>	89
Tabla 21. <u>Nivel de ansiedad y características de la asesoría en el área clínica</u>	90
Tabla 22. <u>Nivel de ansiedad y temporalidad de la evaluación en el área clínica</u>	90
Tabla 23. <u>Nivel de ansiedad según se perciben las relaciones laborales</u>	91
Tabla 24. <u>Nivel de ansiedad y condiciones físicas del consultorio</u>	92
Tabla 25. <u>Características de las personas que obtuvieron los puntajes extremos en la ERAPSI</u>	93

**LISTA DE FIGURAS**

<u>Figura 1.</u> Nivel de ansiedad total y por sistemas de respuesta según la variable género	78
<u>Figura 2.</u> Nivel de ansiedad total según edades de los psicólogos practicantes	79
<u>Figura 3.</u> Nivel promedio de ansiedad de los psicólogos practicantes con diferentes enfoques psicológicos	89

## **ABSTRACT**

This research paper is a contribution the researchers do to the field of the exploration and knowledge of an experience that is held by all the practitioner psychologists before assuming their role as professionals, but that has not been described properly in objective terms nor studied more precisely. In this sense, through this research the anxiety answers the practitioner psychologists from the University of Nariño class 2003-2004 show in the development of their therapeutic role in the individual clinic intervention are described. The anxiety answers were described taking into account the three answers systems: the cognitivist, the behavioral and the psycho physiologic. The variables of the professional practice related to the signs of anxiety in the practitioner psychologists were identified too. The population of practitioner psychologists that participated on this research was composed by 36 subjects that oriented therapy from one out of the three approaches: cognitivist-behavioral, psychoanalytic or humanist.

Taking into account the objectives of this research, it was done as a quantitative descriptive study and with a transversal design. The measurement of the anxiety variable and the variables of the practice related to the behavioral signs of anxiety was done through a Scale of report of anxiety frequency (ERAPSI) and through a questionnaire of variables of the professional practice, both instruments created by the authors of this research paper.

The findings allow to make inferences about the characteristics of the anxiety of the practitioner psychologists from the University of Nariño and about variables related to the development of the role, the former probably related to

the latter. One of the most relevant findings suggests the prevalence of the anxiety signs in the cognitive system specially before making the therapeutic consult, that is to say that this answers were essentially anticipatory.

Finally, it was found that the practitioner psychologists show a higher anxiety level when the human relationships at work as seen as regular and when they are dealing with teenagers or adults as consultants.

## RESUMEN

El trabajo de investigación que se presenta a continuación es un aporte de las investigadoras en la exploración y conocimiento de una experiencia que, aunque es vivida por todos los psicólogos practicantes antes de asumir su rol como profesionales, pocas veces se describen objetivamente las variables que puedan estar involucradas en el proceso de práctica y no con mucha frecuencia se realizan estudios precisos sobre ella. En este sentido, en esta investigación se describieron las respuestas de ansiedad en los psicólogos practicantes de la Universidad de Nariño, promoción 2003-2004 al ejercer su rol terapéutico en la intervención clínica individual. Las respuestas de ansiedad fueron estudiadas considerando los tres sistemas de respuesta: el cognitivo, el conductual y el psicofisiológico. También se identificaron las variables de la práctica profesional, que se relacionan con las manifestaciones de ansiedad en los psicólogos practicantes. La población de psicólogos practicantes estuvo conformada por 36 sujetos que orientaban la terapia a partir de uno de tres enfoques: cognitivo-conductual, psicoanalítico o humanista.

Esta investigación se concibió como un estudio cuantitativo de tipo descriptivo y con un diseño transversal. La medición de la variable ansiedad y de las variables de la práctica relacionadas con las manifestaciones de ansiedad, se realizó a partir de dos instrumentos contruidos por las autoras: la Escala de Reporte de Frecuencia de Ansiedad (ERAPSI) y el Cuestionario de Variables de la Práctica Profesional.

Los hallazgos permiten hacer inferencias acerca de las características de la ansiedad en los psicólogos practicantes de la Universidad de Nariño y de

variables propias relacionadas con el desempeño del rol, que pueden estar relacionadas con ésta. Uno de los hallazgos más relevantes sugiere la prevalencia de las respuestas de ansiedad en el sistema cognitivo, especialmente antes de realizar la consulta terapéutica, es decir, se reportó una mayor frecuencia de respuestas anticipatorias.

Finalmente, los psicólogos practicantes manifiestan un mayor nivel de ansiedad cuando las relaciones laborales son percibidas como regulares y cuando atienden a consultantes adolescentes o adultos.

**ANSIEDAD EN LOS PSICÓLOGOS PRACTICANTES DE LA UNIVERSIDAD DE NARIÑO, PROMOCION 2003-2004 AL EJERCER SU ROL TERAPÉUTICO EN LA INTERVENCIÓN CLINICA INDIVIDUAL**

La psicología es una disciplina centrada en el comportamiento humano, el cual puede clasificarse en tres sistemas de respuesta (cognitivo, motor y psicofisiológico) que interactúan entre sí dentro de un contexto.

Este comportamiento es observado y evaluado dentro de la práctica terapéutica por el psicólogo clínico; no obstante, dicha observación pocas veces se dirige hacia el comportamiento de él mismo en este contexto. De este modo, resulta importante iniciar una exploración más precisa en la cual el comportamiento del psicólogo en el contexto terapéutico sea objeto de estudio.

Mas aún, es pertinente abordar este estudio con aquellos psicólogos que han iniciado su práctica clínica y cuyo proceso de formación pasa de un nivel netamente teórico a otro que involucra, además, sus habilidades en el contacto con los consultantes y el manejo de factores estresantes.

Teniendo en cuenta lo anterior, la presente investigación se orientó hacia la observación y evaluación del comportamiento del psicólogo practicante de la Universidad de Nariño que realizaba su práctica profesional en el período 2003-2004, específicamente sus respuestas de ansiedad al ejercer su rol terapéutico.

En este informe de investigación se presenta el problema específico que se abordó, los objetivos, el marco de referencia en el que se hace una contextualización de las prácticas en psicología de la Universidad de Nariño, una revisión del concepto de ansiedad y su relación con otros conceptos similares y el concepto de psicología clínica en los enfoques que maneja la

Universidad de Nariño; se presenta también el método al que se recurrió, los resultados, la discusión, en la que se vinculan los hallazgos de esta investigación con el marco de referencia, y los anexos con información de soporte.

### **Planteamiento del problema**

La práctica profesional es un proceso de formación que implica para el practicante adaptación a diversos factores y situaciones ante un proceso de transición del mundo académico al mundo laboral; del rol de estudiante al rol profesional.

El asumir este rol profesional implica que el psicólogo practicante se enfrente a múltiples dudas sobre su experiencia personal, la de otros y sobre los conocimientos que le han sido proporcionados durante su formación académica; tomar muchas decisiones en relación con temas que aún no tiene claramente definidos y que, en ocasiones, aún la psicología no tiene suficientemente investigados, siendo él quien determine qué posición asumir.

Este proceso vivenciado por los psicólogos practicantes implica que cada uno de ellos genere una forma particular de adaptarse.

La práctica en psicología clínica genera muchas expectativas en los futuros psicólogos, particularmente en lo que se refiere a la atención individual, ya que se trata de un proceso en el que el contacto con el consultante es directo, individual, implica una demanda rápida y acertada para la solución de problemas y, por tanto, un alto nivel de responsabilidad.

Teniendo en cuenta estas consideraciones y con una visión de este proceso a partir de la propia experiencia, surge la inquietud sobre los aspectos que

generan ansiedad ante esa situación de transición de roles y de enfrentamiento de circunstancias ante las que hay bastante expectativas como profesional.

Si bien es cierto que el psicólogo es una persona que posee diversos conocimientos y habilidades que le brindan estrategias de solución ante diferentes situaciones, la eficacia de estas estrategias en muchos casos depende del tipo de ansiedad (adaptativa o desadaptativa) que vivencie, aunque se lo considere un ser humano “excepcional” y con pocas dificultades.

Es por ello que, al encaminar la investigación a este tema, se busca explorar y describir desde un punto de vista objetivo un proceso que es vivido subjetivamente, permitiendo, de esta forma, ampliar el panorama de lo que es la experiencia de la práctica profesional y específicamente el asumir el rol de terapeuta.

### **Formulación del problema**

¿Cuáles son las respuestas de ansiedad en los psicólogos practicantes de la Universidad de Nariño, promoción 2003-2004 al ejercer su rol terapéutico en la intervención clínica individual?

### **Sistematización del problema**

¿Qué respuestas de ansiedad en el sistema cognitivo manifiestan los psicólogos practicantes de la Universidad de Nariño, promoción 2003-2004 al ejercer su rol terapéutico en la intervención clínica individual?

¿Qué respuestas de ansiedad en el sistema conductual manifiestan los psicólogos practicantes de la Universidad de Nariño, promoción 2003-2004 al ejercer su rol terapéutico en la intervención clínica individual?

¿Qué respuestas de ansiedad a nivel psicofisiológico manifiestan los psicólogos practicantes de la Universidad de Nariño, promoción 2003-2004 al ejercer su rol terapéutico en la intervención clínica individual?

¿En qué sistema (conductual, cognitivo, psicofisiológico) prevalecen las respuestas de ansiedad en los psicólogos practicantes de la Universidad de Nariño, promoción 2003-2004 al ejercer su rol terapéutico en la intervención clínica individual?

¿Qué variables dentro de la práctica profesional pueden relacionarse con las manifestaciones de ansiedad en los psicólogos practicantes de la Universidad de Nariño, promoción 2003-2004 al ejercer su rol terapéutico en la intervención clínica individual?

¿Qué instrumento de medición psicológica puede emplearse para medir las respuestas de ansiedad en los psicólogos practicantes de la Universidad de Nariño, promoción 2003-2004 al ejercer su rol terapéutico en la intervención clínica individual?

### **Justificación**

Tradicionalmente el término ansiedad ha sido utilizado para designar estados tensionantes ante situaciones que sean particularmente conflictivas. Lo importante y preocupante aquí, es la incidencia de este estado en la población nacional y regional, que cada vez demanda mayor atención.

En el contexto nacional, “la prevalencia de las enfermedades mentales incluye los trastornos afectivos; resalta la depresión mayor y la asociación que esta tiene con la situación de pobreza; igualmente resalta los trastornos de ansiedad, relacionados con las condiciones de violencia, desplazamiento

forzoso y bajos niveles de escolarización” (Ministerio de Salud de Colombia, 1998, p. 10).

Según un estudio realizado por el Ministerio de Salud de Colombia (1998), en el que se empleó como instrumento el CID-2 (Composite Internacional Diagnostic Interview), el 21,3% de la población muestra trastornos afectivos y el 15,1%, muestra trastornos de ansiedad.

A nivel regional, de acuerdo con datos del Instituto Departamental de Salud de Nariño, a partir de la aplicación de una escala de salud mental al inicio de los años 90, “se encontró que el 16.7% de la población nariñense, presenta una alta probabilidad de sufrir trastorno mental. Igualmente se encontró que un 12.8% presenta niveles de ansiedad significativos, mientras que el 24.4% presentan índices importantes de depresión” (Reforma Curricular del Departamento de Psicología, 2000, p. 38).

Estadísticas más recientes se han construido en el Centro de Investigación y Asesoría en Psicología, SINAPSIS, de la Universidad de Nariño, institución que durante los semestres B de 2002 y A de 2003 atendió a una población de 545 consultantes. De acuerdo con estas estadísticas, uno de los motivos de consulta más frecuente se refiere al estado tensionante definido de forma coloquial como ansiedad, y en muchos casos, luego de la evaluación psicológica resulta ser trastornos de ansiedad. Así, “la población usuaria de SINAPSIS presenta una alta prevalencia de ansiedad, caracterizando de esta forma la tasa más alta de diagnóstico (45%)” (Unidad de Psicología de la Universidad de Nariño SINAPSIS, 2003).

Estos indicadores y el compromiso como psicólogos con esta realidad hacen que nuestro trabajo no sea sólo terapéutico, sino también investigativo, a partir de la vivencia particular de las investigadoras en su práctica profesional como psicólogas practicantes.

Por ello, el objeto de esta investigación está dirigido a identificar y describir las respuestas de ansiedad en los psicólogos practicantes de la Universidad de Nariño, promoción 2003-2004 al ejercer su rol terapéutico.

Los resultados de esta investigación pueden proporcionar información más clara y precisa sobre la variable ansiedad dentro del contexto socio-cultural nariñense y específicamente en el contexto terapéutico de quienes inician la práctica en psicología clínica.

Esta investigación constituirá una pauta para posteriores estudios encaminados a profundizar y ampliar el conocimiento y a mejorar y optimizar la labor terapéutica; además busca ser un aporte para la formación personal y profesional del psicólogo.

## **Objetivos**

### **Objetivo general**

Identificar las respuestas de ansiedad que manifiestan los psicólogos practicantes de la Universidad de Nariño, promoción 2003-2004 al ejercer su rol terapéutico en la intervención clínica individual.

### **Objetivos específicos**

Describir las respuestas de ansiedad en el sistema *cognitivo* que manifiestan los psicólogos practicantes de la Universidad de Nariño, promoción 2003-2004 al ejercer su rol terapéutico en la intervención clínica individual.

Describir las respuestas de ansiedad en el sistema *conductual* que manifiestan los psicólogos practicantes de la Universidad de Nariño, promoción 2003-2004 al ejercer su rol terapéutico en la intervención clínica individual.

Describir las respuestas de ansiedad en el sistema *psicofisiológico* que manifiestan los psicólogos practicantes de la Universidad de Nariño, promoción 2003-2004 al ejercer su rol terapéutico en la intervención clínica individual.

Determinar en qué sistema (conductual, cognitivo, psicofisiológico) prevalecen las respuestas de ansiedad en los psicólogos practicantes, promoción 2003-2004 al ejercer su rol terapéutico en la intervención clínica individual.

Identificar las variables dentro de la práctica profesional que pueden relacionarse con las manifestaciones de ansiedad en los psicólogos practicantes de la Universidad de Nariño, promoción 2003-2004 al ejercer su rol terapéutico en la intervención clínica individual.

Construir y validar una escala para medir las respuestas de ansiedad de los psicólogos practicantes de la Universidad de Nariño, promoción 2003-2004.

## MARCO DE REFERENCIA

### Contextualización

La práctica profesional en psicología de la Universidad de Nariño se lleva a cabo en diferentes instituciones con diversas características. A continuación se presenta una contextualización de los diferentes sitios de práctica donde se desempeña nuestra población objetivo.

#### **Batallón de Infantería No 9 Boyacá**

Reseña histórica: con el Batallón Boyacá nace la infantería en Colombia; su nombre se tomó en honor a la Batalla que en el puente de Boyacá selló para siempre la libertad americana.

Alrededor de 1900, surgió la idea de crear una unidad de tropa en tierras del sur de la República y el 15 de octubre se escogió la ciudad de Pasto para que sirviera como sede de los Batallones “Casa Blanca” y “Pasto”.

El 25 de octubre de 1908 y bajo la presidencia del General Rafael Reyes, se creó el regimiento No 12 “Boyacá” al mando del señor General Monroy; estaba constituido por seis compañías efectivas y seis compañías en reserva, ubicado en la carrera 24 con calle 23.

En 1932, por disposición del comando superior le fue asignado el nombre de Batallón de Infantería No 9 “Boyacá”, pero por motivos del conflicto colombiano peruano se trasladó al Putumayo y en 1933 regresa a su sede Pasto.

En 1943 se construyen los cuarteles en las instalaciones actuales ubicadas entre la avenida Colombia, el parque Bolívar y los barrios Fátima, Olivos, Javeriano y Chile. Dentro de sus instalaciones cuenta con espacios físicos en

los cuales brinda alojamiento para oficiales, suboficiales y soldados (Batallón de Infantería No 9 Boyacá, 2003).

Misión: el Batallón de Infantería No 9 Batalla de Boyacá a partir del momento, en coordinación con los organismos de seguridad del estado y demás unidades desarrollará operaciones militares para defender y mantener la soberanía, la independencia e integridad del territorio, con el fin de generar un ambiente de paz, seguridad y desarrollo que garantice el orden constitucional de la jurisdicción (Batallón de Infantería No 9 Boyacá, 2003).

Visión: el Batallón de Infantería No 9 Batalla de Boyacá, se proyecta como una unidad táctica organizada, sólida, estructurada y altamente entrenada, para conducir con eficiencia operaciones militares en la jurisdicción (Batallón de Infantería No 9 Boyacá, 2003).

### **Centro de Salud de Tamasagra**

Reseña histórica: de acuerdo con la ley 100 de 1993, capítulo II Sistema de Seguridad Social y específicamente el artículo 5º, se establece que, en desarrollo del artículo 48 de la Constitución Política, organizase el Sistema de Seguridad Social Integral cuya dirección, coordinación y control estará a cargo del Estado, en los términos de la presente ley (Congreso de Colombia, 1993).

Según el Artículo 191. De las prioridades de dotación hospitalaria. “Los municipios darán prioridad en su asignación de recursos de inversión para la salud al fortalecimiento del sistema de centros y puestos de salud, de forma tal que se fortalezca la dotación básica de equipo y de personal que defina el Ministerio de Salud y amplíe, progresivamente y de acuerdo con la demanda,

sus horarios de atención al público, hasta llegar a tener disponibilidad las 24 horas de Centros de Salud bien dotados” (Congreso de Colombia, 1993).

Misión: la misión de la red de instituciones públicas prestadoras de servicios de salud del municipio de Pasto es brindar servicios integrales de salud de baja complejidad a la población del municipio de Pasto, con calidad, ética, humanismo y tecnología, dirigidas a satisfacer las necesidades de los usuarios generando rentabilidad social y económica que le permita posicionarse en un mercado competitivo (Unidad de Psicología del Centro de Salud de Tamasagra, 2002).

Visión: la visión de la red de instituciones públicas prestadoras de servicios de salud del municipio de Pasto es ser la mejor empresa social del estado en el municipio de Pasto, comprometido con el desarrollo y la participación social a través del constante liderazgo en la prestación de servicios de salud, para contribuir a mejorar las condiciones de vida de los ciudadanos (Unidad de Psicología del Centro de Salud de Tamasagra, 2002).

### **Colegio Centro de Integración Popular**

Reseña histórica: La Institución Educativa Municipal Centro de Integración Popular a través del decreto de ley 0343 del 26 de agosto de 2003, se conforma como tal, integrando las siguientes instituciones: Concentración Enrique Jensen jornadas mañana y tarde, Colegio Centro de Integración Popular sede y extensión Chambú y Colegio Centro de Integración Popular.

Reseña histórica de la Concentración Enrique Jensen: la Concentración Escolar Enrique Jensen se halla situada al sur de la ciudad de Pasto, en el barrio Chapal.

La escuela figuraba como rural alternada con dos cursos primero y segundo. Contaba con la granja escolar donde los alumnos realizaban sus prácticas agropecuarias, pero las constantes inundaciones por la vecindad con el río Chapal, impedían cosechar los frutos deseados.

Su primera directora fue la señorita Nieves Velásquez. En el año 1961, la Secretaría de Educación Departamental nombró como directora a la señorita Lola Díaz Fajardo y a las seccionales, Iliá Villota de Borvoes y Teresa Ibarra de Mora (Unidad de Psicología Colegio Centro de Integración Popular, 2003).

Reseña histórica de la sede y la extensión. Debido a la alta demanda de cupos para la básica secundaria presente en los barrios Chapal, Chambú, entre otros, la cual no lograba satisfacer los colegios del sector, se creó en agosto de 1986 la institución de nivel secundario denominado Colegio Comunal “Centro de Integración Popular”, el cual logró su departamentalización en noviembre 25 del mismo año, con una población estudiantil de 60 alumnos, distribuidos en dos grados sextos. Su plan de estudios se enfocó hacia el bachillerato tecnológico, con modalidades de marroquinería, mecánica automotriz, en convenio con el SENA, e informática, en convenio con la Cámara de Comercio.

La creación de este nuevo plantel de básica secundaria con los años tampoco pudo satisfacer la demanda de cupos. Es así como en 1993 en el mes de junio surge la idea de ampliar los cupos y en el mes de agosto la junta de acción comunal del barrio Chambú y los padres de familia ofrecen un salón en obra negra, donde se adecua e inician las clases de sexto grado. La Secretaria de Educación promulga el acto administrativo que amplía la licencia de funcionamiento al Centro de Integración Popular, el cual funcionaría como

extensión en horario de la mañana y se denominaría Colegio Departamental “Centro de Integración Popular“, extensión Chambú (Unidad de Psicología Colegio Centro de Integración Popular, 2003).

Misión: esta institución esta creada para ofrecer a la niñez y juventud, una educación integral con calidad y calidez, cuyo propósito es forjar personas autónomas, críticas y competentes, a partir de unos principios éticos, que contribuyan a la construcción más justa y más humana (Unidad de Psicología Colegio Centro de Integración Popular, 2003).

Visión. el C.C.I.P. se consolidará como una institución comprometida, organizada, con un adecuada infraestructura, con talento humano generador de ambientes agradables que a partir de la construcción y desarrollo de su PEI responda a los intereses y expectativas de la comunidad educativa (Unidad de Psicología Colegio Centro de Integración Popular, 2003).

### **Ciudadela Educativa Sur Oriental "Alfredo Paz Meneses"**

Reseña histórica: mediante el acuerdo 022 de mayo 26 de 1997, emanado del Concejo Municipal de Pasto, se crea jurídicamente la Ciudadela Educativa Sur Oriental "Alfredo Paz Meneses" como una institución de carácter oficial, encaminada a atender las necesidades educativas de los sectores populares del municipio, en los niveles de preescolar, básica y media en jornada única y en otros programas como educación de adultos y educación no formal.

La Secretaría de Educación Municipal por resolución 010 de 1997, convoca al personal docente, administrativo y directivo que desea laborar en la Ciudadela Educativa, para que una comisión, mediante consultas y estudio de hojas de vida recomiende la reubicación del personal de acuerdo con las

necesidades y perfiles requeridos . La Alcaldía Municipal de Pasto, mediante decreto 0265 del 7 de julio de 1997, aprueba la planta de personal de la institución.

Por medio de las resoluciones 549, 550 y 551 de noviembre 13 de 1997, la Secretaría de Educación Departamental concede licencia de funcionamiento, quedando pendiente la aprobación de estudios que debe realizarse en el año escolar 1998-1999 (Unidad de Psicología de la Ciudadela Educativa Sur Oriental, 2003).

Misión: la Ciudadela Educativa propende por el desarrollo integral u holístico de sus educandos, con el fin de formar personas con alta calidad humana y con capacidad para enfrentar los retos profesionales y cotidianos de la vida actual. Dotándolos de las herramientas necesarias para su desempeño psicosocial y productivo en un mundo de retos y adversidades, mediante un proceso vivencial de filosofía institucional y compromiso de la comunidad educativa (Unidad de Psicología de la Ciudadela Educativa Sur Oriental, 2003).

Visión: la Ciudadela Educativa Sur- Oriental es una institución surgida de la iniciativa comunitaria y contemplada en el plan de desarrollo educativo de Pasto, puesta al servicio de la formación humana de los sectores populares en el contexto sociocultural de la ciudad. Se constituirá en canalizadora y potencializadora del cambio que permite contribuir al mejoramiento de la calidad de vida individual y colectiva, generando una nueva cultura de convivencia que favorezca la identidad y el progreso.

Esta institución buscará desarrollar una educación de calidad en los distintos niveles de formación, aplicando las nuevas concepciones pedagógicas y las

orientaciones de la ley general de la educación. Dinamizará la red educativa fortaleciendo las relaciones importantes en el concierto nacional (Unidad de Psicología de la Ciudadela Educativa Sur Oriental, 2003).

### **Hospital Departamental**

Reseña histórica: el Hospital Departamental de Nariño, E.S.E., es una entidad de derecho público, descentralizada del orden departamental, de naturaleza especial con personería propia, autonomía administrativa y patrimonio propio, que desarrolla el conjunto de actividades organizadas para la producción y prestación de servicios de salud, a los afiliados y beneficiarios del Sistema de Seguridad Social en Salud.

