



UTPL
La Universidad Católica de Loja

Modalidad Abierta y a Distancia

Prácticum 4.1: Examen Complexivo

Guía didáctica



Facultad de Ciencias Sociales, Educación y Humanidades

Departamento de Psicología

Prácticum 4.1: Examen Complexivo

Guía didáctica

Carrera	PAO Nivel
▪ Psicología	VII

Autor:

Espinosa Iñiguez Jhon Remigio



P S I C _ 4 0 6 3

Asesoría virtual
www.utpl.edu.ec

Universidad Técnica Particular de Loja

Prácticum 4.1: Examen Complexivo

Guía didáctica

Espinosa Iñiguez Jhon Remigio

Diagramación y diseño digital:

Ediloja Cía. Ltda.

Telefax: 593-7-2611418.

San Cayetano Alto s/n.

www.ediloja.com.ec

edilojacialtda@ediloja.com.ec

Loja-Ecuador

ISBN digital - 978-9942-39-220-6



Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional (CC BY-NC-SA 4.0)

Usted acepta y acuerda estar obligado por los términos y condiciones de esta Licencia, por lo que, si existe el incumplimiento de algunas de estas condiciones, no se autoriza el uso de ningún contenido.

Los contenidos de este trabajo están sujetos a una licencia internacional Creative Commons – **Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 4.0 (CC BY-NC-SA 4.0)**. Usted es libre de **Compartir** – copiar y redistribuir el material en cualquier medio o formato. **Adaptar** – remezclar, transformar y construir a partir del material citando la fuente, bajo los siguientes términos: **Reconocimiento**– debe dar crédito de manera adecuada, brindar un enlace a la licencia, e indicar si se han realizado cambios. Puede hacerlo en cualquier forma razonable, pero no de forma tal que sugiera que usted o su uso tienen el apoyo de la licenciatante. **No Comercial**-no puede hacer uso del material con propósitos comerciales. **Compartir igual**-Si remezcla, transforma o crea a partir del material, debe distribuir su contribución bajo la misma licencia del original. No puede aplicar términos legales ni medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otras a hacer cualquier uso permitido por la licencia. <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Índice

1. Datos de información.....	7
1.1. Presentación-orientaciones de la asignatura.....	7
1.2. Competencias genéricas de la UTPL.....	7
1.3. Competencias específicas de la carrera.....	7
1.4. Problemática que aborda la asignatura en el marco del proyecto	8
2. Metodología de aprendizaje.....	9
3. Orientaciones didácticas por resultados de aprendizaje	10
Primer bimestre.....	10
Resultado de aprendizaje 1	10
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje.....	10
Semana 1	10
Unidad 1. Fundamentos de la psicología.....	10
1.1. Fundamentos históricos y teóricos de la psicología	10
Semana 2	22
1.2. Procesos psicológicos básicos	22
Actividades de aprendizaje recomendadas.....	33
Actividades de aprendizaje recomendadas.....	40
Semana 3	43
1.3. Psicología de la personalidad	43
Semana 4	48
1.4. Psicofisiología.....	48
Actividad de aprendizaje recomendada.....	50
Actividades de aprendizaje recomendadas.....	55
Semana 5	56
1.5. Neuropsicología.....	56
1.6. Psicofisiología.....	68

Actividades de aprendizaje recomendadas.....	70
Actividades de aprendizaje recomendadas.....	75
Autoevaluación 1.....	76
Unidad 2. Evaluación y diagnóstico psicológico	88
 Semana 6	88
2.1. Entrevista psicológica	88
 Semana 7	94
2.2. Evaluación psicológica.....	94
2.3. Diagnóstico psicológico.....	102
 Semana 8	110
 Segundo bimestre	111
Resultado de aprendizaje 1	111
Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje.....	111
 Semana 9	111
2.4. Redacción de informes psicológicos.....	111
 Semana 10	121
2.5. Psicometría	121
Actividades de aprendizaje recomendadas.....	126
Autoevaluación 2.....	128
Unidad 3. Desarrollo humano y psicopatologías.....	136
 Semana 11	136
3.1. Desarrollo de la infancia.....	136
 Semana 12	140
3.2. Desarrollo de la adolescencia, madurez y senectud.....	140
 Semana 13	148
3.3. Bases teóricas de la psicoterapia.....	148

Semana 14	155
3.4. Psicopatología	155
Actividades de aprendizaje recomendadas.....	161
Autoevaluación 3.....	163
Semana 15 y 16.....	169
4. Solucionario	170
5. Referencias bibliográficas	179
6. Recursos	198



1. Datos de información

1.1. Presentación-orientaciones de la asignatura



1.2. Competencias genéricas de la UTPL

- Comunicación oral y escrita.
- Pensamiento crítico y reflexivo.
- Trabajo en equipo.
- Comunicación en inglés.
- Comportamiento ético.
- Organización y planificación del tiempo.