El Hospital Departamental de Nariño, E.S.E., fue creado en 1967 como un ente tripartita, constituido por la Beneficencia de Nariño, el Instituto Colombiano de los Seguros Sociales y el Fondo Nacional Hospitalario. Funciona desde el 15 de Diciembre de 1975.

A partir del 10 de diciembre de 1994, se constituye en una Empresa Social del Estado, E.S.E., por ordenanza 067, expedida por la Asamblea Departamental de Nariño; proyectándose con los avances de la ciencia, la tecnología y la gerencia moderna a la comunidad del sur occidente del país (Unidad de Psicología del Hospital Departamental, 2003).

Misión: el Hospital Departamental de Nariño, Empresa Social del Estado, es una organización del sector público con autonomía propia, prestadora de servicios de salud en todos los niveles de complejidad. Sus propósitos fundamentales son satisfacer las necesidades de sus usuarios, dentro del marco legal de la seguridad social, con ética, responsabilidad, calidad y

humanismo, con el propósito de mejoramiento permanente de servicio a la comunidad. Esta organización valora la solidaridad, la equidad, respeto a la diversidad y libertad como fundamento de la constitución. El Hospital Departamental de Nariño es una organización de carácter regional, descentralizada y abierta (Unidad de Psicología del Hospital Departamental, 2003).

Visión: el Hospital Departamental De Nariño, E.S.E, se ha posicionado como la primera institución prestadora de servicios de salud del sector público de la región, contribuyendo al desarrollo de la comunidad, brindando atención en salud, con la máxima calidad humana, tecnológica y científica. Esta organización hará énfasis en la investigación para la generación del conocimiento, convirtiéndose en un modelo de empresa en salud que trascienda el nivel regional (Unidad de Psicología del Hospital Departamental, 2003).

### **Hospital Infantil “Los Ángeles”**

Reseña Histórica: en marzo de 1952, un grupo de damas nariñenses, después de un largo y cuidadoso estudio sobre la situación de la infancia desvalida y teniendo en cuenta que no se contaba con una institución que cubriera las necesidades apremiantes de los pequeños, resolvieron fundar en esta ciudad una institución de beneficencia denominándola Hospital Infantil los Ángeles, cuya finalidad sería albergar en él a la niñez que lo necesite y cuyos padres no cuenten con los recursos económicos necesarios para atenderlos en consultorio particular. Más tarde, cuando ya la idea iba tomando forma, se efectuó la primera sesión con el objeto de designar a las personas que

integrarían la junta directiva del hospital. Una vez conformada la junta directiva, ésta se encargó de buscar el lugar donde funcione el hospital, así como la Comunidad Religiosa que se haría cargo del mismo.

Después de varias gestiones se contrató la casa ubicada en la calle 20 No 22-12, donde funcionó por espacio de 12 meses y para el 3 de octubre de 1953 se había logrado que la Comunidad Niño Dios, con residencia en Cali, designara tres religiosas para encargarse del funcionamiento del hospital.

Después de su nacimiento y aproximadamente hasta el año de 1992 el hospital permaneció dentro de un entorno relativamente estable en el cual concebía el futuro como una extensión del pasado, no necesitando grandes esfuerzos para su supervivencia, si se tiene en cuenta el apoyo y paternalismo estatal que hasta ese entonces existía.

Posteriormente y con los rápidos y profundos cambios suscitados a nivel mundial y nacional se identificaba la inminente necesidad de trabajar con esquemas que permitan un cambio actitudinal en el talento humano de la organización, orientado al diseño y definición de estrategias que posibiliten una mejor y más rápida adaptación a las cambiantes condiciones del entorno, siendo este, el punto de partida par la implementación de herramientas como el modelo de gestión integral para la calidad, la productividad la competitividad y la administración por políticas (Hospital Infantil los Ángeles, 2002)

Misión: el Hospital Infantil los Ángeles rige sus procesos de prestación de servicios de salud a la población infantil desde la óptica de la espiritualidad la cual posibilita generar estilos de gestión que fortalezcan el autodesarrollo

personal y formas de vida saludables acordes con los cambios del entorno (Hospital Infantil “Los Ángeles”, 2002).

Visión: en el año de 2005 el Hospital Infantil Los Ángeles, conservará la posición de liderazgo ofreciendo a sus usuarios servicios de salud de alta complejidad y será reconocido en esta fecha por ser el mejor difusor de una cultura de calidad (Hospital Infantil “Los Ángeles”, 2002).

### **Hospital San Rafael**

Reseña histórica: el Hospital San Rafael de Pasto es una institución de carácter privado, sin ánimo de lucro, fundada en enero de 1932 por el padre Julio Piña Tejedor, perteneciente al orden hospitalaria de San Juan de Dios.

El Hospital San Rafael se encuentra ubicado en la calle 15 No. 42C-35 de la ciudad de San Juan de Pasto.

En la actualidad el hospital contribuye a mejorar la salud mental de la población ubicada en los departamentos de Nariño, Cauca, Valle del Cauca y Putumayo, en los tres niveles de prevención en salud. Estos servicios son: hospitalización en psiquiatría, consulta externa de psiquiatría, odontología, psicología, medicina general, trabajo social, terapia ocupacional, terapia recreativa, electroencefalogramas, electrocardiogramas y servicios de farmacia (Unidad de Psicología del Hospital San Rafael, 2002).

Misión: el Hospital San Rafael de Pasto, busca proporcionar al paciente, a su familia y la comunidad en general un excelente servicio en el área de psiquiatría, con criterios de calidad, equidad y con la participación de su talento humano comprometido con el carisma al estilo de San Juan de Dios, caracterizándose así, por ser un hospital más humano líder en promover y

contribuir a la salud mental de la población (Unidad de Psicología del Hospital San Rafael, 2002).

Visión: el Hospital se proyecta como una entidad líder en prestar un excelente servicio a la comunidad en general del sur occidente colombiano, brindando calidad en salud y educación soportada en la experiencia, idoneidad y creatividad de sus colaboradores (Unidad de Psicología del Hospital San Rafael, 2002).

### **Instituto Colombiano de Bienestar Familiar**

Reseña histórica: el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar [ICBF] es un establecimiento público, descentralizado, con autonomía administrativa y patrimonio propio, adscrito al Ministerio de Protección Social y creado por la ley 75 de 1968 entidad rectora del Sistema Nacional de Bienestar Familiar [SNBF ].

Para la ejecución de sus proyectos, el ICBF está conformado por 25 oficinas regionales, 8 agencias y 204 centros zonales en todo el país.

Nariño tiene su sede regional ubicada en la ciudad de Pasto barrio Mercedario y ocho centros zonales distribuidos así: a) centro zonal Pasto uno y Pasto dos, b) centro zonal Tumaco, c) centro zonal Tuquerres, d) centro zonal Barbacoas, e) centro zonal Ipiales, f) centro zonal la Unión, y, g) centro zonal Remolino (ICBF, 2003).

Misión: propender por la protección integral de los niños, niñas y la familia garantizando sus derechos (ICBF, 2003).

Visión: entre los servicios que presta el ICBF se encuentran dos grupos de programas:

1. Programas de prevención. Incluyen hogares comunitarios, hogares infantiles, restaurantes escolares, clubes juveniles, educadores familiares, escuela para familias, niños y niños desplazados por conflicto armado, apoyo a procesos de restablecimiento (convenio OIM-ICBF), recuperación nutricional, programa de bienestar para el adulto.

2. Programas de protección. Comprenden adopciones, protección al menor abandonado o en peligro, protección al menor autor o partícipe de una infracción penal, atención a la familia en procesos civiles y atención extrajudicial al menor y a la familia (ICBF, 2003).

### **Instituto Joaquín María Pérez**

Reseña histórica: el doctor Joaquín María Pérez fue un ilustre abogado Tuquerreño, que nació en el año de 1816 y falleció en 1896. De acuerdo con la cláusula cuarta de su testamento, destinó la totalidad de sus bienes para la fundación y sostenimiento de dos escuelas de primaria, una para niños y otra para niñas, de manera perpetua y con la prohibición expresa de cambiar su voluntad por parte de cualquier autoridad.

Mediante el acuerdo No 13 del 12 de mayo de 1944, el honorable Consejo Municipal de Pasto fundó el Instituto Joaquín María Pérez y encargó de su administración a la junta compuesta por tres miembros a nombre de la nación, el departamento y el municipio.

El nueve de enero de 1950 el Instituto Joaquín María Pérez inicio labores escolares con 100 niños y 100 niñas, distribuidos en tres grados en cada sección y cada grado a cargo de un profesor.

Desde su inicio, el Instituto fue administrado como una entidad privada sin ánimo de lucro, razón por la cual, con el transcurso de los años, el municipio perdió su noción de pertenencia, a tal punto que en los archivos oficiales figuraba como una escuela privada sin derecho a algunas ventajas de la protección oficial.

El Honorable Consejo de Pasto mediante acuerdo No 038 del 29 de agosto de 1997, municipalizó la institución y asumió su administración directa. A partir de esta fecha, el Instituto ha mejorado su planta física y ha ampliado su cobertura escolar, tanto por su propio prestigio como por la fusión con la Escuela San Felipe Neri.

En efecto, hallándose dicha escuela en dificultades por falta de planta física, la Alcaldía Municipal de Pasto determinó su integración con el Instituto mediante decreto No 0987 del 7 de mayo de 1999, trasladando aproximadamente 300 estudiantes y 13 docentes, ordenando que en adelante el conjunto se denominaría siempre Joaquín María Pérez (Instituto Joaquín María Pérez, 2003).

Misión: el Instituto Joaquín María Pérez es una institución de carácter público al servicio de estudiantes de bajos recursos económicos, que prevé instrumentos y estrategias eficaces para estimular al estudiante del nivel preescolar y básica primaria en un proceso de formación social, hasta obtener un joven íntegro con facilidad de adaptación a la educación básica secundaria.

Entregar a la sociedad pastusa niños capaces de liderar y resolver problemas en cualquier situación, con gran calidad humana y académica, que convivan en paz, armonía, con sentido de amistad, respeto, amor y que sean

estudiantes pensantes, críticos, imaginativos, razonables, analíticos y creativos; interesados en el aprendizaje del idioma inglés y tecnología para enfrentar los retos de la siguiente década (Instituto Joaquín María Pérez, 2003).

Visión: el Instituto Joaquín María Pérez en su visión hacia la calidad, espera lograr, al término de diez años, ser una institución educativa comprometida con los procesos de formación integral, capacitando niños estables, dinámicos, creativos, críticos, con autonomía, principios de equidad, responsabilidad, democracia y valía personal; habilitados para ingresar a la educación básica secundaria y brindarle unas herramientas que le permitan construir espacios donde los niños y las niñas participen democrática, autónoma y constructivamente en los procesos educativos y que su actitud gire entorno al cambio permanente de la sociedad local, regional, nacional e internacional. En donde la comunicación sea un espacio que les permita leer y escribir comprensivamente, resolver problemas matemáticos y de toda índole y avanzar en el conocimiento de las demás disciplinas, en la medida que el maestro refleje su compromiso profesional y ético demostrando en su trabajo cotidiano (Instituto Joaquín María Pérez, 2003).

### **Instituto San Juan Bosco**

Reseña histórica: el Instituto San Juan Bosco fue fundado el 17 de octubre de 1953 por Monseñor Diego María Gómez Tamayo, obispo de la ciudad de Pasto.

Actualmente, las instalaciones del Instituto Diocesano San Juan Bosco se encuentran en la calle 18 No.16-77 de la ciudad de Pasto; su carácter social es semi-privado ya que para el funcionamiento e instalaciones físicas depende de los aportes que recibe de la Diócesis de Pasto y para el pago de docentes depende del estado colombiano.

En el año escolar 2003-2004 cuenta con una totalidad de 2.207 estudiantes que se distribuyen así: preescolar 210 estudiantes, primaria 120 estudiantes y secundaria 788 estudiantes.

En las tres secciones de enseñanza cuentan con 68 profesores: 7 en preescolar, 31 en primaria y 30 en secundaria cada uno con su respectiva especialidad.

La población estudiantil pertenece en su gran mayoría a los estratos socioeconómicos uno, dos y en algunos casos al tres (Unidad de Psicología del Instituto San Juan Bosco, 2002).

Misión: se encuentra en proceso de modificación.

Visión: se encuentra en proceso de modificación.

### **ONG Movimondo**

Reseña histórica: Movimondo nace en 1971, como asociación de solidaridad y cooperación internacional para promover el desarrollo, la paz y la democracia en los países de África Austral. Después de 30 años, sus actividades han crecido de manera significativa, abarcando un total de 27 países de América Latina, África, Mediterráneo, Medio y Lejano Oriente. Hoy en día es una organización que, aunando ideales y profesionalidad, quiere apoyar a la

población más desprotegida favoreciendo su camino hacia la autosuficiencia económica y el desarrollo humano.

Movimondo está presente en Colombia desde 1998, realizando actividades de atención humanitaria y desarrollo en varias partes del país. Actualmente su labor se concentra en los departamentos de Cauca, Nariño, Bolívar y en la ciudad de Bogotá (ONG Movimondo, 2003).

Misión: Movimondo, actualmente inicia la ejecución del proyecto humanitario con desarraigados, que contempla como objetivo general contribuir al desarrollo económico y social de la población afectada por el conflicto en el sur occidente colombiano. Para alcanzar este objetivo, se ha planeado actuar en dos áreas de aplicación:

1. Rehabilitación en período de postemergencia: se atenderá a familias que lleven menos de 18 meses de desplazamiento. En el departamento de Nariño, se trabajará con 73 familias, beneficiarias de proyectos productivos y, posiblemente, también los serán de vivienda. Para el caso de Pasto, el número de familias, será de 51.

2. Estabilización en período de restablecimiento: en Nariño se brindará asistencia a 43 familias que lleven más de 18 meses en situación de desplazamiento. Ellos, igualmente se beneficiarán de proyectos productivos y tal vez de vivienda. El número de familias beneficiarias en Pasto será de 21 (ONG Movimondo, 2003).

Visión: Movimondo Colombia está empeñado en cuatro ejes de trabajo:

1. Atención a población en situación de desplazamiento por el conflicto interno, promoviendo la salida de la situación de emergencia y la reconstrucción del tejido socioeconómico.
2. Promoción de los derechos de la población con discapacidad favoreciendo su rehabilitación física, autosuficiencia económica e integración.
3. La protección de la biodiversidad y el desarrollo de las comunidades campesinas según los principios de la sostenibilidad cultural.
4. El mejoramiento de la atención escolar a la niñez en condición de desplazamiento y vulnerabilidad, promoviendo su integración en el sistema educativo formal (ONG Movimondo, 2003).

#### **Centro de Promoción Integral y Trabajo Comunitario Corazón de María**

Reseña histórica: el Centro de Promoción Integral y Trabajo Comunitario Corazón de María [Proinco], institución sin ánimo de lucro y de proyección social, guía su labor alrededor de la idea de comunidad, con una visión cristiana, con el fin de promover el desarrollo humano de niños y jóvenes, pertenecientes a estratos socioeconómicos menos favorecidos, mediante una educación basada en el hacer, saber y aprender, creando condiciones que permitan la capacitación, la formación para el trabajo y el servicio a la comunidad. Desarrolla su labor a través de colaboración interdisciplinaria, interinstitucional y con redes de apoyo.

En el Centro Proinco, la población beneficiaria oscila entre los 6 meses y los 22 años de edad, procedente de los barrios populares, con condiciones sociales y económicas críticas e inestables. Esta población se halla distribuida en tres

diferentes secciones como son: el Hogar Infantil, la Escuela Primaria y la Escuela de Artes y Oficios (Unidad de Psicología de Proinco, 2003).

Misión: el Centro de Promoción Integral y Trabajo Comunitario Corazón de María “Centro Proinco”, fundación sin ánimo de lucro, creada con fines de servicio social, promueve al desarrollo de los jóvenes, niños y niñas, desde la perspectiva de derechos, con espíritu cristiano y en procura de potenciar su libertad, su autonomía y su igualdad (Unidad de Psicología de Proinco, 2003).

Visión: la institución, como entidad formadora, trabajará por optimizar procesos educativos, que generen en los jóvenes y las jóvenes, niños y niñas un empoderamiento de sí mismo y una actitud social relevante (Unidad de Psicología de Proinco, 2003).

### **Sena Centro de Empleo**

Reseña histórica: de acuerdo con la ley 100 de 1993, capítulo II Sistema de Seguridad Social y específicamente el artículo 5º, se establece que, en desarrollo del artículo 48 de la Constitución Política

Mediante la Ley 119 de 1994, el SENA asume el compromiso de “crear y administrar un sistema de información sobre oferta y demanda laboral” (Congreso de Colombia, 1994) y desde los Centros de Información para el Empleo [CIE], distribuidos en 20 ciudades capitales, se encarga de captar y difundir información sobre el mercado laboral con el fin de facilitar la conexión de oferta y demanda y asegurar la pertinencia de la formación profesional (SENA Centro de Empleo, 2003).

Misión: el Centro de Información para el Empleo tiene como misión administrar un sistema de información que comunique a oferentes y

demandantes e incidir significativamente en los niveles de desempleo estructural, facilitando el acceso de los oferentes a la capacitación, la recalificación ocupacional y la validación de conocimientos; monitorear las tendencias del mercado laboral para brindar elementos que permitan orientar la formación profesional y direccionar políticas de empleo a nivel nacional; ampliar la cobertura del servicio, mediante la automatización de procesos orientados a autoconsulta para la búsqueda organizada de empleo (SENA Centro de Empleo, 2003).

Visión: el Centro de Información para el Empleo con la asesoría y apoyo de la dirección general, buscan sobre la base de un modelo genérico y simplificado apto, promover el fortalecimiento de la orientación ocupacional, el análisis del mercado laboral y la autoconsulta, a través de un sistema de información de vacantes para la búsqueda de empleo. Se pretende de esta manera facilitar una visión conceptual flexible a las condiciones e infraestructura propias de cada CIE. (SENA Centro de Empleo, 2003).

### **Centro de Investigación y Asesoría en Psicología**

Reseña histórica: hacia finales del año 1998 se hizo entrega de las actuales instalaciones donde funciona el Departamento de Psicología y la Unidad de Psicología del Centro de Investigación y Asesoría Psicológica [SINAPSIS], edificio que fue construido gracias a los esfuerzos de la dirección del Departamento y de los estudiantes del Programa de Psicología.

En el semestre A de 1999 se iniciaron las primeras prácticas profesionales en los consultorios, bajo la supervisión de la psicóloga Sonia Betancourt Zambrano, directora del Departamento de Psicología. Al inicio del segundo

semestre del año 1999, bajo la dirección del psicólogo Fredy Hernán Villalobos, aparece el nombre de SINAPSIS UDENAR, el cual surge como adaptación de la sigla Centro de Investigación y Asesoría en Psicología de la Universidad de Nariño.

Debido a la proyección de la formación de la unidad SINAPSIS, ésta ha extendido su cobertura asignando sus psicólogos practicantes a las sedes del Centro y del Liceo de la Universidad.

En el periodo B de 2001 la unidad empezó a contar con el apoyo profesional de la psicóloga Margarita Chaves Cerón, quien ocupa el cargo de coordinadora general de SINAPSIS hasta la actualidad (Unidad de Psicología de SINAPSIS, 2001).

Misión: el Centro de Investigación y asesoría en Psicología SINAPSIS, es una dependencia creada y respaldada por el Departamento de Psicología de la Universidad de Nariño.

SINAPSIS presta servicio psicológico en los diferentes campos de acción de la psicología (clínica, educativa, social-comunitaria y organizacional), con el fin de contribuir al mejoramiento de los procesos de formación profesional de los estudiantes de psicología, el desarrollo de estrategias de generación y análisis crítico del conocimiento y la búsqueda de mejores condiciones de vida, dentro y fuera del ámbito universitario, cimentándose en la rigurosidad científica dentro de un marco de excelencia, efectividad y eficiencia en sus procesos (SINAPSIS, 2001).

Visión: SINAPSIS, busca contribuir a la formación personal, profesional y académica de psicólogos con una visión integral de los enfoques y de los

campos de acción de la psicología; con sólidos valores éticos, actitudes y habilidades que garanticen la idoneidad en su formación y desempeño.

De igual manera, pretende consolidarse como un centro que lidere el proceso de investigación que se den al interior del programa de psicología y de la Universidad de Nariño, definiendo líneas, pautas, procesos y tendencias de investigación, en contacto con redes mundiales y nacionales de investigación, generando el avance en la teoría y práctica psicológica en consonancia con los avances más recientes de la psicología y las problemáticas y realidades específicas de la región. De tal manera que de a conocer el estado actual y los aportes de la psicología a la solución de problemas teóricos y prácticos de la sociedad (Unidad de Psicología de SINAPSIS, 2001).

### **Antecedentes**

Mahoney y Fernández, (1998) llevaron a cabo una investigación sobre “La vida personal del psicoterapeuta” en la cual recurrieron a un cuestionario de auto-administración, que fue distribuido entre los asistentes a la 10ª Convención Anual de la Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (Sociedad para la Exploración de la Integración en Psicoterapia) y al 4º Congreso Internacional sobre Constructivismos en Psicoterapia, ambos llevados a cabo de manera sucesiva en Buenos Aires (Argentina), en julio de 1994.

De aquellos que respondieron el cuestionario, 60% eran mujeres y el 40% hombres, que oscilaban entre 23 y 65 años de edad y cuya orientación teórica actual se distribuía: psicodinámica (36.7%), sistémica (25%), ecléctica (17.1%),

cognitiva (13.7%), humanista (4.9%), biológica (2.4%) y terapia comportamental (2.4%).

Inicialmente Mahoney y Fernández (1998) hablan sobre el psicoterapeuta como persona, haciendo alusión a la idea derivada generalmente de fuentes culturales, según la cual, existe la tendencia a estructurar una concepción del terapeuta en torno a dos polaridades: por una parte se encuentra la imagen del psicoterapeuta como una persona que aún no ha logrado resolver sus problemas, pero que ayuda y aconseja a las otras personas para que puedan solucionar sus conflictos; por otra parte, plantean la idea de una persona casi perfecta, y que por tanto se constituye en un modelo a seguir por parte de sus consultantes .

En esta investigación se determinaron unas categorías de respuesta, a partir de las cuales se analizaron los resultados; estas se relacionaban principalmente con temas como la felicidad en la vida de los psicoterapeutas, si provienen de hogares felices, sus problemas personales, aspectos que les producen estrés y formas de afrontarlo, efectos de la práctica profesional sobre su vida personal y finalmente su experiencia como consultantes pacientes.

En cuanto a los resultados, los participantes de esta encuesta afirmaron ser personas felices y saludables y que estaban conformes consigo mismos y con el trabajo que realizaban. También indicaron que habían tenido infancias felices, a pesar de que algunos habían experimentado pérdidas importantes o abusos cuando eran niños; además, sólo algunos atribuyeron sus problemas psicológicos a sus padres.

En cuanto a los aspectos que consideraban más complicados dentro de la

labor terapéutica, hicieron referencia a la resistencia e ira de los consultantes, a los intentos de suicidio y también al comportamiento paranoide y delirante.

Entre algunos de los problemas personales más importantes encontrados en los terapeutas, estaban la seguridad económica, la ansiedad y el agotamiento, los problemas familiares, baja auto-confianza o autoestima, problemas de peso y soledad; aunque la mayoría de los psicoterapeutas de este estudio afirmaban que sus problemas los habían convertido en mejores terapeutas, una mínima parte de ellos refirió que la calidad de sus servicios profesionales se había afectado negativamente por aquellos problemas. Sólo el 4% de los terapeutas preferían no atender consultantes con problemas que no hubieran sido resueltos por ellos mismos. Finalmente, una minoría manifestó preocupación por la similitud entre ellos y sus consultantes.

Entre los métodos utilizados por los terapeutas para afrontar el estrés fueron nombrados: la vida social con amigos, ver televisión, escuchar música, practicar deportes o ejercicios y terapia personal entre otros.

En cuanto a la psicoterapia personal, casi la mitad la recibía habitualmente y la mayoría hizo alusión a ésta como valiosa y enriquecedora, no obstante, algunos anotaron haber tenido experiencias negativas dentro de ella.

Para concluir, se encontró que las percepciones de los terapeutas con relación a la influencia de su trabajo en sus vidas fueron por lo general positivas, lo cual tuvo efectos más notables con los años de experiencia en el trabajo. Entre los efectos que se nombraron estaban: aumento de la autoconciencia, mayor respeto por la diversidad humana, profundización del aprecio por las relaciones humanas, mayor tolerancia a la ambigüedad,

aceleración del desarrollo psicológico, recuerdos vividos de éxitos de los consultantes, aumento de la sabiduría, agotamiento emocional, aumento de la capacidad de disfrutar, cambios en los valores personales, sentir la terapia como una forma de servicio espiritual, dudas acerca del valor de la psicoterapia, recuerdo de tragedias de los consultantes, aumento de la capacidad de separarse de sentimientos, entre otros. Finalmente, hubo una mayor tendencia por parte de los hombres quienes reportaron que la práctica profesional no había tenido ningún efecto sobre su vida personal.

Por otro lado, en la Universidad Federal de Río Grande del Norte, Natal, Brasil, se llevó a cabo una investigación sobre “El Proceso de Ansiedad en Estudiantes de Psicología Durante las Prácticas Profesionales” (Werner et al., 2003), que tuvo como objetivo evaluar objetivamente la ansiedad en los estudiantes de psicología cuando ingresan al quinto año.

La muestra estaba constituida por 24 alumnos de quinto año de psicología que estaban realizando prácticas en áreas clínica, hospitalaria, escolar y organizacional, de esa universidad.

Para la medición se utilizaron protocolos que incluían una ficha de identificación, actividades desarrolladas dentro y fuera de la universidad y un inventario de Ansiedad Rasgo-Estado (IDARE).

“Los resultados de esta investigación mostraron que los valores medios de las niveles de rasgo y estado de ansiedad de los estudiantes fueron de  $46,33 \pm 11,07$  y  $47,67 \pm 9,10$ , respectivamente. Se verificó también, que los niveles de ansiedad en hospital y clínica fueron los más significativos. En

hospital, se percibió que los niveles medios de rasgo y estado de ansiedad, fueron de  $48,25 \pm 9,25$  y  $50,75 \pm 8,88$ , respectivamente, y en clínica estos niveles fueron de  $43,64 \pm 12,46$  y  $46,82 \pm 8,80$ , respectivamente” (Werner et al. 2003, p.206).

Werner et al (2003) plantean que estos datos tomados en conjunto muestran que la situación de la práctica es ansiogénica y que los practicantes de hospital, en especial, presentan mayores niveles de estado y rasgo de ansiedad. Esto sugiere que están en situación de estrés, pues además de las demandas académicas y de las exigencias profesionales propias de las prácticas, conviven directamente con enfermedades, dolor y muerte (factores ansiogénicos). Cabe una reflexión sobre las consecuencias negativas de la ansiedad en el proceso de aprendizaje, puesto que los factores ansiogénicos reducen la atención y concentración (p.206).

La investigación “Vocational interests and vocational satisfaction of licensed psychologists in Puerto Rico” (Maldonado y Rivera, 2002) se realizó con una muestra de 247 psicólogos y psicólogas de Puerto Rico, quienes contestaron un cuestionario de datos demográficos, el Inventario Cirino de Intereses Vocacionales (ICIV) y la Escala de Satisfacción con la Profesión (ESP). Estos profesionales manifestaron altos intereses artísticos, sedentarios y verbales. Las psicólogas también manifestaron intereses manuales y científicos. El 85% manifestó estar satisfecho con su profesión y reingresaría a la psicología si tuviera la oportunidad de hacerlo nuevamente. El perfil de intereses obtenido de los psicólogos y psicólogas satisfechos es similar al del grupo en general,

aunque los varones de este grupo obtuvieron puntuaciones altas en la escala de intereses científicos contrario al grupo general. Los psicólogos insatisfechos manifestaron altísimos intereses legales. Se encontró una correlación moderada entre los intereses vocacionales y la satisfacción vocacional. Se observó que los intereses de interés social y servicio social contribuyeron a la satisfacción vocacional.

### **Marco Teórico**

El término ansiedad en el campo de la psicología ha sido utilizado de manera ambigua, abarcando una gran variedad de fenómenos diferentes, como miedo, angustia o estrés. Por ello, hoy en día no solo la psicología, sino gran parte de la población aún continúan dándole un uso que, difícilmente se concreta u operacionaliza.

En esta sección, por tanto, se presentan los principales modelos cognitivo-conductuales de la ansiedad, se diferencia la ansiedad de otros fenómenos similares y, puesto que la ansiedad puede ser focalizada hacia un objeto (cuando no es generalizada) y en este caso el interés se orienta hacia la ansiedad ante la práctica clínica, se presenta la concepción de la psicología clínica desde los enfoques psicológicos que maneja la Universidad de Nariño.

### **Teorías sobre la ansiedad**

Como aproximación al conocimiento de la ansiedad, se iniciará con una presentación de diferentes modelos teóricos que contribuyen a la conceptualización de la misma.

### **Teorías conductuales del aprendizaje**

Desde el punto de vista de la teoría del aprendizaje se encuentran modelos que explican la ansiedad en términos de los paradigmas de condicionamiento, de los cuales se citan el del condicionamiento clásico y el modelo bifactorial mediacional.

Desde el condicionamiento clásico se puede interpretar la ansiedad como conjunto de respuestas aprendidas. Así, Watson y Rayner en el año 1920 afirman en su teoría que un estímulo neutro se convierte en un estímulo condicionado de ansiedad y cuya propiedad para elicitarse o provocar ansiedad puede generalizarse a otros estímulos (Belloch, Sandín y Ramos, 1995).

Por otro lado, Mowrer en el año de 1939 plantea un modelo bifactorial mediacional, según el cual, el miedo o la ansiedad es una respuesta interna del organismo que puede aprenderse mediante el condicionamiento clásico; en 1960, añadió a su planteamiento inicial el modelo explicativo del condicionamiento operante apoyándose en el paradigma de evitación activa, es decir, en esta teoría se incluyeron dos formas de aprendizaje relacionadas para explicar la adquisición de la ansiedad (Belloch et al., 1995).

La teoría de Eysenck, formulada en 1979, constituye un aporte importante en la explicación del incremento paradójico de la ansiedad y la no extinción en ausencia del estímulo incondicionado como lo plantean otras teorías. Este autor sostiene que puede producirse una incubación (incremento) de la ansiedad cuando la respuesta condicionada actúa como reforzador de la conexión estímulo condicionado - respuesta condicionada; para ello, la respuesta

condicionada debe ser suficientemente fuerte y el estímulo incondicionado de corta duración (Belloch et al., 1995).

Esta teoría permite explicar porqué técnicas como la desensibilización sistemática y la inundación, aunque son opuestas, son apropiadas y permiten la reducción de la ansiedad; además, explica el incremento paradójico de la ansiedad cuando se aplican inadecuadamente los procedimientos terapéuticos, es decir, el tiempo de exposición del sujeto al estímulo condicionado es corta y la respuesta condicionada es muy intensa (Belloch et al., 1995).

Un punto de apoyo de esta teoría lo constituyen los estudios experimentales de Napalkov; él observó que, tras condicionamiento pavloviano en perros, la respuesta condicionada se incrementaba sustancialmente cuando se presentaba el estímulo condicionado solo. Por otra parte, evidencia empírica de Sandín y Chorot (1989, citados por Belloch et al., 1995) muestran resistencia a la extinción de las respuestas condicionadas de miedo fóbico asociado al estímulos condicionados elevados durante la adquisición y durante la fase de extinción períodos cortos de exposición al estímulo condicionado.

Seligman en 1970 propone su teoría de la preparación, la cual parte del supuesto de que el organismo está preparado filogenéticamente para asociar determinados estímulos con mayor facilidad que otros. Dependiendo de las características de los eventos asociativos (estímulos y repuestas) el organismo puede estar preparado, no preparado o contrapreparado para aprender (Belloch et al., 1995).

### **Modelos cognitivos y aprendizaje de la ansiedad**

Los modelos cognitivos difieren de modelos anteriores en cuanto se postulan nuevos constructos hipotéticos en la explicación de miedos y fobias, de manera que se permite inferir formas indirectas de aprendizaje, que no implican la presencia físico del estímulo incondicionado.

Entre los modelos cognitivos de aprendizaje se destaca la teoría de Rachman en 1991, quien señala que el neocondicionamiento se basa en el concepto según el cual los estímulos son unidades de información y por tanto están representados cognitivamente (Belloch et al., 1995).

Otro modelo cognitivo del aprendizaje es el de Bandura, quien en 1977 postula que la ansiedad está ligada más a las expectativas de autoeficacia que a las de resultado; las primeras se refieren a la percepción que la persona tiene sobre su capacidad para realizar con éxito actividades concretas. Esta teoría tiene mayor aplicación al explicar el mantenimiento de la ansiedad, que su adquisición (Belloch et al., 1995).

Por otro lado, el modelo de la expectativa de la ansiedad de Reiss, propuesto en 1980 se fundamenta en ideas del neocondicionamiento pavloviano, tal como la no necesidad de asociación por contigüidad entre el estímulo condicionado y el estímulo incondicionado para explicar la adquisición de miedo o el papel de las expectativas, es decir, según este modelo lo que se aprende en el condicionamiento pavloviano son expectativas de ocurrencia o no ocurrencia; además, este autor integra aspectos operantes como el reforzamiento negativo y el autorreforzamiento, aunque no son primordiales en su modelo. Más adelante incluye el concepto de sensibilidad a la ansiedad

como una variable de vulnerabilidad para el desarrollo y mantenimiento de los trastornos de ansiedad, y como una variable de diferencias individuales, que se refieren a creencias sobre consecuencias personales de experimentar ansiedad como una sensación peligrosa (Belloch et al., 1995, p. 133).

Davey (1989, citado por Belloch et al., 1995), explicó el mantenimiento y la incubación de la ansiedad, a través de un modelo pavloviano y el concepto de *reevaluación del estímulo*. En este sentido, cuando el estímulo condicionado se asocia con el estímulo incondicionado, elicitaba una representación cognitiva del segundo; esta representación es evaluada, lo que determina la fuerza de la respuesta condicionada. En la reevaluación del estímulo incondicionado pueden influir factores como la experiencia que se ha tenido con éste, información acerca del mismo y la autoobservación de las reacciones al estímulo condicionado y al incondicionado.

Davey afirma que la capacidad del estímulo condicionado para activar una representación cognitiva del estímulo incondicionado, depende de factores (información sobre la situación, transmisión de la información y creencias acerca de la contingencia del estímulo condicionado y el estímulo incondicionado) que determinan la expectativa de resultado, es decir, si el sujeto espera que el estímulo incondicionado aparezca tras la presentación del estímulo condicionado (Belloch et al., 1995).

Davey aportó evidencia empírica con relación a este modelo. En su primer trabajo, reafirmó que la incubación de la ansiedad estaba relacionada con la sobrevaloración del estímulo incondicionado. Jones y Davey (1990, citados por Belloch et al., 1995) en el segundo trabajo, "obtienen datos que sugieren que la

revaloración del estímulo incondicionado, durante períodos en que el estímulo condicionado y el incondicionado están ausentes, favorece la persistencia de una respuesta condicionada de miedo en ausencia de posteriores emparejamientos entre el estímulo incondicionado” (p. 137).

### **Modelos de procesamiento de la información**

Las teorías sobre la ansiedad basadas en el procesamiento de la información se fundamentan en la creencia de que existen estructuras cognitivas relacionadas con los trastornos de ansiedad. Entre las teorías más destacadas están la del proceso bioinformacional y la de sesgos cognitivos y ansiedad.

La teoría del procesamiento de información formulada por Lang en 1979 (citado por Belloch et al., 1995), basa su concepto en la descripción de la imagen emocional. Asume que toda la información, incluyendo las imágenes mentales, es codificada en el cerebro de forma abstracta y uniforme, y no de forma icónica o análoga.

“Uno de los objetivos de la teoría bioinformacional consistía en integrar los tres modos de respuesta de la ansiedad sugeridos previamente por este autor. Para responder a esta cuestión Lang sugirió que la información sobre la ansiedad (y otras emociones) es almacenada en la memoria a largo plazo en redes asociativas (redes emocionales) consistentes en elementos ligados de forma lógica, exactamente como cualquier otra información” (Belloch et al., p.339).

Por su parte, Beck y Bower en 1988 plantearon que los trastornos de ansiedad se explican por la existencia de una estructura cognitiva disfuncional,

responsable de producir determinados sesgos en los aspectos del procesamiento de la información (atención/ codificación, interpretación/ razonamiento/ y recuperación) y finalmente, al desarrollo de un proceso emocional alterado (Belloch et al., 1995).

### **Modelos biológicos de la ansiedad**

Los trastornos de ansiedad se aprenden a través de distintas vías que implican niveles de funcionamiento emocional, cognitivo y también biológico, constituyendo este último una modalidad de manifestación de la ansiedad.

Barlow en 1988 señala que existen aspectos en los trastornos de ansiedad que pueden ser heredados de forma independiente. Con respecto a ello, Belloch et al., (1995) plantean que lo que se hereda es la vulnerabilidad para adquirir un trastorno de ansiedad, más que el trastorno como tal; de este modo, dentro de esta teoría también es pertinente tener en cuenta la contribución de los factores ambientales en el desarrollo de la ansiedad (Belloch et al., 1995).

Finalmente, la respuesta psicofisiológica es un componente primordial de la ansiedad, el cuál se relaciona frecuentemente con la activación del sistema nervioso autónomo; aunque también pero en menor grado, se ha asociado con la psicofisiología del sistema nervioso central. Los datos psicofisiológicos han mostrado eficacia en cuanto a las estrategias para evaluar la ansiedad y además como variables que podrían establecer diferencias entre los trastornos de ansiedad.

### **Concepto y categorización de la ansiedad**

#### **Ansiedad y otras variables**

Cuando se habla de la ansiedad se hace referencia a un estado inherente al ser humano y a su existencia, otorgándole de esta forma el protagonismo en el desarrollo y evolución de la humanidad como el motor de la vida.

El término ansiedad ha estado asociado al uso de diversos términos relacionados, como miedo, fobia, angustia y estrés; esto además de crear confusión confiere ambigüedad al término ansiedad.

Para aclarar la diferencia y la posición que se asume en este trabajo, a continuación se realiza una revisión acerca de estos términos en relación con la ansiedad.

Los términos *ansiedad* y *angustia* derivan de la raíz indogermánica *angh*, que significa estrechez y constricción y también malestar y apuro. A partir de la influencia latina y posteriormente mediante el influjo de la psiquiatría francesa, que diferenció entre *anxiété* y *angoisse* (malestar del espíritu, sentimiento de constricción epigástrica), se determinó la ansiedad como el predominio de componentes psíquicos y la angustia como predominio de componentes físicos (Belloch et al., 1995).

Los términos *ansiedad* y *miedo* operativamente suelen identificarse; pero su diferencia radica en que el miedo se asocia a algún tipo de estímulo externo amenazante identificable, y la ansiedad se define como un estado emocional más difuso y sin una fuente externa de amenaza reconocible; aunque pueden existir estímulos elicitors no fácilmente identificables, en ocasiones de tipo interno o interoceptivo, estos representan mayor dificultad para determinarse que los estímulos externos (Belloch et al., 1995).

Con respecto a la *ansiedad* y las *fobias*, se señala que estas últimas cumplen con ciertos requisitos que difieren de la ansiedad en aspectos tales como: frecuencia, intensidad y especificidad del estímulo elicitor. Marks en ese sentido (1969, citado por Belloch et al., 1995), postuló los siguientes requisitos: a) “existencia de miedo desproporcionado en relación con el carácter amenazante de la situación, b) el miedo conduce necesariamente a la evitación de la situación temida, c) no existe una posible explicación lógica del fenómeno (la persona es conciente de esta irracionalidad), d) sobrepasan el posible control voluntario, e) producen cierto grado de malestar o sufrimiento” (Belloch et al., 1995, p. 55).

Muchos autores han planteado la similitud entre los conceptos de *estrés* y *ansiedad*; otros establecen la diferencia entre ellos, definiendo la ansiedad como una emoción subjetiva que acompaña al estrés.

En primera instancia es importante revisar el concepto de estrés; este se ha definido a partir de tres perspectivas; como estímulo, como respuesta o como la interacción entre estos dos.

Una definición que hace parte de esta última línea es la de Lazarus y Folkman quienes en 1986, plantearon el estrés como un proceso que incluye una activación fisiológica, demandas del medio externo o interno, una valoración cognitiva sobre las mismas y también sobre los recursos personales para afrontarlas. De este modo, esta visión resalta la interacción entre la persona y el ambiente (Kareaga, 1998).

Ampliando lo referente a la evaluación cognitiva, se diferencian dos tipos:

1. Evaluación primaria: se refiere a la evaluación del estresor. Puede ser: a) irrelevante, b) benigno–positiva, o, c) evaluación estresante.

Una evaluación estresante pueden ser valorada como: a) daño/ pérdida, b) amenaza, o, c) desafío o reto. La valoración cognitiva de un estresor como *amenaza*, puede ir acompañada de emociones desagradables como miedo, ansiedad y mal humor.

2. Evaluación secundaria: hace alusión al reconocimiento de aquellos recursos con que cuenta la persona para afrontar la situación, es decir, evalúa su capacidad de afrontamiento.

Por otra parte, McKay, Davis y Fanning en 1985 “definen el síndrome del estrés como una combinación de tres elementos: el ambiente, los pensamientos negativos y las respuestas físicas. Estos interactúan de tal manera que hacen que la persona se sienta ansiosa, colérica o deprimida” (Kareaga, 1998, p. 23).

Una postura que puede resultar más concreta es la de Belloch et al. (1995), ellos sugieren: un fenómeno que suele ser común en la respuesta del estrés es la sensación subjetiva de malestar emocional... El tipo de emociones que suelen acompañar a la experiencia de estrés son *emociones negativas*, como por ejemplo ansiedad, miedo, ira, depresión, etc.... Las emociones, por tanto, acompañan y determinan en gran medida los procesos de estrés.... Por otra parte, como se sabe, la emoción posee también componentes cognitivos, conductuales, además de la experiencia emocional (p. 32).

Por tanto, en este último planteamiento se asume la ansiedad como una respuesta asociada al estrés, de tipo emocional y que independientemente incluye componentes cognitivos y conductuales.

## **Ansiedad**

Por citar un ejemplo representativo, Spielberger describe la ansiedad como “una reacción emocional que consiste en las sensaciones subjetivas de la tensión, el temor, el nerviosismo y la preocupación, así como una elevada actividad del sistema nervioso autónomo (Spielberger, 1979, p. 16).

“El estado de ansiedad tiene una intensidad variable y fluctúa en el tiempo...La incertidumbre, la aprensión y el nerviosismo acompañan los niveles moderados de ansiedad, mientras que los niveles muy altos se caracterizan por un miedo y un temor intenso aunados a un comportamiento de pánico” (Spielberger, 1979, p. 47).

Wolpe en 1979 se refiere a la ansiedad como “una reacción autónoma de un organismo tras la presentación de algún estímulo nocivo” (Belloch et al., 1995, p.55).

La respuesta de ansiedad posee la capacidad de anticipar o señalar un peligro o amenaza para el propio individuo; esta respuesta es de importante valor por su utilidad biológica adaptativa, siendo desadaptativa cuando como en la ansiedad clínica se anticipa un peligro irreal.

En 1984 Spielberger afirmó que la ansiedad puede ser entendida como una respuesta normal y necesaria o como una respuesta desadaptativa, siendo esta última considerada por algunos autores como una ansiedad patológica o ansiedad clínica por manifestarse con mayor intensidad y frecuencia que la ansiedad normal (Belloch et al., 1995).

La diferencia entre ansiedad clínica y no clínica se establece según la demanda de tratamiento de la propia persona, que puede estar determinada por

múltiples factores como creencias y situaciones personales y de su entorno, a parte de los propios problemas de ansiedad (Belloch et al., 1995).

### **Componentes de la ansiedad**

De acuerdo con Sandín y Chorot (1986, citados por Belloch et al., 1995), la ansiedad implica tres componentes, modos o sistemas de respuesta: subjetivo (o cognitivo), psicofisiológico (o somático), y motor (o conductual).

**Subjetivo-cognitivo.** También denominado verbal-cognitivo, está relacionado con la percepción y evaluación subjetiva que hace el individuo de los estímulos y estados asociados con la ansiedad (Belloch et al., 1995).

Para efectos de esta investigación el componente subjetivo-cognitivo se orientará en procesos como memoria, atención, pensamientos anticipatorios y las distorsiones cognitivas definidas por Beck.

Memoria: capacidad de almacenamiento y duración de la información en el cerebro, existen tres tipos de memoria: memoria sensorial, memoria de trabajo ó memoria a corto plazo y memoria a largo plazo.

Atención: Tudela (1992, citado por De Torres, Tornay y Gómez, 1999) “caracteriza la atención como un mecanismo central (cognitivo, no sensorial ni motor) cuya función principal es la de orientar y controlar la actividad del organismo consciente de acuerdo a un objetivo determinado” (p. 201).

Pensamiento anticipatorio: “Se refiere a un proceso cognitivo de evaluación sobre un acontecimiento que todavía no ha ocurrido, respecto del cual, el individuo calcula posibles riesgos, cómo se producirán o no, y cómo podrían prevenirse o afrontarse” (Baeza, 2001).

Distorsiones cognitivas: “los errores en el procesamiento de la información derivados de los esquemas cognitivos o supuestos personales reciben el nombre de distorsión cognitiva. Básicamente serían errores cognitivos” (Ruiz y Cano, 2002).<sup>III</sup>

<sup>III</sup> Dentro de esta investigación se consideran las siguientes distorsiones cognitivas referidas por Beck en 1984:

1. Inferencia arbitraria: “se refiere al proceso de adelantar una determinada conclusión en ausencia de evidencia que la apoye o cuando la evidencia es contraria a la conclusión” (Beck, 1984, p. 21).

2. Pensamiento absolutista, dicotómico: se refiere a la clasificación de las experiencias en dos polos: bueno – malo, perfecto – imperfecto, entre otros. Con respecto a esta distorsión, las personas harían una descripción de sí mismos utilizando categorías del extremo negativo (Beck, 1984).

3. Maximización y minimización: “quedan reflejadas en los errores cometidos al evaluar la significación o magnitud de un evento” (Beck, 1984, p. 22).

4. Personalización: “Se refiere a la tendencia y facilidad del cliente para atribuirse a sí mismo eventos externos cuando no existe una base firme para tal conexión” (Beck, 1984, p. 22).

5. Generalización excesiva: concluir algo a partir de evidencias aisladas y aplicarlo a varias situaciones que pueden estar relacionadas o no (Beck, 1984).

6. Abstracción selectiva: conceptualizar una experiencia con base en un aspecto extraído fuera de su contexto, sin tener en cuenta otros detalles importantes (Beck, 1984).

**Psicofisiológico-somático.** Entre los cambios fisiológicos que suelen acompañar a la ansiedad se encuentran: el incremento de la actividad del sistema nervioso autónomo, que puede reflejarse tanto en cambios externos (sudoración, dilatación pupilar, temblor, incremento de la tensión muscular, palidez facial, etc.) como internos (aceleración cardiaca, descenso de la salivación, aceleración respiratoria), de control voluntario (agitación, defecación, respiración, etc.) e involuntario o parcialmente voluntario (palpitaciones, vómitos, temblor, etc.). Los cambios pueden ser desagradables contribuyendo a conformar el estado subjetivo de ansiedad (Belloch et al., 1995).