1.3. Competencias específicas de la carrera

- La asignatura de Prácticum 4.1 permite al estudiante desarrollar competencias específicas como:
- Comprender los fundamentos históricos, biológicos y sociales de la psicología para cimentar el ejercicio profesional.

- Analizar las teorías, modelos y postulados de la salud mental, conducta normal y patológica con las etapas vitales que componen a un individuo íntegramente, así como a su sistema social.
- Evaluar diferencias, problemas y necesidades a nivel individual, grupal, intergrupal y social (organizacionales e interorganizacionales), enfocándose en los problemas que se evidencien en los grupos de atención prioritaria y vulnerable.
- Intervenir mediante propuestas de prevención y promoción de la salud mental para mejorar la calidad de vida de la colectividad proponiendo estrategias de intervención psicológica a nivel local, regional y nacional.

1.4. Problemática que aborda la asignatura en el marco del proyecto

Conocer los principales aspectos biológicos, psicológicos, históricos y sociales que subyacen al comportamiento, así como las estrategias de intervención primaria y secundaria en salud mental que le permitirá al estudiante contextualizar los aspectos relevantes sobre los cuales la psicología se fue construyendo como ciencia y, por tanto, comprender y/o explicar el comportamiento humano en las relaciones con su entorno.



2. Metodología de aprendizaje

Estimado estudiante, durante el desarrollo de esta asignatura se aplicará las siguientes metodologías de aprendizaje:

Aprendizaje basado en problemas (ABP) y estudio de casos. Le invito a profundizar sus conocimientos acerca de las metodologías.

El ABP es un método didáctico que cae en el dominio de las pedagogías activas y, más particularmente, en el de la estrategia de enseñanza denominada aprendizaje por descubrimiento y construcción, que se contrapone a la estrategia expositiva o magistral en la cual el docente es un orientador, un expositor de problemas o situaciones problemáticas, sugiere fuentes de información y está presto a colaborar con las necesidades del aprendiz. Este método también despierta la curiosidad del estudiante por indagar sobre los casos, lo que en el futuro propiciará un espíritu investigador. Además, el aprendizaje basado en estudio de casos enseña al estudiante los contenidos de la asignatura basándose en situaciones similares a las que se evidencian en la vida real, con la finalidad de que el aprendiz genere soluciones ante la situación planteada. Ese "realismo" le ayuda a adquirir competencias teórico-prácticas que serán aplicables en su quehacer profesional.



3. Orientaciones didácticas por resultados de aprendizaje



Primer bimestre

Resultado de aprendizaje 1

- Selecciona, diseña y aplica modelos de intervención en el contexto comunitario y social, que permite el alivio del sufrimiento psicológico individual y/o grupal, garantizando un tratamiento caracterizado por el uso correcto de la técnica, la relación y el estilo personal del tratante, desde un enfoque integral y disciplinar (multi, inter y trans- disciplinar); de la misma forma sistematiza y aplica los conocimientos para su modalidad de titulación, y los redacta adecuadamente según la demanda.

Estimado estudiante, el presente resultado de aprendizaje le permitirá aproximarse a reconocer los fundamentos biológicos, históricos y psicológicos en el ámbito de la conducta humana, así como a reconocer los elementos principales relacionados con los procesos psicológicos básicos, fundamentos históricos y teóricos de la psicología, psicología de la personalidad neuropsicología y psicofisiología.

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje



Semana 1

Unidad 1. Fundamentos de la psicología

1.1. Fundamentos históricos y teóricos de la psicología

1.1.1. Teorías contemporáneas de la psicología (siglo XX)

En esta unidad nos enfocaremos enteramente en las teorías que llevaron a la psicología a la categoría de ciencia, si bien algunas de ellas no tienen una vigencia actual (especialmente en los primeros temas), otras no se han podido demostrar fehacientemente, pero tampoco las han podido desechar (como el psicoanálisis) y, por último, veremos las teorías que dan la actual forma que tiene la psicología. Recuerde, el objetivo de esta asignatura es narrar y extraer los acontecimientos importantes en relación con el desarrollo del pensamiento psicológico. Al igual que el primer bimestre expondremos cada uno de estos temas según la importancia que para el desarrollo suponen, mas no de manera cronológica, sin embargo, en algunas coincidencias si tendrán este tinte.

■ La psicología de la conciencia

Antes de incursionar de lleno en el estudio de este tema, debemos tomar en cuenta algunas características que se dieron como contexto para el desarrollo de la misma. Para ello le invito a revisar la tabla 1 que resalta estos aspectos:

Tabla 1.