Para efectos de esta investigación estos síntomas se clasificarán en sistemas, teniendo en cuenta la agrupación realizada por Becerra (2003):

*Sistema cardiovascular.* Palpitaciones, pulso rápido, tensión arterial alta, accesos de calor.

*Sistema respiratorio.* Sensación de sofoco, ahogo, respiración rápida y superficial, opresión torácica.

*Sistema gastrointestinal.* Náuseas, vómitos, diarrea, aerofagia, molestias digestivas.

*Sistema genitourinario.* Micciones fuertes, enuresis, eyaculación precoz, frigidez, impotencia.

*Sistema neuromuscular.* Tensión muscular, temblor, hormigueo, dolor de cabeza tensional, fatiga excesiva.

*Sistema neurovegetativo.* Sequedad de boca, sudoración excesiva, mareos.

**Motor-conductual.** Componentes observables de la conducta como expresión facial y movimientos o posturas corporales, fundamentalmente las respuestas instrumentales de escape (huida) y evitación (Belloch et al., 1995).

Considerando la clasificación realizada por Becerra (2003), en esta investigación también se describirán componentes observables tales como: hiperactividad, movimientos torpes y desorganizados, tartamudeo y otras dificultades de expresión verbal.

### **Psicología clínica**

Disciplina o campo de especialización de la psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por esta para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir los comportamientos anormales o cualquier otro comportamiento humano relevante para la salud y la enfermedad, en los distintos contextos en que estos puedan tener lugar (Colegio Oficial de Psicólogos de España, 1998).

La psicología clínica es un campo de aplicación de la psicología dentro del cual se incluyen diversidad de terapias con enfoques como el psiconalítico, la gestalt, el sistémico, la modificación de conducta, entre otros; así como estos convergen en algunos puntos, también difieren en muchos otros aspectos que particularizan su abordaje terapéutico. Teniendo en cuenta esta perspectiva y el contexto de la presente investigación, se tratarán diferentes aspectos relacionados con los enfoques cognitivo-conductual, psicoanalítico y humanista, que corresponden a los tres enfoques con los que trabaja la población del estudio.

### **Enfoque cognitivo-conductual**

Puede definirse como el conjunto de posiciones teóricas de la psicología que se centran en el comportamiento como objeto de estudio y pueden asumir constructos teóricos que expliquen el comportamiento observable y puedan llegar a definirse y operacionalizarse concretamente. Este enfoque concibe que las conductas, adaptativas o desadaptativas, son adquiridas, modificadas o extinguidas por medio del aprendizaje, en la interacción del individuo con el medio, o que pueden modificarse a partir del manejo cognitivo, en términos de procesos mediacionales o de esquemas.

### **Terapia cognitivo-conductual**

Brewin en 1996 afirmó con relación a la terapia cognitivo-conductual que éste es un término genérico que se refiere a las terapias que incorporan tanto intervenciones conductuales (intentos directos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando el comportamiento) como intervenciones cognitivas (intentos de disminuir las conductas y emociones disfuncionales modificando las evaluaciones y los patrones del pensamiento del individuo). Ambos tipos de intervenciones se basan en la suposición de que un aprendizaje anterior está produciendo actualmente consecuencias desadaptativas, y que el propósito de la terapia consiste en reducir el malestar o la conducta no deseados desaprendiendo lo aprendido o proporcionando experiencias de aprendizaje nuevas, más adaptativas (Lega, Caballo, y Ellis, 1997, p. 3).

Con relación a esta definición, se debe destacar que la terapia cognitivo conductual a diferencia de otro tipo de terapias psicológicas, se centra en la modificación de conductas, emociones y cogniciones disfuncionales del individuo en sí mismas y no como síntomas de algún estado subyacente e

inaccesible. Además, la terapia cognitivo conductual, determina unos objetivos claros y específicos de tratamiento y se centra en los problemas del consultante en el aquí y el ahora.

La terapia cognitivo conductual se caracteriza además por ser breve y, aunque el terapeuta tiende a ser directivo, el consultante tiene un papel activo, fomentándose de este modo la colaboración entre los dos.

Aunque en esta definición de terapia cognitivo-conductual se hace énfasis en la intervención propiamente dicha, la terapia es un proceso que incluye además evaluación y formulación clínica, cierre y seguimiento.

Respecto a la evaluación clínica psicológica Mash (1979, citado por Labrador y Mayor, 1984) afirmó: "La evaluación conductual designa el proceso de obtención de información que permite tomar decisiones sobre la producción de un cambio de conducta y la evaluación de ese cambio" (p. 94).

Aunque la evaluación conductual es considerada como una etapa inicial dentro de la terapia, es primordialmente un proceso continuo desarrollado a lo largo de ésta. Entre los objetivos de la evaluación están: a) identificar la conducta problema y las variables que controlan su aparición, b) establecer los objetivos de intervención, c) dar información y seleccionar las técnicas terapéuticas más adecuadas y d) evaluar los resultados de la intervención desde que inician hasta que finalizan.

La formulación clínica: consiste en precisar adecuadamente el caso clínico, o sea, describir la(s) conducta(s) problema y las variables relacionadas con esta(s). A partir de la formulación clínica se seleccionan los procedimientos de intervención psicoterapéutica óptimos y necesarios para el caso particular.

La intervención clínica psicológica se refiere a la aplicación de procedimientos terapéuticos (cognitivos o conductuales), para inducir modificaciones en las conductas-problema identificadas en la evaluación; en este sentido, las intervenciones se adecuan a cada caso. La intervención puede ser de aplicación individual, en pareja o en grupo y ser llevado por uno o más psicólogos constituidos en equipo.

El cierre del caso hace alusión a la finalización de la terapia, cuando el psicólogo evalúa que se han cumplido los objetivos de intervención y, de este modo, determina que el consultante es capaz de manejar sus problemas independientemente y de utilizar las herramientas proporcionadas en la terapia en su ambiente natural.

Finalmente, el seguimiento consiste en la evaluación de las modificaciones generadas en la terapia después de que esta ha finalizado, es decir si estos cambios se mantienen o no.

### **Enfoque psicoanalítico**

Freud se refiere al psicoanálisis no sólo como una forma particular de terapia psicológica, sino que afirma además que constituye una teoría centrada en la personalidad: “Freud dijo muchas veces que el psicoanálisis es una teoría de la personalidad, un método de psicoterapia y un instrumento de investigación científica, queriendo señalar que por una condición especial intrínseca, en esta disciplina, el método de investigación coincide con el procedimiento curativo, porque a medida que uno se conoce a sí mismo puede modificar su personalidad” (Etchegoyen, 1999, p.27)

Teniendo en cuenta la evolución histórica de la terapia psicoanalítica, se

puede hablar de características como: a) el marco de la terapia psicoanalíticamente orientada es la relación interpersonal entre el analista (terapeuta) y el analizado (consultante), b) teniendo en cuenta su método, la psicoterapia se orienta a la psiquis esencialmente a través de la comunicación, y, c) a diferencia de otros procesos de comunicación como la enseñanza, el adoctrinamiento, entre otros, la terapia tiene como objetivo *curar* (Etchegoyen, 1999).

### **Terapia psicoanalíticamente orientada**

Es importante aclarar que, de acuerdo con la formación que ofrece el programa de psicología de la Universidad de Nariño, aquellos estudiantes que eligen profundizar en dicho enfoque, no realizan una terapia psicoanalítica propiamente dicha, ni son psicoanalistas. “Se puede orientar y enfocar una terapia desde lo que dice el psicoanálisis. Se pueden hacer terapias psicoanalíticamente orientadas...Esta es una labor de aprendizaje que tiene el estudiante en formación en el proceso de formarse como psicoanalista” G. Benavides (comunicación personal, Diciembre 19 de 2003)

A diferencia de terapias con otros enfoques, la terapia psicoanalíticamente orientada se basa en supuestos subyacentes acerca del comportamiento del consultante, en procesos denominados inconscientes y que no son comprendidos por el sujeto en el campo de la conciencia. En este sentido, los comportamientos del sujeto son entendidos como síntomas de conflictos intrapsíquicos que constituyen la raíz de las problemáticas del individuo y a la vez de la estructura de su personalidad; de acuerdo con esto, “la intervención se centra en la elaboración e interpretación del síntoma en la búsqueda de un

sentido" (G. Benavides, comunicación personal, Diciembre 19 de 2003).

Otro aspecto importante de la psicoterapia es que se centra en hechos pasados de la vida del consultante, especialmente de su infancia.

La meta de la terapia consiste en llevar a la conciencia aquellos impulsos y deseos que se vuelven intolerables para la persona, al igual que las leyes morales individuales y colectivas que median tal rechazo, para que finalmente sean accesibles al consultante paciente sin ninguna censura. De este modo, el paciente aceptará o rechazará aquellos deseos que considere y resolverá el conflicto existente entre sus impulsos incontrolables y las normas morales (Phares, 1996).

En la terapia psicoanalítica pueden distinguirse tres etapas:

La primera etapa o apertura comienza con la primera sesión. El énfasis de esta etapa se centra en la expresión y comprensión de expectativas de cada participante al igual que en los ajustes iniciales. La duración de esta etapa oscila entre dos y tres meses; en casos de mayor complejidad puede extenderse este período (Etchegoyen, 1999).

La segunda etapa o etapa media empieza cuando el analizado ha comprendido y aceptado las reglas del juego: asociación libre, interpretación, ambiente permisivo pero no directivo, etcétera. Se prolonga por un tiempo variable hasta que la enfermedad originaria (o su réplica, la neurosis de transferencia) haya desaparecido o se haya modificado sustancialmente. Esta etapa se distingue por las continuas fluctuaciones del proceso, con sus mareas de regresión y progresión siempre regidas por el nivel de la resistencia (Etchegoyen, 1998, p. 556).

La tercera etapa o terminación de la psicoterapia se logra por el acuerdo entre el analizado y el analista. Cuando es una decisión unilateral o por factores ajenos a los dos participantes se denomina interrupción del análisis (Etchegoyen, 1999).

### **Enfoque humanista**

Aunque la psicología humanista tiene un desarrollo reciente, sus raíces se remontan hasta la filosofía y la historia de la psicología. La psicología humanista permea las terapias existenciales, la logoterapia y la terapia gestalt.

La psicología humanista ha contribuido con algunos valores a la psicología, que no tienen raíces en el determinismo del psicoanálisis o del conductismo, es decir, las personas no son el producto del pasado, del inconsciente o del ambiente, como tampoco son la combinación fragmentada de cogniciones, sentimientos y aspiraciones; son seres que deciden con libertad la búsqueda de su potencial interno y autorrealización, son seres humanos completos unificados y únicos (Phares, 1996)

### **Terapia humanista**

Phares (1996) concibe que el objetivo de la terapia humanista consiste en comprender, es decir, apreciar las cualidades del ser humano y también reconocer que la herramienta más poderosa del clínico es el entendimiento de que sólo puede lograrse la comprensión mediante una conciencia acerca de la experiencia de la persona. Los llamados constructos científicos basados en normas, experimentos o datos deben ceder el paso a la intuición y la empatía. El énfasis no se hace en la enfermedad, desviaciones o etiquetas diagnósticas

sino en los impulsos positivos, la autorrealización, la libertad y la naturalidad (p. 347).

“En el proceso de la terapia humanista se distinguen ciertas etapas o momentos: a) el rapport, entendido como el proceso inicial de toma de confianza, en la cual las actitudes facilitadoras o empáticas del terapeuta buscan lubricar el proceso de cambio; b) exploración; c) armar rompecabezas; d) exploración de alternativas; y, e) empoderar al consultante a que tome decisiones, y a que el terapeuta va a ser un guía en su proceso de cambio” (R. Woodcock, comunicación personal, Enero 19 de 2004).

### **Variables terapéuticas**

Phares (1996) habló de factores (el consultante, el terapeuta y la interacción entre los dos) que afectan considerablemente el proceso de terapia, refiriendo además que esto frecuentemente ocurre independientemente del tipo de terapia.

**El consultante.** Con relación al consultante se han resaltado variables como inteligencia, naturaleza de su angustia, edad, motivación, raza, origen étnico, clase social, apertura hacia el proceso terapéutico, expectativas y por último su valor como estímulo dentro de la terapia.

En relación con los estímulos que pueden implicar el consultante para el terapeuta, frecuentemente se ha discutido hasta qué punto los terapeutas sesgan sus intervenciones a partir de características de los consultantes y aún no se ha llegado a un acuerdo general. Phares (1996) hace una distinción entre las relaciones que el terapeuta establece dentro del contexto terapéutico y fuera de él (relaciones interpersonales); afirma que en las primeras el autocontrol del

terapeuta trasciende al de cualquier persona, mientras que en sus relaciones interpersonales puede existir una evaluación e interacción de acuerdo con características específicas de las personas. En contraposición con lo anterior, Nash y cols, en 1965 señalaron que los consultantes que reciben mayores calificaciones globales en atractivo se asocian a mejores resultados en terapia (citados por Phares 1996, p. 300).

**El terapeuta.** Phares (1996) hace alusión a variables como la personalidad, la empatía del terapeuta, así como a la libertad de sus problemas personales.

Dentro de estas variables, cabe destacar la referente a la libertad de los problemas personales: de acuerdo con Guy, Poelstra y Stark en 1989, en una encuesta con 749 terapeutas practicantes que eran miembros de la APA, más del 44% informaron haber experimentado angustia en los últimos tres años y casi 37% dijeron que esta había disminuido la calidad del cuidado que le prestaban a los consultantes (Phares 1996, p. 302).

“Aunque no es necesario que los terapeutas sean un modelo de adaptación, la tendencia a sentir enojo o ansiedad cuando surgen ciertos temas o la incapacidad para manejar las preguntas de un cliente sin mostrarse defensivo, son una señal de que algo está fuera de lugar...Los terapeutas deben ser capaces de ver a sus consultantes con objetividad y no involucrarse en su dinámica personal” (Phares, 1996, p. 303).

**Interacción consultante- terapeuta.** Aunque es posible concebir la terapia como un proceso en el que convergen variables asociadas al terapeuta, al consultante y a la relación profesional entre estos dos; cabe la posibilidad de contemplar otras variables que pueden influir en el desarrollo y el éxito de la

terapia; la idea es, como lo plantearon Strup y Bergin (1969, citados por Phares, 1996) que el terapeuta puede aprovechar adecuadamente esta influencia para alcanzar los fines terapéuticos (p.304).

## **Marco Conceptual**

### **Ansiedad**

Estado emocional consistente en evaluaciones subjetivas anticipatorias de peligro o amenaza, acompañadas de activación del sistema nervioso autónomo y de respuestas de evitación o escape ante el estímulo o la situación percibida como amenazante (Spielberger, 1979).

### **Sistemas de respuesta de la ansiedad**

La ansiedad comprende tres componentes o modos de respuesta, subjetivo-cognitivo; psicofisiológico-somático; motor-conductual.

1. Subjetivo-cognitivo: se asocia con la propia experiencia interna y variables relacionadas con la percepción y evaluación subjetiva de los estímulos y estados asociados con la ansiedad.

2. Psicofisiológico-somático: se refiere a los cambios fisiológicos característicos de la ansiedad que consisten en un incremento de la actividad del sistema nervioso autónomo, que pueden reflejarse en cambios externos, internos, de control voluntario e involuntario.

3. Motor-conductual: se refiere a los componentes observables de la conducta como expresión facial y movimientos o posturas corporales.

### **Psicólogo Practicante**

El Comité Curricular y de Investigaciones en Psicología (2002), concibe al psicólogo practicante como aquel estudiante que está matriculado en el

programa de psicología de la Universidad de Nariño, quien ha aprobado todas las asignaturas hasta octavo semestre incluyendo las del área de formación humanística, y quien solicita e inicia el proceso de práctica profesional, para lo cual se le asigna un sitio de práctica, considerando sus intereses personales y profesionales, así como su proyecto de investigación de grado.

### **Prácticas profesionales**

El Comité Curricular y de Investigaciones en Psicología (2002) define las prácticas profesionales como el ejercicio anticipado del rol del psicólogo; son aquellas que se realizan en los dos últimos semestres de la carrera, o sea en noveno y décimo semestres, a través del diseño y desarrollo de un proyecto de práctica, en el marco de la Unidad de Psicología de la Universidad de Nariño, en cada sitio de practica los proyectos incluyen propuestas en las diferentes áreas de acción de la psicología definidos por el programa, a saber: clínica, educativa, organizacional y social comunitaria (p. 19).

### **Psicología clínica**

Disciplina o campo de especialización de la psicología que aplica los principios, las técnicas y los conocimientos científicos desarrollados por ésta para evaluar, diagnosticar, explicar, tratar, modificar y prevenir los comportamientos anormales o cualquier otro comportamiento humano relevante para la salud y la enfermedad, en los distintos contextos en que estos puedan tener lugar. (Colegio Oficial de psicólogos de España, 1998).

### **Enfoque cognitivo-conductual**

Puede definirse como el conjunto de posiciones teóricas de la psicología que se centran en el comportamiento como objeto de estudio y pueden asumir

constructos teóricos que expliquen el comportamiento observable y puedan llegar a definirse y operacionalizarse concretamente. Este enfoque concibe que las conductas, adaptativas o desadaptativas, son adquiridas, modificadas o extinguidas por medio del aprendizaje, en la interacción del individuo con el medio, o que pueden modificarse a partir del manejo cognitivo, en términos de procesos mediacionales o de esquemas.

### **Terapia cognitiva-conductual**

Se refiere a un conjunto de terapias que incluyen intervenciones conductuales y cognitivas, fundamentadas en el planteamiento de que las consecuencias desadaptativas actuales son el producto de aprendizajes anteriores. El objetivo de la terapia se centra en la disminución o extinción del malestar percibido, a partir de la modificación, extinción o adquisición conductual o cognitiva a partir del aprendizaje. La terapia es un proceso que incluye además de la intervención propiamente dicha, una evaluación clínica psicológica, formulación clínica, cierre de caso y seguimiento.

### **Rol terapéutico en la terapia cognitivo-conductual**

Conjunto de funciones que asume el psicólogo clínico, que se centran en la evaluación y formulación clínica, la intervención clínica, cierre de caso y su respectivo seguimiento.

### **Enfoque psicoanalítico**

“Freud dijo muchas veces que el psicoanálisis es una teoría de la personalidad, un método de psicoterapia y un instrumento de investigación científica, queriendo señalar que por una condición especial, intrínseca es esta

disciplina, el método de investigación coincide con el procedimiento curativo, porque a medida que uno se conoce a sí mismo puede modificar su personalidad” (Etchegoyen, 1999, p.27)

### **Terapia psicoanalíticamente orientada**

La terapia psicoanalíticamente orientada se basa en supuestos subyacentes acerca del comportamiento del consultante, en motivos denominados inconscientes y que no son comprendidos por el individuo. En este sentido, los comportamientos del individuo son entendidos como síntomas de estados internos que constituyen la raíz de las problemáticas del individuo, sobre estos últimos (causas subyacentes) debe centrarse la intervención.

### **Rol terapéutico en la terapia psicoanalítica**

“Freud creía que el papel del terapeuta era ayudar al paciente a lograr un conocimiento interno de sus procesos inconscientes” (Sue D., Sue S., Sue D., 1994, p. 41)

### **Enfoque humanista**

La psicología humanista, se aparta del determinismo del psicoanálisis o del conductismo, es decir, concibe a las personas como seres que ejercen su libre albedrío en la búsqueda de su potencial interno y autorrealización, seres humanos completos unificados y únicos.

### **Terapia humanista**

En la terapia humanista se busca que el consultante se comprenda a sí mismo, mediante la concientización de su experiencia, haciendo énfasis en los impulsos positivos, la autorrealización y la autonomía (Phares, 1996).

### **Rol terapéutico en la terapia humanista**

Se centra en comprender la experiencia del consultante y facilitar el desarrollo de sus potencialidades.

### **Consultante**

Persona que se encuentra en proceso de tratamiento psicológico, al cual puede asistir de forma voluntaria o remitido por un profesional o por personas que estén a cargo de ella.

### **Consulta psicológica**

Sesión dirigida por el psicólogo profesional o practicante, durante la cual se desarrolla un proceso terapéutico, de asesoría o intervención en crisis con el consultante, bajo unas condiciones espacio-temporales acordadas.

### **Asesoría psicológica**

Tipo de ayuda que implica dar información y orientación a individuos que acuden a consulta por problemas que no requieren un proceso terapéutico.

### **Intervención en crisis**

Terapia intensiva y breve, cuyo objetivo fundamental es ayudar a la persona a recuperar el nivel de funcionamiento que tenía antes de la crisis. Se distinguen dos tipos de intervención: a) primeros auxilios psicológicos: pretenden dar apoyo y reducir el peligro de muerte y b) intervención en crisis de segunda instancia que se dirige a la resolución de la crisis.

## **METODO**

### **Tipo de estudio**

La presente investigación se concibe bajo el paradigma de la investigación cuantitativa y se trata de un estudio inicialmente exploratorio y esencialmente descriptivo, de acuerdo con la clasificación de Dankhe en 1986 (Hernández, Fernández y Baptista 1998, p. 58).

En primera instancia, es exploratorio puesto que el problema de esta investigación no ha sido explorado en el contexto sociocultural nariñense, ni tampoco con la población objeto de estudio en el contexto terapéutico; de este modo lo que se pretende identificar es el comportamiento de la variable ansiedad en dicha población.

Además, se enmarca como un estudio de tipo descriptivo puesto que pretende medir y describir de forma independiente las respuestas de ansiedad incluidas en los tres sistemas: cognitivo, psicofisiológico y conductual, en la población objeto de estudio.

### **Diseño**

La presente es una investigación no experimental, pues se realiza sin manipular deliberadamente variables (Hernández et al., 1998, p.186), en cambio, se dirige a la observación y medición de la variable ansiedad en la población y contexto determinados anteriormente.

Además, es una investigación transversal o transeccional, ya que se recolectan datos en un solo momento, en un tiempo único (Hernández et al., 1998, p. 186), es decir, su propósito es describir la variable ansiedad en un momento determinado.

## **Participantes**

La población se constituye por 36 estudiantes de psicología de la Universidad de Nariño, quienes se encuentran realizando actualmente (2003-2004) su práctica profesional en los diferentes sitios de práctica asignados en convenio por la Universidad. La población está compuesta por: *30 mujeres* entre los 19 y 31 años y *6 hombres* entre los 20 y 31 años. Con respecto a los enfoques psicológicos: 9 mujeres y 4 hombres se inclinan hacia el enfoque psicoanalítico, 18 mujeres y 2 hombres hacia el enfoque cognitivo conductual y 3 mujeres hacia el enfoque humanista.

En esta investigación no se lleva a cabo un muestreo de la población puesto que el número de participantes está ya delimitado por el nivel de formación (práctica profesional) en el que se encuentran los estudiantes de psicología y es un número pequeño para poder tomarlo en su totalidad.

## **Variable de estudio: ansiedad**

Estado emocional consistente en evaluaciones subjetivas anticipatorias de peligro o amenaza, acompañadas de activación del sistema nervioso autónomo y de respuestas de evitación o escape ante el estímulo o la situación percibida como amenazante (Spielberger, 1979).

La ansiedad comprende a su vez tres sistemas de respuesta: a) subjetivo-cognitivo, b) psicofisiológico-somático, y, c) motor-conductual.

## **Técnicas de recolección y análisis de información**

Para la investigación se recurrió a dos instrumentos de recolección de información. El instrumento empleado para la medición de la variable objeto de estudio es la “Escala de Reporte de Ansiedad para Psicólogos Practicantes”

ERAPSI, construida por las autoras de esta investigación, (ver en el anexo C). Por otro lado, para recolectar información sobre variables asociadas a la ansiedad se construyó un cuestionario sobre variables demográficas y variables relacionadas con el consultante y con el sitio de práctica.

Para la construcción del ERAPSI se siguió el procedimiento descrito a continuación: a) identificación del propósito de la escala, que comprende: identificación de la finalidad de la escala, definición del atributo a medir, b) definición del contenido de la escala y establecimiento del formato de la escala; c) construcción de los ítems; d) validación de los ítems por jueces (ver anexo B); e) análisis cuantitativo de los ítems; f) selección de ítems y estructuración de la forma final de la escala; y g) análisis técnico de la escala: confiabilidad y estandarización. (Ver anexo A para un resumen de la construcción de la escala.)

Así, la finalidad de la escala es la investigación, por cuanto se busca identificar niveles de ansiedad en una población específica; no tiene un objetivo clínico por cuanto no busca diferenciar niveles patológicos.

El atributo que se evalúa es la ansiedad como constructo, (definido anteriormente) que comprende tres categorías, correspondientes a los tres sistemas de respuesta: motor, cognitivo y psicofisiológico, definidos anteriormente.

El contenido de la escala corresponde al rol terapéutico de los practicantes de psicología ante la atención clínica individual, que se categoriza en los momentos de la consulta (antes, durante y después) para los sistemas cognitivo y conductual; el sistema psicofisiológico no fue delimitado en los tres

momentos, solo se verificó la presencia o no del elemento evaluado en cualquiera de los momentos de consulta.

El formato de la escala es el reporte de frecuencia con cuatro opciones de respuesta (nunca, pocas veces, muchas veces y siempre). En los ítems, se calificó cuatro si la persona marcaba la opción “siempre”, tres si marcaba “muchas veces”, dos si marcaba “pocas veces”, y uno, “nunca”. De esta manera, a mayor puntaje en la escala se infiere mayor nivel de ansiedad.

La escala es de aplicación individual o colectiva, con una duración de 30 a 45 minutos.

Teniendo en cuenta la descripción anterior, en la Tabla 1 se presenta la estructura final de la escala, determinada por el atributo a medir y el contenido de la escala con sus correspondientes subcategorías.

Tabla 1

Estructura del instrumento ERAPSI en su versión final

<i>Contenido</i>	<i>Atributo</i>	<i>Cognitivo</i>	<i>Motor</i>	<i>Psicofisiológico</i>	<i>Total</i>
Antes		25 % (11)	2.2% (1)		27.2% (12)
Durante		31.8% (14)	9.1% (4)		41 % (18)
Después		11.3% (5)	2.2% (1)		13.6% (6)
No Diferenciado				18.2% (8)	18.2% (8)
Total		68.2 % (30)	13.6% (6)	18.2% (8)	100 % (44)

Nota. Los números en paréntesis corresponden al número de ítems en cada categoría.

La ERAPSI consta de 44 ítems; en cada uno de estos se planteó al psicólogo practicante, ya sea una situación, una afirmación, una pregunta o una sensación que puede presentarse en su práctica profesional en el contexto terapéutico. Ante cada reactivo, el psicólogo practicante debía reportar sus respuestas en cada sistema: cognitivo, conductual y psicofisiológico.

Para facilidad de su aplicación, la escala está dividida en cuatro secciones que son: conductas motoras y cognitivas antes de la sesión terapéutica, conductas motoras y cognitivas durante la sesión terapéutica, conductas motoras y cognitivas después de la sesión terapéutica y conductas fisiológicas antes, durante o después de la sesión terapéutica (ver anexo C).

Con el fin de identificar variables de la práctica profesional que posiblemente estén relacionadas con la ansiedad, se diseñó un cuestionario que abarca: a) datos de identificación o demográficos del practicante, b) características del consultante, y c) contexto terapéutico (ver anexo D).

Para la organización de información y procesamiento de la misma se recurrió a los programas MS Excel y Statistical Program for the Social Sciences (SPSS).

Se empleó como estrategia de análisis de información, la estadística descriptiva.

## **Procedimiento**

### **Fase 1**

La construcción y validación del instrumento “Escala de Reporte de Ansiedad para Psicólogos Practicantes” ERAPSI se basó en la estrategia propuesta por Brown (1999) e incluye las etapas descritas en la sección anterior.

Una vez definido el propósito de la prueba se construyeron los ítems y se buscó evidencia de validez de constructo a través de dos estrategias: validación por jueces y análisis empírico discriminativo.

1. Validación por jueces: los jueces elegidos para calificar el instrumento “ERAPSI” fueron psicólogos con experiencia en el área clínica. El grupo estuvo integrado por docentes del Departamento de Psicología de la Universidad de Nariño (Fredy Villalobos, Leonidas Ortiz, Elizabeth Ojeda, y Margarita Chaves) y un egresado del Programa de Psicología de la Universidad de Nariño (Andrés Paz).

La calificación de los ítems se fundamentó en cuatro criterios: a) pertinencia: se refiere a la congruencia del ítem con el contexto de evaluación, el atributo evaluado y la población; b) claridad: se refiere a la claridad y adecuación del lenguaje para la población; c) unidimensionalidad: medición del ítem de una sola variable, un solo atributo o un solo contenido; y, d) dirección: es una cualidad necesaria para la calificación del ítem, que se evaluó como positiva si la mayor cantidad de atributo se evidencia cuando el evaluado marca “siempre” o negativa si la menor cantidad de atributo se evidencia cuando el evaluado marca “nunca”.

Para la selección de los ítems de la ERAPSI se recurrió al porcentaje de acuerdo entre jueces. El criterio de selección se estableció en el 80% y sólo en algunas ocasiones el 60% de la valoración total de los jueces y, por tanto, se eliminaron aquellos ítems que no cumplían con estos criterios; en el anexo B se muestra el resultado de este proceso con la argumentación de anulación en cada ítem. Para no perder algunos ítems, éstos fueron modificados y la

modificación también se puso a consideración de los jueces; el acuerdo total representó la inclusión del ítem. (Ver anexo B).

Finalmente se estructuró la prueba piloto, que estuvo compuesta por 74 ítems.

2. Análisis empírico discriminativo: para obtener información del desempeño de los ítems, la escala fue aplicada a una muestra de psicólogos egresados quienes realizaron su práctica profesional anteriormente y, con el fin de acelerar el proceso de aplicación de la escala, también se aplicaron los 74 ítems a los 36 psicólogos practicantes que participaron en esta investigación.

Así, la población con la que se validó la escala estuvo conformada por 66 personas.

La decisión de incluir los dos grupos en el estudio piloto se tomó ya que, a pesar que el grupo de practicantes mostró un mayor nivel de ansiedad con la escala de 74 ítems, ésta no fue significativa respecto al grupo de egresados. En este sentido, en el grupo de psicólogos practicantes la media respecto al nivel de ansiedad fue  $\bar{X} = 109,22$  y en el grupo de psicólogos egresados la media fue  $\bar{X} = 105,85$ .

La Tabla 2 presenta los puntajes promedio de los dos grupos y el estadístico de prueba que se usó para verificar la diferencia.

Tabla 2.

Estadísticas de respuestas de los dos grupos que conformaron la prueba piloto en la escala original (74 ítems).

Análisis	Psicólogos Egresados	Psicólogos Practicantes
Media	105,85	109,22
Varianza	169,05	182,92
Grados de libertad	64	
Estadístico t	-1,026	
P(T<=t) dos colas	0,309	
Valor crítico de t (dos colas)	1,998	

A partir de los resultados se realizó un análisis del comportamiento de los ítems como estrategia de validación. Este análisis se realizó mediante dos pruebas estadísticas: *el coeficiente de correlación de Pearson y el análisis factorial*. El proceso de análisis se describe a continuación:

Inicialmente se calculó el nivel de ansiedad de cada sujeto a través del promedio en todos los ítems y el nivel de ansiedad por sistema para cada sujeto a través del promedio de los ítems de cada sistema de respuesta.

Se anularon los ítems que tuvieron promedio igual a uno, es decir, aquellos ítems que todas las personas respondieron uno.

Con base en estos datos se obtuvo el índice de discriminación de cada ítem a través de la correlación entre el puntaje del ítem y el puntaje en el total de la prueba, para lo cual se utilizó el coeficiente de correlación producto – momento de Pearson (r) para precisar el grado de relación entre el comportamiento de los sujetos en cada ítem y el comportamiento de los sujetos en la prueba total.

Además, se correlacionó el comportamiento de los sujetos en cada ítem con el comportamiento de los sujetos en cada uno de los sistemas de respuesta. De esta manera se obtuvieron cuatro indicadores para cada ítem, con base en los cuales se tomó la decisión de inclusión o exclusión de cada ítem en la prueba.

Si el ítem muestra una correlación positiva alta con el total de la prueba, indica que las personas que puntúan alto en cada ítem (hacia la opción “siempre”) tienen mayores niveles de ansiedad en total; en este caso, se dice que el ítem discrimina o identifica a las personas que tienen mayores niveles de ansiedad. Por el contrario, si un ítem correlaciona alto, pero negativamente con el puntaje en la escala total, indica que las personas que puntúan alto en el ítem, tienden a tener bajos niveles de ansiedad; en este caso, el ítem discrimina las personas que tienen menos ansiedad. Si la correlación tiende a 0, indica que el ítem no correlaciona con la escala y, por tanto, las personas que puntúan alto en el ítem no muestran ninguna tendencia respecto a su nivel de ansiedad; en este caso, el ítem no discrimina.

La misma lógica aplica para la correlación entre el ítem y cada uno de los sistemas de respuesta. Así, por ejemplo, una correlación alta entre un ítem y el sistema cognitivo, indicará que el ítem discrimina las personas que tienen mayor nivel de ansiedad manifestada en este sistema.

El objetivo de la ERAPSI era identificar los ítems que tienen correlación positiva, es decir, los ítems que discriminan a las personas que tienen mayores niveles de ansiedad, para integral la versión final.

Se hizo una primera selección de ítems, tomando como criterio  $r > 0.30$  entre el ítem y el puntaje total en la escala. Se calcularon nuevamente los promedios

y las correlaciones y se hizo nuevamente la selección. Este procedimiento se repitió tres veces, cambiando el criterio de selección a  $r > 0.40$ .

Por otra parte, se realizó un análisis factorial para analizar también el comportamiento de los ítems. Los resultados de este análisis fueron consistentes con el análisis de discriminación a través de correlaciones ítem-prueba.

La escala final quedó conformada por 44 ítems que cumplieron con condiciones racionales de discriminación.

Por otro lado, el análisis factorial permitió inferir que la escala tiende a ser unidimensional, ya que con el primer componente identificado a partir de los 44 ítems, se explica el 21.4% de la varianza de la escala total (valor propio inicial igual a 9.43).

Con la escala conformada por los 44 ítems que mostraron mayor discriminación se hizo un análisis de confiabilidad con los 66 participantes (practicantes y egresados) evaluando consistencia interna a través del procedimiento de dos mitades. Para esto, se calculó el puntaje de cada sujeto con los ítems pares e impares y se calculó la correlación. El resultado mostró un alto nivel de confiabilidad del ERAPSI ( $r=0.87$ ), lo cual permite inferir que la prueba es homogénea.

Con los 66 participantes también se estimaron los baremos para el nivel de ansiedad total (Ver anexo E) y también para los tres sistemas de respuesta: el sistema cognitivo (Ver anexo F), el sistema conductual (Ver anexo G) y el sistema psicofisiológico (Ver anexo H). Para esto se recurrió a puntajes Z transformados ( $T[50,10]$ ).

## **Fase 2**

Corresponde a la aplicación del instrumento ERAPSI y el cuestionario de identificación de variables del sitio de práctica, a la población de psicólogos practicantes de la Universidad de Nariño que realizaron su práctica durante el período 2003-2004. Para ello, se solicitó un permiso especial a la Coordinación de Prácticas con el fin de realizar la aplicación a la población objeto de estudio en el espacio de su práctica profesional. Continuando con el proceso, se visitó cada sitio de práctica, se informó a los psicólogos practicantes el objetivo del estudio, se proporcionaron las instrucciones, se aclararon las condiciones de confidencialidad de la información y finalmente se aplicaron los instrumentos correspondientes.

## **Fase 3**

En esta fase se hizo el análisis de la información a través de estadística descriptiva. A partir de los datos procesados se describió la variable objeto de estudio, se relacionó el nivel de ansiedad con las variables del cuestionario y se planteó la discusión sobre los resultados respecto al marco de referencia.

## RESULTADOS

En esta investigación participaron 36 psicólogos practicantes de la Universidad de Nariño, a quienes se les aplicó la ERAPSI y un cuestionario de variables de la práctica.

Tabla 3.

### Nivel de ansiedad en los psicólogos practicantes

	Puntaje de ansiedad	Desviación estándar	Porcentaje en escala	Máximo	Mínimo	Escala
Nivel total de Ansiedad	72,2	12,2	54,7%	110	51	44-176
Sistema Cognitivo	53,0	9,8	58,9%	82	35	30-120
Sistema Conductual	8,5	2,0	47,2%	14	6	6-24
Sistema Psicofisiológico	10,7	2,1	44,7%	17	8	8-32

Los datos que muestra la Tabla 3 corresponden al nivel de ansiedad de los 36 psicólogos practicantes. Se puede observar que de un puntaje directo máximo de 176 (mínimo 44), en promedio los practicantes tuvieron un puntaje directo de ansiedad de 72,2, que corresponde al 54,7% en la escala. Se observa un máximo de 110 que corresponde al 83% de la escala, y un mínimo de 51 que representa el 39%.

Se observa que hay una mayor manifestación de la ansiedad en el sistema cognitivo en respuestas (58,9% respecto a la escala), en comparación con los otros sistemas.

Al correlacionar los sistemas de respuesta y el nivel total de ansiedad, se obtienen los datos que se presentan en la Tabla 4.

Tabla 4.

Correlación entre nivel total de ansiedad y sistemas de respuesta

	Ansiedad total	Sistema cognitivo	Sistema conductual
Sistema cognitivo	0,98	1	
Sistema conductual	0,53	0,39	1
Sistema psicofisiológico	0,78	0,70	0,32

Como se observa en la Tabla 4, el sistema que más aporta al nivel de ansiedad total es el cognitivo, seguido por el psicofisiológico. Es lógico esperar que el sistema cognitivo correlacione relativamente alto con el psicofisiológico. Por otro lado, el sistema conductual muestra poca relación con los otros dos sistemas. El sistema cognitivo parece ser, por tanto, el mejor predictor de ansiedad en esta población.

Tabla 5.

Promedio de ansiedad en los sistemas de respuesta y en los momentos de la Terapia

Momento	Total Promedio de Ansiedad
Antes	67,7% (12)
Durante	58,44% (18)
Después	58% (6)
No diferenciado	48,25% (8)
Total Items	44

Nota. Los números en paréntesis corresponden al número de ítems en cada categoría.

En la Tabla 5 se puede observar que el nivel total de ansiedad de los psicólogos practicantes, prevalece antes de la consulta terapéutica, y no existe una diferencia significativa del nivel de ansiedad reportada durante y después de la consulta terapéutica.

En los tres sistemas de respuesta se establecieron unas subcategorías, que aportaron en la evaluación de los resultados de la aplicación de la ERAPSI. A partir de éstas se realizó un análisis más completo relacionado con el promedio de las respuestas de los psicólogos practicantes en cada uno de los ítems correspondientes a los diferentes sistemas. De este modo se encontró que:

1. Dentro del sistema cognitivo sobresalen los ítems que indican distorsiones cognitivas como: inferencia arbitraria y abstracción selectiva. Los

ítems relativos a memoria y atención no se ubican en los primeros lugares (ver anexo I).

2. Dentro del sistema conductual se pueden resaltar los ítems relativos a hiperactividad y de dificultades en la expresión verbal. En cuanto al ítem relacionado con evitación obtuvo un promedio bajo con relación a las otras respuestas en este sistema (ver anexo J).

3. Las categorías clasificadas en el sistema psicofisiológico obtuvieron promedios que no presentan grandes diferencias, por tanto es difícil sugerir un orden entre ellos, solo es posible indicar que el sistema gastrointestinal presentó un promedio bajo con respecto a los sistemas cardiovascular, neuromuscular y neurovegetativo (ver anexo K).

Como se expuso en la sección de método, el Cuestionario de Variables de la Práctica Profesional está compuesto por tres categorías: variables demográficas de los psicólogos practicantes, características del consultante y variables de la práctica profesional. A continuación se hace una descripción del comportamiento de los niveles de ansiedad respecto a las variables identificadas.

Tabla 6.

Niveles de ansiedad según género de los psicólogos practicantes

Género	Mujer	Hombre	Total general
Puntaje total de ansiedad	71,8	74,2	72,2
Sistema cognitivo	52,5	55,2	53,0
Sistema conductual	8,7	7,5	8,5
Sistema psicofisiológico	10,6	11,5	10,7

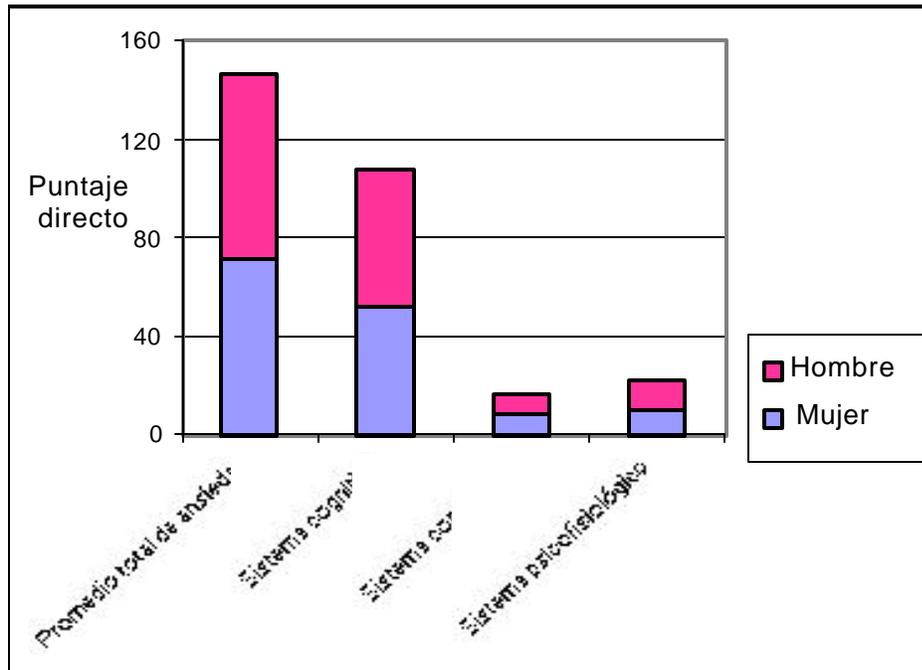


Figura 1. Nivel de ansiedad total y por sistemas de respuesta según la variable género.

De acuerdo con los resultados que se exponen en la Tabla 6 y en la Figura 1, se observa que las mujeres presentan un menor promedio de ansiedad con relación a los hombres. De la misma manera, los hombres reportan mayor ansiedad que las mujeres en los sistemas cognitivo y fisiológico. Sin embargo, muestran un menor nivel de ansiedad en el sistema conductual.

Tabla 7.

Relación entre nivel promedio de ansiedad y edad del practicante

Edad	Promedio de ansiedad
19	69
20	67
21	74
22	71,6
23	73,5
24	60
25	77
26	84
28	69,5
29	62
31	70

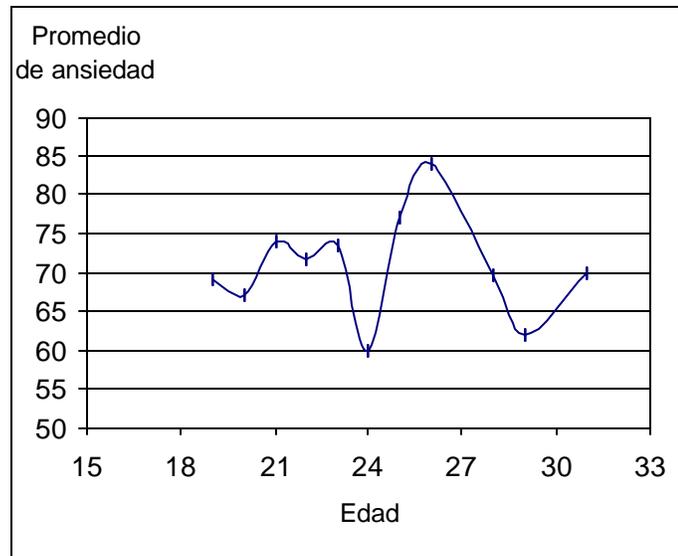


Figura 2. Nivel de ansiedad total según edades de los psicólogos practicantes.

A partir de los resultados que se exponen en la Tabla 7 y la Figura 2, se observa que las personas con edades de 26, 25 y 21 años muestran un nivel promedio mayor de ansiedad que las personas con edades 29, 20 y 19 años. No se puede identificar una tendencia clara a partir de estos datos.

Tabla 8.

Nivel de ansiedad en practicantes que laboran además de hacer su práctica.

	Trabajo	SI	NO	Total general
Puntaje total de ansiedad		73,7	66,1	72,2
Sistema cognitivo		54,1	48,3	53,0
Sistema conductual		8,6	8,1	8,5
Sistema psicofisiológico		11,0	9,7	10,7

Con respecto a los resultados de la Tabla 8, se observa que las personas que trabajan presentan un nivel promedio mayor de ansiedad que aquellas que no trabajan. Esta tendencia se mantiene para todos los sistemas de respuesta.

Tabla 9.

Nivel de ansiedad según estado civil

Estado civil	Casado	Soltero	U. libre	Total general
Nivel de ansiedad	66,0	73,7	57,0	72,2
Sistema cognitivo	49,8	53,8	43,0	53,0
Sistema conductual	7,4	8,8	6,0	8,5
Sistema psicofisiológico	8,8	11,1	8,0	10,7

Como se observa en la Tabla 9, los psicólogos practicantes solteros presentan un mayor promedio de ansiedad que los psicólogos que conviven con su pareja o están casados. Los que menos ansiedad reportan son los practicantes que mantienen una relación en un unión libre. Este mismo comportamiento se observa en los sistemas de respuesta.

Tabla 10.

Nivel de ansiedad según reporte de enfermedad

	Enfermedad actual	NO	SI	Total general
Puntaje total de ansiedad		70,8	79,0	72,2
Sistema cognitivo		51,8	58,7	53,0
Sistema conductual		8,5	8,3	8,5
Sistema psicofisiológico		10,5	12,0	10,7

Como se observa en la Tabla 10, los psicólogos practicantes que padecen algún tipo de enfermedad, presentan un nivel promedio mayor de ansiedad que aquellos psicólogos cuyo estado de salud es estable en el momento de la encuesta.

Tabla 11.

Nivel de ansiedad según asistencia a terapia

Asistencia a terapia	Anteriormente		Actualmente	
	SI	NO	SI	NO
Puntaje total de ansiedad	72,0	72,5	73,0	72,1
Sistema cognitivo	52,7	53,3	53,7	52,9
Sistema conductual	8,2	8,9	7,7	8,6
Sistema psicofisiológico	11,1	10,3	11,7	10,6

De acuerdo con la información de la Tabla 11, no hay mucha diferencia en el nivel de ansiedad de los psicólogos practicantes respecto a la asistencia a terapia, ya que todos los promedios se acercan al promedio general, tanto en el nivel total de ansiedad como en los diferentes sistemas de respuesta.

A continuación se hace un análisis del nivel de ansiedad en relación con las condiciones de la práctica: características del consultante, características de la asesoría y la preparación, y relaciones laborales.

Como se observa en la Tabla 12, los psicólogos practicantes masculinos muestran un nivel promedio mayor de ansiedad ante el género del consultante masculino y femenino que las psicólogas practicantes mujeres.

Tabla 12.

Nivel de ansiedad de los practicantes ante el género del consultante

Promedio de Ansiedad	Consultante		Total	Consultante		Total
	Masculino	Masculino		Femenina	Femenino	
Género del Psicólogo	1	2		1	2	
Femenino	74,3	68,4	72,12	63,3	72,7	71,8
Masculino	75,5	73,5	74,1	72	75,2	74,1
Total General	74,4	69,6	72,1	66,8	73,06	72,2

Tabla 13.

Nivel de ansiedad de los psicólogos practicantes ante la etapa evolutiva del consultante

	Promedio de ansiedad ante:			
	Niño	Adolescente	Adulto	Adulto Mayor
Opción 1	72,2	74,4	83,2	67
Opción 2	71,7	74,06	65,2	69,8
Opción 3	85,2	64,8	70,42	73,06
Opción 4	69	72	72,52	75,7
Total General			72,2	

Nota. El orden de las opciones es descendente, donde la opción 1 indica mayor ansiedad y la opción 4 menor ansiedad.

En la Tabla 13, se observa que los psicólogos practicantes presentan un nivel promedio mayor de ansiedad ante los adultos y los adolescentes, y un nivel promedio menor de ansiedad ante los niños.

Tabla 14.

Nivel de ansiedad de los psicólogos practicantes ante la tendencia sexual del consultante

	Ansiedad ante la tendencia del consultante				
	Heterosexual	Mujer bisexual	Hombre bisexual	Mujer homosexual	Hombre homosexual
Opción 1	62	78,5	60,5	68,5	78,5
Opción 2	84,5	69,4	73,8	79,7	70,3
Opción 3	0	72	71,5	71,3	70
Opción 4	69,5	70,3	71	83	71,6
Opción 5	71,9	73,1	73,9	73,1	72,7
Total			72,2		

Nota. El orden de las opciones es descendente, donde la opción 1 indica mayor ansiedad y la opción 5 menor ansiedad.

De acuerdo con la Tabla 14, los psicólogos practicantes en general, presentan un nivel de ansiedad mayor ante las consultantes cuya tendencia es bisexual y los consultantes homosexuales.

Tabla 15.

Nivel de ansiedad de los psicólogos practicantes ante la escolaridad del consultante

Promedio de ansiedad							
Opción	Sin estudios	Preescolar	Primaria	Secundaria	Técnico	Universitario	Postgrado
1	78,12	78	0	0	92	83,3	69,2
2	72,6	73,8	86	92	62	67,7	79,3
3	70	71,7	79,6	82	64	77	74,4
4	74	73,3	67,8	68,5	110	74	70
5	72,7	78,3	64,1	73,3	78,6	71,25	57
6	66	64,4	68,6	72,6	72,1	76,8	92
7	69,7	73	71,5	70,7	67,4	69,8	77,5
Total				72,2			

Nota. El orden de las opciones es descendente, donde la opción 1 indica mayor ansiedad y la opción 7 menor ansiedad.

A partir de los datos de la Tabla 15, se observa que los psicólogos practicantes presentan un mayor nivel de ansiedad ante consultantes con estudios técnicos y universitarios y un menor nivel de ansiedad ante los consultantes con estudios de postgrado.

Los psicólogos practicantes no reportan ansiedad ante consultantes de primaria y secundaria.

Tabla 16.

Nivel de ansiedad de los psicólogos practicantes ante el estrato socioeconómico del consultante

	Promedio de ansiedad		
	Alto	Medio	Bajo
Opción 1	76,5	77	65,5
Opción 2	68,1	76	73,3
Opción 3	68,3	70,6	74,5
Total		72,2	

Nota. El orden de las opciones es descendente, donde la opción 1 indica mayor ansiedad y la opción 3 menor ansiedad.

Según los datos de la Tabla 16, los psicólogos practicantes reportan un mayor nivel de ansiedad ante consultantes de estrato socioeconómico medio y bajo.

En la Tabla 17, se observa que los psicólogos practicantes presentan un mayor nivel de ansiedad ante consultantes solteros y no presentan ansiedad ante los consultantes que conviven en unión libre.

Tabla 17.

Nivel de ansiedad de los psicólogos practicantes ante el estado civil de los consultantes

Promedio de ansiedad					
Opción	Soltero	Casado	Unión Libre	Separado	Viudo
1	77,6	73,4	0	66,1	73,1
2	77,7	67	68,8	74	67
3	72,5	68,6	73,3	64,5	73,6
4	72	72,1	69,1	75,1	71,3
5	70,6	73,6	74,1	73,5	73,1
Total	72,2				

Nota. El orden de las opciones es descendente, donde la opción 1 indica mayor ansiedad y la opción 5 menor ansiedad.

Tabla 18

Nivel de ansiedad y promedio de consultantes diarios

Promedio de consultantes diarios	Nivel de ansiedad
1	62,0
2	76,3
3	73,3
4	74,1
5	72,5
6	61,3
Total General	72,2

Los mayores niveles de ansiedad reportados por los psicólogos practicantes, se observan cuando en promedio atienden dos, tres o cuatro consultantes al día. Los menores niveles de ansiedad se observan en los extremos en la escala, es decir, cuando sólo atienden un consultante o cuando atienden seis consultantes (ver Tabla 18).

Respecto a los resultados de la característica del consultante acerca del problema percibido, se encontró que los psicólogos practicantes reportan un mayor nivel de ansiedad ante el trastorno del estado de ánimo, atención en crisis y trastornos somatomorfos (ver anexo L).

Tabla 19.

Nivel de ansiedad según enfoque de la terapia

Enfoque psicológico	Promedio de ansiedad
Cognitivo-conductual	74,6
Humanista	74
Psicoanálisis	68
Total General	72,2

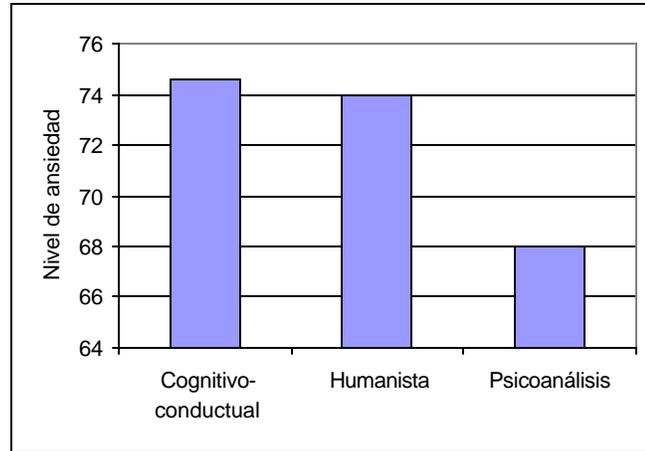


Figura 3. Nivel promedio de ansiedad de los psicólogos practicantes con diferentes enfoques psicológicos

A partir de los datos que muestra la Tabla 19 y la Figura 3, se puede inferir que los psicólogos practicantes con enfoque cognitivo-conductual presentan un nivel promedio mayor de ansiedad que los psicólogos con enfoques humanista, quienes se ubican en el segundo lugar en el reporte de ansiedad y los psicólogos con enfoque psicoanalítico que manifiestan menores niveles de ansiedad.

Tabla 20.

Nivel de ansiedad y etapas de la terapia para los que se siente preparado

Etapa de la terapia	NO	SI
Evaluación	72,5	72,1
Intervención	73,4	70,8
Cierre	72,8	65,0
Seguimiento	74,4	65,6

En la Tabla 20, los mayores niveles de ansiedad observados en este grupo se dieron ante la falta de preparación para el seguimiento y la intervención.

Tabla 21.

Nivel de ansiedad y características de la asesoría en el área clínica

Características de la asesoría	NO	SI
Oportuna	77,8	68,2
Constante	75,3	69,8
Temas pertinentes	72,6	72,0
Resuelve dudas	73,9	70,1

En la Tabla 21 se puede observar que, en general, los psicólogos practicantes presentan un mayor nivel de ansiedad ante las asesorías que no cumplen con alguna de las características evaluada en el cuestionario.

El mayor nivel de ansiedad en este sentido, se da cuando la asesoría no es oportuna, no es constante o no resuelven dudas.

El nivel de ansiedad reportado por los psicólogos practicantes se acerca al promedio, cuando la asesoría trata temas pertinentes.

Tabla 22.

Nivel de ansiedad y temporalidad de la evaluación en el área clínica

Evaluación Área Clínica	Nivel de Ansiedad
Permanentemente	70,2
Al Finalizar Semestre	70,3
Irregularmente	80,4
Total general	72,2

Como se observa en la Tabla 22, el mayor nivel de ansiedad se presenta cuando el trabajo de área clínica de los psicólogos practicantes es evaluado de forma irregular, mientras que cuando hay una evaluación permanente o sólo una evaluación al final de semestre, el nivel de ansiedad es menor que el promedio general.

Tabla 23.

Nivel de ansiedad según se perciben las relaciones laborales

Evaluación Área Clínica	Buenas	Regulares	Malas
Supervisor	71,7	73,0	87,0
Asesor	71,5	84,5	70,0
Compañeros de práctica	72,2	74,5	62,0
Otro personal de la entidad	71,8	77,0	No reporta

En la Tabla 23, se puede observar que los psicólogos practicantes tienen un mayor nivel de ansiedad cuando perciben las relaciones con el supervisor como malas y cuando perciben relaciones con el asesor como regulares. El menor nivel de ansiedad reportado por los practicantes se da cuando las relaciones con los compañeros de práctica son percibidas como malas. En general, cuando las relaciones laborales son buenas, el nivel de ansiedad es menor que el promedio, sin embargo, parece que la buena calidad de las relaciones con los compañeros no afecta en mayor medida el nivel de ansiedad. En cuando a las relaciones con otras personas de la entidad, los practicantes no reportaron

tener malas relaciones, pero cuando se presentan relaciones no muy buenas, el nivel de ansiedad si varía.

Finalmente, se presenta un análisis del nivel de ansiedad respecto a las condiciones del ambiente físico de la práctica.

Tabla 24.

Nivel de ansiedad y condiciones físicas del consultorio

Característica	NO	SI
Luminosidad	70,6	72,5
Ruido moderado	70,6	73,3
Ventilación	70,4	73,3
Privacidad	74,8	70,9

De acuerdo con los datos de la Tabla 24, el mayor nivel de ansiedad reportado por los psicólogos practicantes está relacionado con la carencia de condiciones la privacidad en el sitio de práctica. También se observa un mayor nivel de ansiedad cuando no hay ruido moderado y condiciones de ventilación en el sitio de práctica.

Como un ejercicio no estadístico, se presentan las características de las personas que obtuvieron mayor y menor nivel de ansiedad, con el fin de buscar información que pueda ser útil para la discusión.

Así, en la Tabla 25 se presentan los datos para las personas que obtuvieron los puntajes extremos en el nivel de ansiedad.

Tabla 25

Características de los practicantes que obtuvieron los puntajes extremos en el ERAPSI

Característica	Puntaje menor: 51	Puntaje mayor: 110
Edad	23	23
Género	Soltera	Soltera
Trabaja	No	No
Padece enfermedad	No	No
Está en terapia actualmente	No	No
Estuvo en terapia anteriormente	Si	Si
La asesoría que recibe	Es oportuna Es constante Trata temas pertinentes Resuelve mayoría de dudas	Trata temas pertinentes
Recibe evaluación	Permanentemente Intervención	Permanentemente
Percibe preparación para	Seguimiento	Intervención
Promedio de consultantes que atiende	4	5
Relaciones con supervisores	Buenas	Buenas
Relaciones con asesores	Buenas	Buenas
Relaciones con otros practicantes	Regulares	Regulares
Relaciones con otras personas del sitio de práctica	Buenas	Buenas

## Ansiedad en psicólogos practicantes

Como se puede observar, la única diferencia entre las dos personas evaluadas y que obtuvieron los puntajes extremos se da en la forma como percibe la asesoría, ya que la persona con menor ansiedad reporta que la asesoría es constante, oportuna, trata temas pertinentes y resuelve la mayoría de las dudas; por su parte, la persona que percibe mayor nivel de ansiedad considera que la asesoría sólo trata temas pertinentes, mas no considera que reúna las otras características.

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Alrededor de la práctica profesional, el psicólogo practicante puede plantearse muchas preguntas que involucran tanto aspectos personales como la expectativa sobre su desempeño como psicólogo clínico, las cuales se traducen en una forma particular de evaluar, sentir y actuar ante esta nueva situación.

Por ello, la finalidad de este trabajo de investigación se centró en describir las respuestas de ansiedad en los tres sistemas: cognitivo, conductual y psicofisiológico, en los psicólogos practicantes de la promoción 2003-2004 de la Universidad de Nariño al ejercer su rol terapéutico en la intervención clínica individual; además, en esta investigación se buscó identificar algunas de las variables de la práctica profesional que pudiesen estar relacionadas con las respuestas de ansiedad de los psicólogos practicantes.

Analizando los resultados de este trabajo de investigación, se pudo identificar la mayor manifestación de la ansiedad en el sistema cognitivo en las respuestas de los psicólogos practicantes; esta prevalencia se presentó de forma similar en la población de psicólogos egresados, a los cuales se aplicó la prueba piloto. A partir de la validación de la Escala de Reporte de Frecuencia de Ansiedad ERAPSI, con base en datos empíricos de análisis de discriminación de ítems, se evidenció una alta correlación entre los ítems del sistema cognitivo y los mayores niveles de ansiedad, lo cual tuvo como consecuencia una mayor proporción de ítems correspondientes al sistema cognitivo en la construcción final de la escala, ya que estos ítems eran los que mejor discriminaban el atributo.

Teniendo en cuenta las características evaluadas en el sistema cognitivo, se puede plantear que existe una mayor tendencia en las respuestas de ansiedad de los psicólogos practicantes hacia la inferencia arbitraria, dentro de las distorsiones cognitivas formuladas por Beck (1984), es decir, hay una mayor tendencia a la anticipación de una conclusión sin la evidencia necesaria; esto coincide con la presentación de ítems (con un promedio alto dentro del total de respuestas de los sujetos), correspondientes al sistema cognitivo antes de la consulta terapéutica.

A partir de aquí, se puede destacar otro aspecto primordial de la ansiedad, relacionado con su naturaleza anticipatoria y esencialmente de tipo cognitivo descrita por Sandín y Chorot (1995), teniendo en cuenta una evaluación de amenaza ante la consulta terapéutica. Esta amenaza lógicamente más que en un sentido adaptativo se puede traducir en términos de lo que Bandura (1977, citado por Belloch, et.al, 1995) denomina expectativa de autoeficacia, más que la expectativa de resultado, puesto que las afirmaciones que sobresalieron estaban relacionadas con la eficacia como terapeutas, por ejemplo, la afirmación que obtuvo un promedio más alto fue ¿será que soy un buen terapeuta?

Con respecto al sistema conductual, se presentaron en mayor medida respuestas relacionadas con hiperactividad y con dificultades de la expresión verbal, durante la consulta terapéutica. Un aspecto que resulta interesante analizar es que, a excepción de una respuesta, no se presentó reporte sobre conductas de evitación, lo cual no es consistente con los planteamientos del modelo de Sandín y Chorot (1995); según ellos, las respuestas de escape y

evitación constituyen componentes fundamentales del sistema motor-conductual. Los ítems de evitación y escape no mostraron un alto nivel de discriminación del atributo, es decir, estos ítems no los respondían las personas que mostraban mayores niveles de ansiedad.

En el sistema psicofisiológico no se observaron diferencias notables, solo es posible indicar que se presentó en menor proporción la respuesta correspondiente al sistema gastrointestinal y sobresalió la respuesta de sensación de calor en el rostro o sonrojarse, clasificada dentro del sistema cardiovascular; a partir de ello, se infiere que no existe una manifestación predominante del sistema psicofisiológico dentro de la ansiedad; esto hace pensar que existe un déficit en la autoobservación de las manifestaciones o sensaciones orgánicas de ansiedad en los psicólogos practicantes; además, para la medición adecuada de este tipo de respuestas resultaría necesario el uso de equipos especializados.

A partir del análisis de resultados del cuestionario pueden establecerse los siguientes aspectos sobre el nivel mayor de ansiedad: se encuentra mayores niveles de ansiedad en los psicólogos practicantes masculinos, en psicólogos practicantes con edades de 26, 25 y 21 años, que trabajan y cuyo estado civil es soltero. Además, se observó un mayor nivel de ansiedad en psicólogos que padecían algún tipo de enfermedad

Un aspecto interesante es que no se presentó una diferencia notable entre el nivel de ansiedad de los psicólogos practicantes que asistieron o actualmente asisten a consulta, pues los promedios se acercan al promedio general en el nivel total de ansiedad.

En cuanto a las características del consultante, el nivel promedio mayor de ansiedad ante el género femenino y masculino se presentó en psicólogos practicantes masculinos. Los psicólogos y psicólogas presentaron un nivel mayor de ansiedad ante adolescentes y adultos, también ante las consultantes cuya tendencia es bisexual y los consultantes con tendencia homosexual; así mismo ante consultantes de estrato medio, consultantes con estudios técnicos y universitarios y finalmente ante consultantes solteros.

Con respecto a los enfoques psicológicos, los psicólogos cognitivo-conductuales presentaron un nivel promedio mayor de ansiedad que el resto de los psicólogos con otros enfoques.

Por otra parte, el análisis de las variables del contexto de práctica revela que respecto a la asesoría en el área clínica, se presenta un nivel promedio mayor de ansiedad cuando éstas no son oportunas, constantes y no resuelven dudas; ante las etapas de la terapia, se observa que los psicólogos practicantes presentan un mayor nivel de ansiedad cuando no se sienten preparados para alguna etapa del proceso terapéutico, que cuando sienten preparación para el mismo, también se evidencia mayor ansiedad en el seguimiento y en la aplicación de procedimientos terapéuticos.

En general, los psicólogos practicantes reportaron un nivel mayor de ansiedad cuando las relaciones laborales son percibidas como regulares. Sin embargo, el mayor nivel de ansiedad se observó cuando las relaciones con los supervisores se perciben como malas. Los psicólogos practicantes mostraron un nivel mayor de ansiedad ante las relaciones con el asesor del área clínica y con otro personal de la entidad evaluadas como regulares. Un dato que llamó la

atención fue el hecho de que los psicólogos practicantes reportaron el menor nivel de ansiedad cuando mantienen relaciones con otros psicólogos practicantes, evaluadas como malas. También mostraron un nivel de ansiedad bajo respecto al promedio total cuando las relaciones con el asesor son malas. Según esto, se infiere que los practicantes se relajan cuando tienen malas relaciones con sus compañeros o con sus asesores.

Frente a las condiciones físicas, el dato más notable es el nivel de ansiedad alto cuando el psicólogo practicante no percibe privacidad en su sitio de práctica, lo cual puede interferir con su desempeño y con su expectativa acerca del mismo.

Respecto al ejercicio que se hizo al comparar el mayor y el menor nivel de ansiedad reportados, es importante resaltar que la similitud entre las dos personas puede interpretarse de diversas maneras. Es posible que la calidad percibida de la asesoría efectivamente influya en el nivel de ansiedad del practicante. También es posible que las diferencias se atribuyan a eventos no evaluados a través del cuestionario o que no se hayan hecho evidentes a través del formato empleado. Una tercera hipótesis se relaciona con la posibilidad de que se trate de diferencias individuales, por ejemplo, ansiedad rasgo o patrones conductuales tipo A. Una cuarta hipótesis se relaciona con la sinceridad de las personas al responder el cuestionario; aunque las instrucciones fueron iguales para todos los practicantes y se enfatizó en la importancia del estudio para mejorar las condiciones de práctica, además que la mayoría de las personas mostró una gran disposición y participación, es posible que algunas personas hayan dado sus respuestas de manera apresurada o sin mayor cuidado.

En general, los psicólogos practicantes mostraron interés en la autoobservación de los aspectos que se consideraban en esta investigación, como un aporte personal y como un ejercicio útil para su práctica profesional.

Los psicólogos practicantes manifestaron verbalmente que la frecuencia y duración de las respuestas de ansiedad eran altas en el primer mes de práctica, y que a medida que se adaptaban al rol de psicólogos estas respuestas disminuían o desaparecían.

Teniendo en cuenta lo anterior, y a pesar de que los resultados de esta investigación no son inquietantes, es recomendable que en el proceso de práctica se considere, además del compromiso profesional, aspectos como el manejo de estrategias personales y el estado de formación del psicólogo practicante. Para ello es necesario llevar procesos continuos y no dispersos a lo largo de la carrera, con el fin de generar una cultura de salud mental en los estudiantes de psicología, para lo cual es indispensable la participación de toda la comunidad del Departamento de Psicología.

Ampliando la recomendación anterior, se plantea que el Programa de Psicología realice una inducción más amplia, que explique el porqué y el para qué de la práctica profesional, incluyendo aspectos vivenciales acerca de la misma, como también, generando espacios para que los practicantes expresen sus dudas y opiniones con respecto a la práctica, y las condiciones para llevar a cabo un proceso más interactivo entre los practicantes y el Programa de Psicología. Un ejemplo de ello, sería considerar que los psicólogos practicantes tengan la opción de escoger su asesor de práctica.

También es necesario que los estudiantes de psicología asistan a consulta terapéutica, no sólo con el fin de buscar ayuda sino también para vivir una experiencia en la cual asuman el rol de consultantes y más allá de la teoría puedan tener un acercamiento real con el trabajo terapéutico antes de enfrentar este rol.

De igual forma es preciso que los estudiantes de psicología despierten su espíritu investigador no sólo con temas pertinentes a la academia, sino también con el elemento más verídico para ellos, sus propias vivencias, entrenándose de esta forma en la autoobservación de las manifestaciones o sensaciones psicofisiológicas de la ansiedad y de muchos otros aspectos que pudiesen presentarse.

Además, a partir de esta investigación surgieron nuevas dudas acerca de lo que sucede con los psicólogos practicantes en el contexto del rol terapéutico, dudas que podrían plasmarse en nuevos estudios que permitan ampliar el conocimiento sobre temas como: la influencia de la ansiedad o de otras variables en el desempeño de los psicólogos practicantes, variables que incluyan las diversas áreas de aplicación de la psicología, así como la influencia de las relaciones con el asesor de práctica en el desempeño de los psicólogos practicantes.

La psicología debe poner al servicio de sí misma los conocimientos y herramientas que posee, con el objetivo de construir mayores posibilidades de prevención ante factores que afecten o que puedan afectar el desempeño y la vida personal de los estudiantes de psicología, de los psicólogos practicantes y

de todos los psicólogos, y así facilitar con mayor destreza el afrontamiento de situaciones.

Finalmente, con este trabajo de investigación, que más que un trabajo se convirtió en un placer por descubrir más acerca de esta profesión tan enriquecedora, se pretendió dejar una huella referente a los procesos que vivencian los psicólogos dentro de su práctica profesional, y la inquietud en la realización de futuras investigaciones mucho más profundas que busquen contribuir en la formación de los estudiantes de psicología y de los psicólogos practicantes, como también ofrecer información para la comunidad académica.

## **ACTIVIDADES Y RECURSOS**

### **Recursos humanos**

Esta investigación se realizó con la oportuna participación de los psicólogos practicantes de la Universidad de Nariño, promoción 2003-2004 y el personal involucrado en la supervisión directa del proceso de práctica.

Con relación al proceso investigativo se contó con la orientación de la psicóloga Nubia Sánchez, y el desarrollo del mismo por parte de Diana Alava Castillo y Diana Marcela Galvis.

### **Recursos técnicos**

Se utilizó material bibliográfico, como también materiales de papelería (copias) necesarios para la aplicación del instrumento de medición.

### **Recursos tecnológicos**

Se trabajó con un equipo de computación y acceso a Internet.

### **Recursos de infraestructura**

Se trabajó en cada uno de los sitios de práctica.

### **Presupuesto y fuentes de financiación**

Los gastos que se generaron durante el desarrollo de este estudio fueron solventados por las investigadoras.



## REFERENCIAS

Baeza, J. (2001). La ansiedad: un modelo explicativo [Internet]. Disponible: <http://www.clinicadeansiedad.com/documentos.asp?indice=1> [2003, Diciembre 12].

Ballesteros, R., y Carboles, J., (1987). Evaluación conductual, metodología y aplicaciones. Madrid: Pirámide.

Batallón de Infantería No 9 Boyacá (2003). Reseña histórica, misión y visión (cartelera). San Juan de Pasto.

Becerra J., (2003). Respuestas de ansiedad agrupadas en los tres sistemas [Internet]. Disponible: <http://www.cop.es/colegiados/s-02633/ANSIEDAD.htm> [2003, Septiembre 14].

Beck A., et al (1984). Terapia cognitiva de la depresión. Bilbao: Desclée de Brower

Belloch, A., Sandín, B., y Ramos, F. (Eds.). (1995). Manual de psicopatología (2 Vol.) Madrid: McGraw-Hill.

Brown, F. (1999) Principios de la medición en psicología y educación. México: Manual Moderno

Congreso de la República (1993). Ley 100 de 1993. [Internet] Disponible: <http://www.acemi.org.co/ley100.htm#4> [2004, Enero 14]

Congreso de la República (1994). Ley 100 de 1994. [Internet] Disponible: [http://www.secretariassenado.gov.co/leyes/L0119\\_94.HTM](http://www.secretariassenado.gov.co/leyes/L0119_94.HTM) [2004, Enero 14]

Comité Curricular y de Investigaciones de Psicología (2002). Manual de prácticas profesionales y académicas, del programa de psicología. Pasto. Universidad de Nariño.

Colegio Oficial de Psicólogos (1998). Psicología clínica [Internet]. Disponible: <http://www.cop.es/perfiles/contenido/clínica.htm> [2002, Octubre 20].

Departamento de Psicología (2000). Reforma curricular del departamento de psicología. Pasto: Universidad de Nariño

De Torres, J., Tornay F. y Gómez, E. (1999). Procesos psicológicos básicos. Madrid: McGraw-Hill.

DSM-IV (1995). Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: MASSON, SA.

Etchegoyen, R. (1999). Fundamentos de la clínica psicoanalítica. Argentina: Amorrourtu.

Gómez, C., Hernández, G., Rojas, A., Santacruz, H. y Uribe, M., (2002). Fundamentos de psiquiatría clínica: niños, adolescentes y adultos. Bogotá: Centro Editorial Javeriano.

Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (1998). Metodología de la investigación. (2ª Ed.) México: McGraw-Hill.

Hospital Infantil “Los Ángeles” (2002). Programa de inducción: presentación general de la empresa. San Juan de Pasto.

Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2003). Reseña histórica, misión y visión (opacos). San Juan de Pasto.

Instituto Joaquín María Pérez (2003). Manual de convivencia. San Juan de Pasto.

Kareaga, A., 1998. Nuevas perspectivas sobre la relajación, Bilbao, Desclée De Brouwer.

Kazdin, A. (1994). Modificación de la conducta y sus aplicaciones prácticas. (2ª Ed.) México: Manual Moderno.

Labrador, F., y Mayor, J. (1984). Manual de técnicas de modificación de conducta. Madrid: Alambra.

Latorre, J., y Beneit, P. (1994). Psicología de la salud, aportaciones para los profesionales de la salud. Buenos Aires: Lumen.

Lega, L., Caballo, V. y Ellis, A. (1997). Teoría y práctica de la terapia racional emotivo-conductual. España: Siglo XXI.

Mahoney, M. y Fernández, H. (1998). La vida personal del psicoterapeuta. Avances en psicología clínica latinoamericana, vol. 16, 9-22.

Maldonado, L. y Rivera, B. (2002). Vocational interests and vocational satisfaction of licensed psychologist in Puerto Rico (Resumen). Interamerican Journal of Psychology, vol 36, p. 191-213.

McCullough, C. y Woods, R., (1994). La ansiedad: sus formas de manifestación, autocontrol y superación. Buenos Aires: Sudamericana.

Ministerio de Salud de Colombia. (1998). Política nacional de salud mental. Santa Fé de Bogotá. Oficina de comunicaciones.

ONG Movimundo (2003). Historia, misión y visión (plegable). San Juan de Pasto.

Phares, J. (1996). Psicología clínica: conceptos, métodos y práctica. México: Manual Moderno.

Ruiz, J. y Sánchez, J. (2002). Manual de psicoterapia cognitiva [Internet]. Disponible:<http://www.psicología/online.com/ESMUbeda/Libros/Manual/manual12.htm> [2003, Diciembre 3].

SENA Centro de Empleo (2003). Reseña histórica, misión y visión. San Juan de Pasto.

Slaikeu, K. (1999). Intervención en crisis: manual para práctica e investigación. México: Manual Moderno.

Spielberger, Ch. (1979). Tensión y ansiedad. México: Harper y Row Latinoamericana, S.A.

Sue David, Sue Derald y Sue Stanley (1994). Comportamiento anormal (4ª Ed.) México: Mc Graw Hill.

Unidad de Psicología del Colegio Centro de Integración Popular (2003). Proyecto de práctica: reseña histórica, misión y visión. San Juan de Pasto.

Unidad de Psicología del Centro de Salud Tamasagra (2003). Proyecto de práctica: reseña histórica, misión y visión. San Juan de Pasto.

Unidad de Psicología de la Ciudadela Educativa Sur-Oriental (2003). Proyecto de práctica: reseña histórica, misión y visión. San Juan de Pasto.

Unidad de Psicología del Hospital Departamental (2003). Proyecto de práctica: reseña histórica, misión y visión. San Juan de Pasto.

Unidad de Psicología del Hospital San Rafael (2002). Proyecto de práctica: reseña histórica, misión y visión. San Juan de Pasto.

Unidad de Psicología del Instituto San Juan Bosco (2002). Proyecto de práctica: reseña histórica. San Juan de Pasto.

Unidad de Psicología de Proinco (2003). Proyecto de práctica: reseña histórica, misión y visión. San Juan de Pasto.

Unidad de Psicología SINAPSIS (2001). Proyecto de práctica: reseña histórica, misión y visión. San Juan de Pasto.

Unidad de Psicología de la Universidad de Nariño SINAPSIS (2003). Proyecto de práctica: informe área clínica. San Juan de Pasto.

Werner, R., Ferreira L., Monte Lague, C., Silva, N., Moraes de Almondes, K. y Maria, M., (2003, Septiembre). El proceso de ansiedad en estudiantes de Psicología durante las prácticas profesionales (Resumen). II Congreso Latinoamericano de Psicología de la Salud, Cartagena. Colombia. 206-207.

# **ANEXOS**

**ANEXO A**

**Caracterización de la construcción de la escala ERAPSI**

<b>Características</b>	<b>Categorías/Procedimiento</b>	<b>Subcategorías</b>
Atributo	Ansiedad	Sistema de respuesta Cognitivo Sistema de respuesta Motor Sistema de respuesta Psicofisiológico
Contenido	Rol terapéutico de los Psicólogos Practicantes en la intervención clínica individual	Antes de la consulta psicológica Durante la consulta psicológica Después de la consulta psicológica No diferenciado
Finalidad	Investigación	
Construcción y Validación de constructo	Validación de 108 ítems por 5 jueces	
Análisis técnico de los ítems: Análisis de discriminación	Coefficiente de correlación producto momento de Pearson Análisis factorial	Correlación entre el acierto del ítem y el puntaje en el total de la prueba (discriminación) Calcular la matriz de correlaciones entre las variables que conforman la investigación y extraer los factores necesarios para sustentar la validez de constructo de la escala
Selección de ítems y estructuración de la forma final de la escala	Comparación entre coeficiente de correlación de Pearson de los ítems con análisis factorial de los ítems	Selección final: 44 ítems
Confiabilidad	Tipo: Consistencia interna Procedimiento: Dos mitades – pares e impares	Correlación: $r=0.87$
Estandarización	Aplicación	Instrucciones y condiciones

**ANEXO B**  
**Validación por jueces de la escala de reporte de ansiedad para psicólogos practicantes “ERAPSI”**

ITEM ORIGINAL	Pertinencia %	Claridad %	Unidimensionalidad %	Dirección %	OBSERVACIONES DE JUECES	Ajustes	Acepta Cambio	
							Si	% No
1. ¿Qué voy a preguntarle al consultante?	100	100	100	+ 100		Item aprobado		
2. Estoy muy inquieto antes de iniciar la consulta	100	80	80	+ 100		Se modificará en caso de que se requieran más ítems en el sistema de respuesta conductual.		
3. ¿Cuánto tiempo me debo demorar?	60	60	80	+ 80 - 20	Es ambiguo, ¿cuál es la pertinencia?	Anulado porque la pertinencia no es significativa, el tiempo en consulta tiene ciertos parámetros.		
4. Antes de consulta presento movimientos repetitivos de pies o manos.	80	100	80	+ 100	El ítem 2 abarca el mismo criterio.	Se incluye porque es un indicador conductual. Si el ítem 2 se incluye en la escala, se asocia a validación		
5. ¿Y si no puedo?	100	40	60	+ 100	Amplíen el enunciado.	A consideración de jueces la modificación: ¿Y si no puedo manejar la consulta?	100	
6. ¿Qué va a pensar el consultante de mí?	100	100	100	+ 100		Item aprobado		
7. Me como las uñas antes de iniciar la consulta.	100	80	80	+ 100		Se aprueba como indicador conductual.		
8. ¿El consultante me creará?	100	80	100	+ 100	Es similar al ítem 6.	Se pone a consideración de jueces el ítem original y la nueva propuesta: <b>¿El consultante creará que soy un buen terapeuta?</b>	80	20
9. Me da miedo con algunos tipos de trastornos o dificultades.	80	80	80	+ 100		Anulado porque es igual al ítem 34.		
10. ¿Qué voy a decir?	100	100	100	+ 100		Aprobado		
11. Antes de iniciar la consulta, cuando tengo objetos no puedo tenerlas quietas.	80	40	80	+ 80 - 20	Está mejor redactado en el ítem 2.	Anulado porque no es claro		
12. ¿Será que soy incapaz de ser un buen terapeuta?	100	80	100	+ 100	Soy un buen terapeuta.	A consideración de jueces la modificación: ¿Será que soy buen terapeuta?	80	20

## Ansiedad en psicólogos practicantes.

ITEM ORIGINAL	Pertinencia %	Claridad %	Unidimensionalidad %	Dirección %	OBSERVACIONES DE JUECES	Ajustes	Accepta Si	Cambio %	No
13. ¿Qué tipo de consultante voy a tener que atender?	100	100	100	+ 100		Aprobado			
14. Río mucho antes de consulta.	60	100	100	+ 80 - 20	¿Río mucho en consulta?	Anulado porque la pertinencia no es significativa.			
15. ¿Será que estoy preparado(a) para hacer consulta?	100	100	100	+ 100		Aprobado			
16. Fumo antes de consulta.	100	100	80	+ 100		Se acepta porque es un indicador conductual y se considera que es claro.			
17. ¿Si el consultante llora qué hago?	100	100	100	+ 100		Aprobado			
18. Como de forma exagerada antes de iniciar la consulta.	80	80	80	+ 100	También es un síntoma depresivo. El 18 y el 20 pueden ser un solo ítem.	No excluye que sea indicador de ansiedad. El 20 se anuló. El ítem se incluye así.			
19. ¿Qué espera el consultante de mí?	100	80	100	+ 100	¿Qué esperará el consultante de mí?	A consideración de jueces el cambio: <i>¿Qué esperará el consultante de mí?</i>	80		20
20. Tomo mucho líquido antes de consulta.	60	60	80	+ 80 - 20		Anulado porque la congruencia con el atributo evaluado no es significativa; además tomar agua puede estar relacionado con otra variable.			
21. ¿Cuál debe ser mi rol?	100	100	100	+ 100		Aprobado			
22. Pienso que el consultante no me presta suficiente atención	100	100	100	+ 80 - 20		El ítem se aprueba con dirección positiva, puesto que contestar el extremo de frecuencia: "siempre", sería un indicador cognitivo de ansiedad.			
23. Expreso verbalmente al consultante que la terapia no avanza debido a su falta de compromiso.	40	80	60	+ 60 - 40	Esto muchas veces es real. No ansiedad y debe expresarse.	Anulado, debido a que es un indicador claro de ansiedad.			

Ansiedad en psicólogos practicantes.

ITEM ORIGINAL	Pertinencia %	Claridad %	Unidimensionalidad %	Dirección %	OBSERVACIONES DE JUECES	Ajustes	Acepta Si	Cambio %	No
24. Presento dificultad con mis movimientos en consulta (por ejemplo, al escribir se me caen objetos).	100	60	100	+ 100		Modificación a consideración de jueces: <i>"Tengo movimientos torpes durante la consulta (por ejemplo, al escribir se me caen los objetos)".</i>	100		
25. Olvido parte de la información del caso durante la consulta.	100	100	100	+ 100		Aprobado			
26. Durante la consulta presento movimientos repetitivos de pies o manos.	100	100	100	+ 100		Aprobado			
27. Ante la presencia de un consultante agradable tiendo a ser torpe con mis movimientos y se me dificulta hablar.	80	60	60	+ 80 - 20	¿Qué es agradable, empático o simpático? Dos ítems en uno.	Anulado porque no indica ansiedad específica en el contexto terapéutico.			
28. Durante la consulta me preocupa no poder identificar el problema central del consultante.	100	100	100	+ 100		Aprobado			
29. Presento dificultad para concluir la sesión de consulta durante el tiempo previsto	80	100	60	+ 100	Está más relacionado con habilidades sociales.	Anulado puesto que también puede indicar un déficit en la habilidad para concluir la consulta .			
30. Cuando voy a finalizar la consulta pienso que el consultante cree que no me interesa su problema.	100	100	100	+ 80 - 20		Se aprueba el ítem con dirección positiva, puesto que contestar el extremo de frecuencia: Siempre, sería un indicador cognitivo (distorsión) de ansiedad.			

Aniedad en psicólogos practicantes.

ITEM ORIGINAL	Pertinencia %	Claridad %	Unidimensionalidad %	Dirección %	OBSERVACIONES DE JUECES	Ajustes	Acepta Cambio	
							Si	% No
31. Durante la sesión busco objetos como historias clínicas, lapiceros, etc.	40	60	60	+ 80 - 20		Anulado porque no es claro y puede no ser un indicador de ansiedad.		
32. Río mucho durante la consulta.	40	60	40	+ 60 - 40	Es ambiguo, hay sesiones divertidas. ¿Río mucho?	Anulado porque no es un indicador claro de ansiedad y puede estar relacionado con otra variable.		
33. Me cuesta permanecer atento al relato del consultante.	100	100	80	+ 100		Se aprueba puesto que sólo evalúa un indicador cognitivo y no dos.		
34. Me siento incapaz de enfrentar algunos tipos de trastornos o dificultades.	100	80	80	+ 100	Es un cuestionamiento personal y puede ser real.	A consideración de jueces la modificación: <i>"Me siento incapaz de enfrentar algunos tipos de dificultades que presenten los consultantes"</i>	80	20
35. Durante la consulta mi postura es relajada.	80	80	80	+ 60 - 40		Puesto que la relajación indica ausencia o bajo nivel de ansiedad, el ítem se incluye con dirección negativa.		
36. Uso frases con las que pongo en duda lo que el consultante dice.	60	80	60	+ 40 - 60	Hace parte de los procedimientos como la terapia racional emotiva.	Anulado puesto que no es un indicador claro de ansiedad.		
37. Me cuesta no reírme cuando el consultante hace comentarios irracionales sobre su problema.	40	80	40	+ 40 - 60		Anulado porque no es un indicador claro de ansiedad y puede estar relacionado con otra variable.		
38. El consultante hace gestos que me indican que no esta de acuerdo o no le gusta lo que hago en consulta.	40	60	60	+ 60 - 40	¿Es una evaluación de desempeño profesional de ansiedad? Pienso que el consultante..	Anulado.		

Ansiedad en psicólogos practicantes.

ITEM ORIGINAL	Pertinencia %	Claridad %	Unidimensionalidad %	Dirección %	OBSERVACIONES DE JUECES	Ajustes	Acepta Cambio	
							Si	No
39. Se me dificulta ser claro y directo con el consultante.	100	100	80	+ 100		Se pone a consideración de jueces la división del ítem en dos: 1. <i>Se me dificulta ser claro con el consultante.</i>	80	20
						2. <i>Se me dificulta ser directo con el consultante.</i>	80	20
40. Creo que el consultante no quiere seguir las instrucciones en consulta.	60	100	80	+ 60 - 40	En estos casos no sólo media la ansiedad del terapeuta. Ver ítem 38.	Anulado porque puede estar relacionado con otras variables.		
41. Durante la consulta se me dificulta determinar el problema del consultante.	100	100	100	+ 100	Puede ser ansiedad o falta de habilidad para ello.	Aprobado.		
42. Olvido explorar sobre temas de caso que ya tenía presente durante la consulta.	100	60	80	+ 100	Pueden estar asociados otros factores: memoria, orden, preparación de consulta, etc.	A consideración de jueces el cambio: <i>"Del susto olvido explorar temas del caso en la consulta"</i> .	60	40
43. Evito hablar con el consultante sobre temas que me incomodan.	80	100	80	+ 80 - 20		Anulado porque el ítem puede implicar manejo de conflictos personales y no es un indicador tan relevante de ansiedad.		
44. Apresuro al consultante en su relato con el fin de culminar pronto la sesión.	100	80	80	+ 100	En ocasiones se debe insistir en ser concreto.	Anulado porque se cuestiona la habilidad del terapeuta con ansiedad de presionar al consultante.		
45. Se me dificulta dirigir la consulta.	100	100	100	+ 100		Aprobado.		
46. Quiero preguntarle algo al consultante pero no lo hago por temor a equivocarme.	100	100	100	+ 100		Aprobado		

Aniedad en psicólogos practicantes.

ITEM ORIGINAL	Pertinencia %	Claridad %	Unidimensionalidad %	Dirección %	OBSERVACIONES DE JUECES	Ajustes	Acepta Cambio	
							Si	% No
47. Se me dificulta vocalizar algunas palabras.	80	100	80	+ 100	Puede que no sea ansiedad.	Dos alternativas a consideración de jueces: 1. <i>Por el susto, se me dificulta vocalizar algunas palabras en consulta.</i>	20	20
						2. <i>Se me traba la lengua en consulta.</i>	20	20
48. Repito sílabas o palabras cuando estoy hablando.	100	100	100	+ 100		Aprobado.		
49. Percibo que hablo muy rápido en consulta y me confundo al hacerlo.	100	80	100	+ 100	Dos ítems en uno	A consideración de jueces el cambio: <i>"siento que hablo muy rápido en consulta"</i>	100	
50. Durante la consulta critico lo que hago y cómo lo hago.	100	100	100	+ 100	Crítica excesiva.	Aprobado		
51. Percibo que mi tono de voz baja súbitamente.	80	80	100	+ 80 - 20	Muchas veces es voluntario, se debe modular la voz.	Anulado, porque puede estar relacionado con un manejo del terapeuta.		
52. Mantengo contacto visual necesario con el consultante.	100	100	100	+ 40 - 60	Generalmente la respuesta sería: siempre el ítem se calificaría al contrario.	Puesto que mantener contacto visual puede indicar ansiedad o bajo nivel ansiedad, el ítem se acepta con dirección negativa.		
53. Durante la sesión dudo de la eficacia terapéutica de lo que hago.	80	80	80	+ 100		Modificación a consideración de jueces: <i>"Durante la sesión dudo de mi eficacia como terapeuta"</i>	100	
54. Hay consultantes agradables que me hacen poner nervioso o me inquietan.	40	60	40	+ 100	Remitirse al ítem 27. ¿Agradable?	Anulado porque no indica ansiedad específica en el contexto terapéutico.		
55. Me como las uñas durante de la consulta.	100	100	100	+ 100		Aprobado		
56. Lloro durante la consulta.	100	100	80	+ 100		Anulado puesto que el ítem evalúa más de un indicador.		

## Ansiedad en psicólogos practicantes.

ITEM ORIGINAL	Pertinencia %	Claridad %	Unidimensionalidad %	Dirección %	OBSERVACIONES DE JUECES	Ajustes	Acepta Cambio	
							Si	% No
57. En la consulta permanezco callado(a) por lapsos de tiempo prolongados.	80	60	60	+ 60 - 40	Aclara el manejo de tiempos, ¿falta de concentración o qué? Por que no sabe que decir Porque no sé que decir.	Anulado porque en ocasiones puede ser un manejo del terapeuta y no se puede determinar exactamente cuál sería un margen de tiempo "prolongado".		
58. Cambio de postura constantemente.	100	100	100	+ 80 - 20		El ítem se acepta con dirección positiva, puesto que la recurrencia del cambio de postura (extremo de frecuencia: siempre), es indicador de ansiedad.		
59. Se me dificulta retroalimentar al consultante acerca de su problema.	100	100	100	+ 100		Aceptado		
60. Saludo al consultante con una frase, una sonrisa y/o un estrechón de manos.	60	100	60	+ 20 - 80	Remitirse al ítem 52	Anulado porque puede estar relacionado también con habilidades sociales.		
61. Quiero que la sesión termine rápido.	100	100	100	+ 100		Aprobado		
62. Cuando tengo objetos en las manos no puedo tenerlas quietas.	100	100	80	+ 100		Aprobado. El ítem mide un solo indicador.		
63. Concluyo la consulta antes de tiempo.	80	100	80	+ 100	Es relativo, ¿importa el tiempo o la calidad de consulta?	A consideración de jueces la modificación: "Concluyo la consulta antes del tiempo acordado con el consultante"	80	20
64. Pienso en cosas diferentes a la sesión durante la misma (por ejemplo, preocupaciones personales).	80	100	80	+ 80 - 20		Anulada porque no es un indicador relevante ni exclusivo de ansiedad.		

Aniedad en psicólogos practicantes.

ITEM ORIGINAL	Pertinencia %	Claridad %	Unidimensionalidad %	Dirección %	OBSERVACIONES DE JUECES	Ajustes	Acepta Cambio	
							Si	% No
65. Cuando termina la sesión con el consultante tengo la sensación de no haber obtenido la información suficiente del caso.	80	100	80	+ 80 - 20		Modificación a consideración de jueces: "Cuando termina la consulta pienso que pude obtener mayor información sobre el caso."	80	20
66. Después de la consulta permanezco inmóvil durante un tiempo prolongado en mi consultorio.	60	80	60	+ 80 - 20		Anulado pues no es un indicador claro de ansiedad.		
67. Como de forma exagerada después de la consulta.	60	100	60	+ 100		Anulado porque puede estar relacionado con otras variables.		
68. Llora después de haber atendido al consultante.	80	100	80	+ 100	¿Ansiedad o depresión?	Anulado porque es un indicador más relevante de depresión.		
69. Después de haber atendido a un consultante determinado aplazo sus próximas consultas.	100	100	100	+ 100	Intencionalmente.	Aprobado		
70. Tomo mucho líquido después de la consulta.	40	100	80	+ 60 - 40		Anulado porque no es congruente con el atributo evaluado.		
71. Me siento incapaz de atender al próximo consultante.	100	100	100	+ 100		Aprobado		
72. Cuando no logro manejar un caso prefiero remitirlo a otro psicólogo.	60	100	40	+ 60 - 40	No es claro, hay algunas competencias que por ética es mejor no manejarlas. En algunos casos es cuestión de ética. Más bien lo inadecuado es la frecuencia.	A consideración de jueces el cambio: "Remito los casos a otro psicólogo".	80	20

Ansiedad en psicólogos practicantes.

ITEM ORIGINAL	Pertinencia %	Claridad %	Unidimensionalidad %	Dirección %	OBSERVACIONES DE JUECES	Ajustes	Acepta Cambio	
							Si	% No
73. Después de consulta pienso que pude haberlo hecho mucho mejor.	100	100	100	+ 100		Aprobado		
74. Después de haber atendido a un consultante determinado aplazo las próximas consultas de la jornada.	80	100	100	+ 100	Es igual al ítem 69	Aprobado. Es diferente al ítem 69 porque se refiere a consultas del mismo consultante.		
75. Después de la consulta dedico mucho tiempo a pensar en el caso que atendí.	40	100	60	+ 80 - 20	Hay que plantear mejor la situación: desempeño, dificultad, motivos personales. Puede ser adecuado por la inexperiencia.	Anulado porque pude ser indicador de otra variable o atributo diferente a la ansiedad.		
76. Al finalizar la sesión dudo acerca de los resultados de la misma.	100	100	100	+ 100		Aprobado		
77. Me como las uñas después de la consulta.	100	100	100	+ 100		Aprobado		
78. Después de la consulta olvido parte de la información obtenida en la misma.	100	100	100	+ 100	¡Bien!, aunque puede jugar el factor estrés.	Aprobado		
79. Fumo después de la consulta.	100	100	100	+ 100		Aprobado		
80. Sudoración excesiva en manos, pies, espalda, axilas o en otras partes.	100	100	100	+ 100		Aprobado		
81. Aceleración del ritmo cardíaco	100	100	100	+ 100		Aprobado		
82. Respiración entrecortada	100	100	100	+ 100		Aprobado		
83. Respiración agitada	100	100	100	+ 100		Aprobado		
84. Suspiros	40	80	40	+ 80 - 20		Anulado porque no es un indicador de ansiedad.		

Ansiedad en psicólogos practicantes.

ITEM ORIGINAL	Pertinencia %	Claridad %	Unidimensionalidad %	Dirección %	OBSERVACIONES DE JUECES	Ajustes	Acepta Cambio	
							Si	% No
85. Dolor de estómago.	80	100	80	+ 100		Cambio a consideración de jueces: "Dolor de estomago sin causa aparente".	100	
86. Diarrea	80	80	80	+ 100	Puede ser otro el motivo médico	Modificación a consideración de jueces: "Diarrea sin motivo orgánico"	80	20
87. Mareo	100	100	100	+ 100		Aprobado		
88. Sensación de vacío en el estomago	100	100	100	+ 100		Aprobado		
89. Oleadas de frío o calor	100	100	100	+ 100		Aprobado		
90. Presión en el pecho.	100	100	100	+ 100		Aprobado		
91. Desmayo	80	80	80	+ 100	Es un tanto exagerado.	Anulado, porque puede deberse a otras razones y no ser un indicador de ansiedad.		
92. Estreñimiento	80	80	80	+ 100	Puede ser médico.	Modificación a consideración de jueces: "estreñimiento sin motivo médico"	80	20
93. Temblor en la voz	100	100	80	+ 100		Aprobada Mide un solo indicador.		
94. Calambres.	100	100	100	+ 100		Aprobado		
95. Tics.	100	100	100	+ 100		Aprobado		
96. Temperatura baja en extremidades (pies y manos fríos).	100	80	100	+ 100	No hay claridad.	Modificación a consideración de jueces: "Temperatura baja en pies y mano( sin causa orgánica)".	80	20
97. Hormigueo en el cuerpo.	100	100	100	+ 100		Aprobado		
98. Ganas de orinar.	80	60	60	+ 80 - 20	O mejor sensación de escapar. Frecuente.	Anulado		
99. Sensación de calor en el rostro.	100	80	100	+ 100		Modificación a consideración de jueces: "Sensación de calor en el rostro o sonrojarse"	100	
100. Sequedad en la boca.	100	100	100	+ 100		Aprobado		
101. Dolor de cabeza	80	100	80	+ 100		Modificación a consideración de jueces: "Dolor de cabeza sin causa organica"	80	20
102. Tensión muscular	100	100	100	+ 100		Aprobado		
103. Voz entrecortada o afección en el habla.	100	100	80	+ 100	El item 93 y este pueden ser uno sólo. ¿Afección?	Anulado		

## Ansiedad en psicólogos practicantes.

ITEM ORIGINAL	Pertinencia %	Claridad %	Unidimensionalidad %	Dirección %	OBSERVACIONES DE JUECES	Ajustes	Acepta Cambio	
							Si	No
104. Me siento enfermo antes, durante o después de consulta.	80	80	60	+ 100	No mide el atributo.	Anulado porque no es un indicador claro de ansiedad.		
105. Sonrojarse.	100	80	100	+ 100		Anulado porque es un indicador que no siempre puede reconocer la persona.		
106. No me sale la voz.	100	100	80	+ 100		Aprobado porque evalúa un solo indicador.		
107. Dolor de espalda.	100	100	100	100		A consideración de jueces el ítem original	100	
108. Cansancio físico.	100	100	100	100		A consideración de jueces el ítem original	100	

**ANEXO C**  
**Escala de reporte de ansiedad para psicólogos practicantes (ERAPSI)**

Edad: \_\_\_\_\_ Género: \_\_\_\_\_ Año de práctica profesional: \_\_\_\_\_

**Responda las siguientes preguntas o situaciones de acuerdo con su experiencia en la práctica profesional. De antemano agradecemos su participación.**

A continuación se presenta una serie de preguntas y situaciones que podrían presentarse **antes de iniciar** la consulta terapéutica con algún consultante. Marque con X la frecuencia con que usted se plantea cada pregunta o se enfrenta a la situación, así:

- Marque NUNCA si no recuerda haber pensado la pregunta o haberse enfrentado a la situación frente a ningún consultante.
- Marque POCAS VECES si sólo en algunas ocasiones se ha hecho la pregunta o enfrentado la situación sólo con algunos consultantes.
- Marque MUCHAS VECES si es una pregunta que se formula frecuentemente o una situación a la que se enfrenta frecuentemente.
- Marque SIEMPRE si cada vez que atiende a un consultante usted se hace la pregunta o se enfrenta a la situación.

	NUNCA	POCAS VECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE	OBSERVACIONES
1. ¿Qué voy a preguntarle al consultante?					
2. Antes de consulta presento movimientos repetitivos de pies o manos.					
3. ¿Y si no puedo manejar la consulta?					
4. ¿Qué va a pensar el consultante de mí?					
5. ¿El consultante creerá que soy un buen terapeuta?					
6. ¿Qué voy a decir?					
7. ¿Será que soy un buen terapeuta?					
8. ¿Qué tipo de consultante voy a tener que atender?					
9. ¿Será que estoy preparado(a) para hacer consulta?					
10. ¿Si el consultante llora qué hago?					
11. ¿Qué esperará el consultante de mí?					
12. ¿Cuál debe ser mi rol?					

## Ansiedad en psicólogos practicantes.

A continuación se plantea una serie de afirmaciones o situaciones que podrían presentarse **durante** la sesión terapéutica (desde su inicio hasta su finalización) con el consultante. Marque con X la frecuencia con que usted se enfrenta a la situación o piensa la afirmación, así:

- Marque NUNCA si no recuerda haber pensado en la afirmación o enfrentado la situación frente a ningún consultante.
- Marque POCAS VECES si sólo en algunas ocasiones ha pensado en la afirmación o se ha enfrentado a la situación o sólo con algunos consultantes.
- Marque MUCHAS VECES si es una afirmación en la que piensa frecuentemente o es una situación a la que se enfrenta frecuentemente.
- Marque SIEMPRE si cada vez que atiende a un consultante piensa en la afirmación o se enfrenta a la situación.

	NUNCA	POCAS VECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE	OBSERVACIONES
1. Pienso que el consultante no me presta suficiente atención.					
2. Olvido parte de la información del caso durante la consulta.					
3. Durante la consulta presento movimientos repetitivos de pies o manos.					
4. Durante la consulta me preocupa no poder identificar el problema central del consultante.					
5. Me cuesta permanecer atento al relato del consultante.					
6. Me siento incapaz de enfrentar algunos tipos de dificultades que presenten los consultantes.					
7. Se me dificulta ser claro con el consultante.					
8. Repito sílabas o palabras cuando estoy hablando.					
9. Durante la consulta se me dificulta determinar el problema del consultante.					
10. Se me dificulta dirigir la consulta.					
11. Quiero preguntarle algo al consultante pero no lo hago por temor a equivocarme.					
12. Se me dificulta ser directo con el consultante.					
13. Durante la consulta critico lo que hago y cómo lo hago.					
14. Durante la sesión dudo de mi eficacia como terapeuta.					
15. Tartamudeo durante la consulta.					
16. Se me dificulta retroalimentar al consultante acerca de su problema.					
17. Quiero que la sesión termine rápido.					
18. Cuando tengo objetos en las manos no puedo tenerlas quietas.					

## Ansiedad en psicólogos practicantes.

A continuación se plantean una serie de situaciones que podrían presentarse **después de concluir** la consulta terapéutica con el consultante. Marque con X la frecuencia con que usted se enfrenta a la situación o piensa en la afirmación, así:

- Marque NUNCA si no recuerda haber pensado en la afirmación o enfrentado la situación frente a ningún consultante.
- Marque POCAS VECES si sólo en algunas ocasiones ha pensado en la afirmación o se ha enfrentado a la situación o sólo con algunos consultantes.
- Marque MUCHAS VECES si es una afirmación en la que piensa frecuentemente o es una situación a la que se enfrenta frecuentemente.
- Marque SIEMPRE si cada vez que atiende a un consultante piensa en la afirmación o se enfrenta a la situación.

	NUNCA	POCAS VECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE	OBSERVACIONES
1. Cuando termina la consulta pienso que pude haber obtenido mayor información sobre el caso.					
2. Después de haber atendido a un consultante determinado aplazo sus próximas consultas.					
3. Me siento incapaz de atender al próximo consultante.					
4. Después de consulta pienso que pude haberlo hecho mucho mejor.					
5. Al finalizar la sesión dudo acerca de los resultados de la misma.					
6. Después de la consulta olvido parte de la información obtenida en la misma.					

A continuación se plantean una serie de sensaciones que pudieron haberse presentado **antes, durante o después** de la consulta terapéutica. Marque con X la frecuencia con que usted experimenta la sensación, así:

- Marque NUNCA si no recuerda haber experimentado esta sensación frente a ningún consultante.
- Marque POCAS VECES si sólo en algunas ocasiones ha experimentado este sensación o sólo con algunos consultantes.
- Marque MUCHAS VECES si ha experimentado este sensación frecuentemente.
- Marque SIEMPRE si cada vez que se enfrenta a un consultante experimenta este sensación.

	NUNCA	POCAS VECES	MUCHAS VECES	SIEMPRE	OBSERVACIONES
1. Sudoración excesiva en manos, pies, espalda, axilas o en otras partes.					
2. Aceleración del ritmo cardíaco					
3. Sensación de vacío en el estomago					
4. Oleadas de frío o calor					
5. Sensación de calor en el rostro o sonrojarse.					
6. Sequedad en la boca.					
7. Dolor de cabeza sin causa (orgánica)					
8. Dolor de espalda.					

## ANEXO D

### Cuestionario de variables de la práctica profesional

#### DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL PRACTICANTE

Sitio de práctica: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_

Género: f \_\_\_\_\_ m \_\_\_\_\_ Ciudad de origen: \_\_\_\_\_

Estado civil: soltero(a) \_\_\_ casado(a) \_\_\_ unión libre \_\_\_ viudo(a) \_\_\_ divorciado(a) \_\_\_

¿Trabaja además de estudiar? si \_\_\_ no \_\_\_

¿Padece de alguna enfermedad actualmente? si \_\_\_ no \_\_\_

¿cuál (es)? \_\_\_\_\_

¿Actualmente ingiere algún medicamento? si \_\_\_ no \_\_\_

¿cuál (es)? \_\_\_\_\_

¿Anteriormente estuvo en terapia psicológica? si \_\_\_ no \_\_\_

¿Actualmente está en terapia psicológica? si \_\_\_ no \_\_\_

#### A. CARACTERÍSTICAS DEL CONSULTANTE

A continuación se presenta una serie de características relacionadas con el consultante; cada una incluye diferentes alternativas, donde 1 se asigna a la característica que genera más ansiedad. Ordene de mayor a menor las alternativas que le generen mayor ansiedad. **Ejemplo:** Si le genera mayor ansiedad los consultantes que las consultantes, entonces marcará así:

1. Género (1-2)

A. Hombre \_\_\_\_\_ 1

B. Mujer \_\_\_\_\_ 2

1. Género (1-2)

A. Hombre \_\_\_\_\_

B. Mujer \_\_\_\_\_

2. Tendencia sexual (1-5)

A. Heterosexual \_\_\_\_\_

B. Mujer bisexual \_\_\_\_\_

C. Hombre bisexual \_\_\_\_\_

D. Mujer homosexual \_\_\_\_\_

E. Hombre homosexual \_\_\_\_\_

3. Etapa evolutiva (1-4)

- A. Niño \_\_\_\_\_
- B. Adolescente \_\_\_\_\_
- C. Adulto \_\_\_\_\_
- D. Adulto mayor \_\_\_\_\_

4. Estrato socioeconómico (1-3)

- A. Alto \_\_\_\_\_
- B. Medio \_\_\_\_\_
- C. Bajo \_\_\_\_\_

5. Nivel educativo (1-7)

- A. Sin estudios \_\_\_\_\_
- B. preescolar \_\_\_\_\_
- C. Primaria \_\_\_\_\_
- D. Secundaria \_\_\_\_\_
- E. Técnico o tecnológico \_\_\_\_\_
- F. Universitario \_\_\_\_\_
- G. Postgrado \_\_\_\_\_

6. Estado civil (1-5)

- A. Soltero \_\_\_\_\_
- B. Casado \_\_\_\_\_
- C. Unión libre \_\_\_\_\_
- D. Separado \_\_\_\_\_
- E. Viudo \_\_\_\_\_

7. Tipo de problema percibido (1-18)

- A. Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia. \_\_\_\_\_
- B. Delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos. \_\_\_\_\_
- C. Trastornos relacionados con sustancias. \_\_\_\_\_
- D. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. \_\_\_\_\_
- E. Trastornos del estado de ánimo. \_\_\_\_\_
- F. Trastornos de ansiedad. \_\_\_\_\_
- G. Trastornos somatomorfos. \_\_\_\_\_
- H. Trastornos facticios. \_\_\_\_\_
- I. Trastornos disociativos. \_\_\_\_\_
- J. Trastornos sexuales y de la identidad sexual. \_\_\_\_\_
- K. Trastornos de la conducta alimentaria. \_\_\_\_\_
- L. Trastornos del sueño. \_\_\_\_\_
- M. Trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados. \_\_\_\_\_
- N. Trastornos adaptativos. \_\_\_\_\_
- O. Trastornos de personalidad. \_\_\_\_\_
- P. Trastornos motores inducidos por medicamentos. \_\_\_\_\_
- Q. Asesoría. \_\_\_\_\_
- R. Atención en crisis. \_\_\_\_\_

**B. CONTEXTO TERAPEUTICO**

A continuación se presentan una serie de ítems relacionados con su práctica profesional. Marque con una x la alternativa que se adecue a su caso y proporcione la información cuando se le solicite.

<p>¿Cuál es su enfoque psicológico?</p> <p>_____</p>	<p>¿Cómo evalúa las relaciones con su asesor del área clínica?</p> <p>-Buenas _____</p> <p>-Regulares _____</p> <p>-Malas _____</p>
<p>La asesoría que usted recibe en el área clínica es: (Puede marcar más de una opción)</p> <p>-Oportuna _____ -Constante _____</p> <p>-Trata temas pertinentes _____</p> <p>-Resuelve la mayoría de dudas _____</p>	<p>Su trabajo en el área clínica es evaluado:</p> <p>-Permanentemente _____</p> <p>-Al finalizar el semestre de práctica _____</p> <p>-Irregularmente _____</p> <p>-Nunca _____</p>
<p>¿En qué momento (s) de la terapia se siente mejor preparado?</p> <p>-Evaluación _____</p> <p>-Aplicación de procedimientos terapéuticos (intervención) _____</p> <p>-Cierre de caso _____</p> <p>-Seguimiento _____</p>	<p>¿Cómo evalúa las relaciones con los otros psicólogos practicantes de la Unidad?</p> <p>-Buenas _____</p> <p>-Regulares _____</p> <p>-Malas _____</p>
<p>¿Qué condiciones físicas caracterizan el sitio donde realiza las consultas terapéuticas?. (Puede marcar más de una opción).</p> <p>-Luminosidad _____</p> <p>-Ruido moderado _____</p> <p>-Ventilación _____</p> <p>-Privacidad _____</p>	<p>¿Cómo evalúa sus relaciones con el personal que trabaja en su sitio de práctica?</p> <p>-Buenas _____</p> <p>-Regulares _____</p> <p>-Malas _____</p>
<p>¿Cómo evalúa las relaciones con su supervisor de práctica?</p> <p>-Buenas _____</p> <p>-Regulares _____</p> <p>-Malas _____</p>	<p>¿Aproximadamente cuántos pacientes atiende diariamente? _____</p>

**ANEXO E**

**Tabla de baremos N = 66**

Puntaje directo en la escala	Puntaje estándar T(50,10)
47	30
51	33
54	36
55,5	37
56	37
57	38
58	39
58,5	40
59	40
60	41
62	43
63	43
64	44
65	45
66	46
67	47
68	48
69	48
70	49
71	50
73	52
74	53
76,5	55
77	55
77,5	56
78	56
79	57
80	58
81	59
82	59
83	60
84	61
87	64
92	68
98	73
110	83

**ANEXO F**

**Tabla de baremos sistema cognitivo N = 66**

Sistema Cognitivo	Puntaje estándar T(50,10)
33	29
35	31
37,5	34
39	35
40	36
41	37
42	38
43	39
44	41
44,5	41
45	42
46	43
47	44
48	45
49	46
50	47
51	48
52	49
53	50
54	51
55	52
55,5	53
57	54
58	55
58,5	56
59	56
60	57
61	58
62	60
63	61
64	62
69	67
72	70
75	73
82	81

## ANEXO G

**Tabla de baremos sistema conductual N = 66**

Sistema Conductual	Puntaje estándar T(50,10)
6	46
7	48
8	49
9	51
10	53
11	54
12	56
14	59

## ANEXO H

**Tabla de baremos sistema psicofisiológico N = 66**

Sistema Psicofisiologico	Puntaje estándar T(50,10)
8	47
9	48
10	49
11	50
12	52
13	53
14	54
17	58

## ANEXO I

### Orden y clasificación de las respuestas de ansiedad en el sistema cognitivo

Momento de la Consulta Terapéutica	Ítem	Promedio	Tipo de respuesta
Antes	08	2.33	Pensamiento absolutista
Antes	01	2.25	Inferencia Arbitraria
Durante	05	2.16	Maximización
Después	01	2.16	Abstracción selectiva
Antes	07	2.05	Inferencia Arbitraria
Antes	13	2	Inferencia Arbitraria
Durante	08	2	Pensamiento Absolutista
Después	05	1.97	Abstracción selectiva
Antes	06	1.94	Inferencia Arbitraria
Antes	09	1.94	Inferencia arbitraria
Durante	12	1.91	Abstracción selectiva
Antes	03	1.83	Inferencia Arbitraria
Antes	10	1.83	Inferencia Arbitraria
Antes	14	1.83	Inferencia Arbitraria
Antes	04	1.77	Inferencia Arbitraria
Durante	10	1.75	Generalización Excesiva
Durante	24	1.75	Abstracción selectiva
Durante	03	1.72	Memoria
Durante	19	1.69	Minimización
Después	07	1.63	Minimización
Durante	13	1.61	Abstracción selectiva
Durante	15	1.58	Generalización Excesiva
Durante	23	1.58	Abstracción selectiva
Durante	17	1.52	Personalización
Después	09	1.52	Memoria
Durante	01	1.47	Inferencia Arbitraria
Durante	07	1.38	Atención
Antes	12	1.36	Inferencia Arbitraria
Durante	14	1.27	Inferencia Arbitraria
Después	03	1.05	Pensamiento absolutista

## ANEXO J

### Orden y clasificación de las respuestas de ansiedad en el sistema conductual

Momento de la Consulta Terapéutica	Item	Promedio	Respuesta
Durante	11	1.77	Dificultad de la expresión verbal
Durante	25	1.52	Hiperactividad
Antes	02	1.41	Hiperactividad
Durante	04	1.38	Hiperactividad
Después	02	1.30	Evitación
Durante	20	1.08	Dificultad de la expresión verbal

## ANEXO K

### Orden y clasificación de las respuestas de ansiedad en el sistema psicofisiológico

Momento de la Consulta Terapéutica	Item	Promedio	Sistema	Respuesta
No diferenciado	17	1.61	Cardiovascular	Sonrojarse
No diferenciado	22	1.5	Neuromuscular	Dolor de espalda
No diferenciado	18	1.33	Neurovegetativo	Sequedad en la boca
No diferenciado	19	1.33	Neuromuscular	Dolor de cabeza
No diferenciado	02	1.27	Cardiovascular	Aceleración de ritmo cardíaco
No diferenciado	08	1.27	Gastrointestinal	Vacío en el estómago
No diferenciado	01	1.19	Neurovegetativo	Sudoración
No diferenciado	09	1.19	Cardiovascular	Oleadas de frío o calor

**ANEXO L**  
**NIVEL PROMEDIO DE ANSIEDAD DE LOS PSICÓLOGOS PRACTICANTES ANTE EL PROBLEMA PERCIBIDO DEL CONSULTANTE**

Nivel promedio de ansiedad																		
	7a	7b	7c	7d	7e	7f	7g	7h	7i	7j	7k	7l	7m	7n	7o	7p	7q	7r
1	0	79,6	69,5	69,8	92	0	81	0	0	62	0	0	64	63,5	64	57	0	85,4
2	78	69,1	74,6	81,8	0	0	65	66	66	78,2	57	63	62	0	0	70	0	80,5
3	74	71,5	83,2	92	0	78	51	0	69	0	72	0	67	0	62	73,5	63	92
4	110	73	76	89,5	0	63	71,6	66,2	0	71,5	62	0	73	0	75,5	0	0	70,3
5	63	96,5	75,6	87,5	75,6	84,5	75,5	68	70	92	0	66	80	0	62	0	62	70
6	67	75,5	65,6	0	0	75	0	92	65	71	78,5	0	88,6	62	87,3	71,5	73,6	67
7	76,8	92	77	0	62,5	0	78	70	76,5	73	86	0	66,2	54	72	86	0	92
8	63,5	0	79,3	66	79,5	110	77	67,5	0	0	78	74	66,6	78	69,8	0	78	64,5
9	92	65	64	62	0	75,5	79,1	81,6	76,5	68	0	51	78	78,6	69	72,5	57	0
10	63,3	62	70	62	77	0	77	89,5	78,2	70,5	54,5	70	76,7	81	74,4	0	63	66
11	74	70	0	0	62	0	70	67	69	73,5	0	74,5	92	75,2	74	69,5	110	63
12	0	0	0	0	70	64,6	62	67	60,6	57	92	92	72,5	79,2	79,5	70,8	92	69,5
13	92	74	56	63	80	59,3	62	72,5	86	67,5	73,6	77,2	77	92	110	71,5	0	0
14	0	66	80	0	65,5	74	74	82	71	76,5	76,1	62,5	0	67	83	0	0	0
15	81	56	61	57	62	77	63	66	68	82	79,3	79,6	77	87,5	0	64,2	62	62
16	75	67,5	57	57	68	68,2	56	66	92	83	69,7	72,8	62	71,8	0	72,5	67	54,5
17	68	57	0	0	79,5	66	87	0	83	63	72,3	63,5	69,5	64	58	83,5	69,4	74
18	65,2	66,2	65,2	67,6	73,6	69,8	66,3	72,5	67	61	60	66,4	61	60,5	58,6	67,6	72,5	67,5
<b>Total general</b>											<b>72,2</b>							

Nota. Las letras que aparecen en el cuadro corresponden a: 7a = trastorno de inicio de la infancia, la niñez o la adolescencia; 7b = delirium, demencia, trastornos amnésicos y otros trastornos cognoscitivos; 7c = trastornos relacionados con sustancias; 7d = esquizofrenia y otros trastornos psicóticos; 7e = trastornos del estado de ánimo; 7f = trastornos de ansiedad; 7g = trastornos somatomorfos; 7h = trastornos facticios; 7i = trastornos disociativos; 7j = trastornos sexuales y de la identidad sexual; 7k = trastornos de la conducta alimentaria; 7l = trastornos del sueño; 7m = trastornos del control de los impulsos no clasificados en otros apartados; 7n = trastornos adaptativos; 7o = trastornos de personalidad; 7p = trastornos motores inducidos por medicamentos; 7q = asesoría; 7r = atención en crisis.