Orígenes de la psicología moderna

Características que dieron inicio al estudio de la psicología moderna

Psicología tomaba fuerza	Era el momento de darle un empuje, ya que cada vez había más personas que se interesaban por el estudio de las funciones cerebrales.
Debía alejarse de lo religioso	Las autoridades religiosas sesgaban mucho el desarrollo del estudio por considerarlos en contra de la doctrina.
Dar un enfoque más científico	Era necesario comenzar no solo a establecer teorías en la observación si no darle un toque experimental.
Postulados de Darwin	En la observación y publicación de sus hallazgos que iban en contra de la lógica establecida dio el ejemplo y valor de realizar las propias.

Características que dieron inicio al estudio de la psicología moderna

La Psicología como Ciencia Natural	Relacionándola con los procesos biológicos, químicos y físicos, es como se explicaba a la psicología.
La Psicología como Ciencia Humana	Las reacciones humanas y como estas responden al medio dieron una visión diferente de la psicología.

Nota. Tomado de Brennan (1999). Historia y Sistemas de la Psicología. México: Pearson Education. Elaborado por Alvarado (2018).

■ La psicología funcional

Desde que iniciamos este tema de la psicología de la adaptación, hemos pasado por varios cambios de la teoría, empezando por biólogos que sin intención realizaron aportes sociales importantes en pos del origen de las especies, pasando por quienes empezaron a relacionar esos descubrimientos directamente con la persona y terminamos con psicólogos que desarrollaron sus propios postulados basados en las teorías biológicas creando un sistema psicológico que trata de explicar el comportamiento en término de las acciones manifiestas visibles de las personas, el cual se denominó "funcionalismo".

En sí ya hemos desarrollado los principales aspectos de la psicología funcional, por lo cual en este apartado resaltaremos los contenidos y postulados más importantes dichos y creados por quienes aportaron para el desarrollo de esta teoría y le dieron forma a la psicología funcional.

Como ya lo habíamos anticipado, **William James** fue el principal autor que aportó con esta teoría y en pos del funcionalismo decía que los contenidos mentales eran algo evanescentes y fugaces, mientras que las funciones mentales, particularmente la de elegir, si tenían carácter permanente. James, junto con los aportes de Münsterberg y Dewey, permitieron que se configure la psicología funcional centrándose principalmente en el estudio de los procesos adaptativos.

Algunos autores fuera de esta psicología, como por ejemplo Titchener, establecieron que la psicología estructural antecede a la psicología funcional, pues no cabe estudiar funciones sin antes conocer sus estructuras para poder atribuirles funciones, esto inició un proceso de confrontación entre la psicología estructural y la funcional.

James Angell, otro psicólogo del funcionalismo, creía que este era un paso intermedio, creía que los *contenidos* mentales cambian constantemente mientras que las *funciones* (memoria, atención, juicio) no lo hacen. Estableció un triple sentido funcional de la psicología: el primero, que la función (biológica) de la mente es adaptar al organismo; el segundo decía que la conciencia es el resultado del funcionamiento psicológico del organismo (la mente en sí misma como una función biológica), y, por último, que la psicología funcional prometía ser socialmente útil en la educación, salud mental o psicopatología.

Una vez que hemos visto todo acerca del funcionalismo y, más aún, de la psicología de la conciencia, vamos a pasar a otro movimiento de entre los que sin duda hoy en día tiene una vigencia e importancia significativa.

1.1.2. El psicoanálisis

El psicoanálisis es sin duda uno de los modelos psicológicos más revolucionarios y uno de los más conocidos en la época moderna, incluso para quienes no están relacionados con el campo de la psicología. Propuesto por el médico austriaco Sigmund Freud (quien es además considerado el padre de la psicología moderna), postulaba un planteamiento en el cual la intencionalidad del comportamiento no proviene del foco de la conciencia, sino de la parte no consciente, del instinto, de la supervivencia.

- **El psicoanálisis clásico**

Como ya lo habíamos anticipado anteriormente en esta guía, la obra de Freud se centra en los procesos inconscientes de la persona; creía que la conducta era motivada por fuerzas escondidas en nuestro cerebro. Ubicada en un periodo de desarrollo entre 1900 y 1917 en su obra "Análisis de sueños", Freud explicaba que es a través del estado de vigilia que logramos acceder de manera directa a todos esos deseos que nos impulsan a actuar de determinada forma. Cuando estamos despiertos, nuestro "Yo consciente" reprime tales deseos, pero cuando dormimos la represión se debilita. Los sueños se manifiestan disfrazados de ideas reprimidas.

En conclusión, según el psicoanálisis, los sueños, los síntomas neuróticos, las equivocaciones en el habla (*lapses linguae*) y toda la conducta no justificada que expresa la persona, nunca son lo que parecen porque están motivados por bajos e indecentes deseos agresivos y sexuales provenientes del inconsciente.

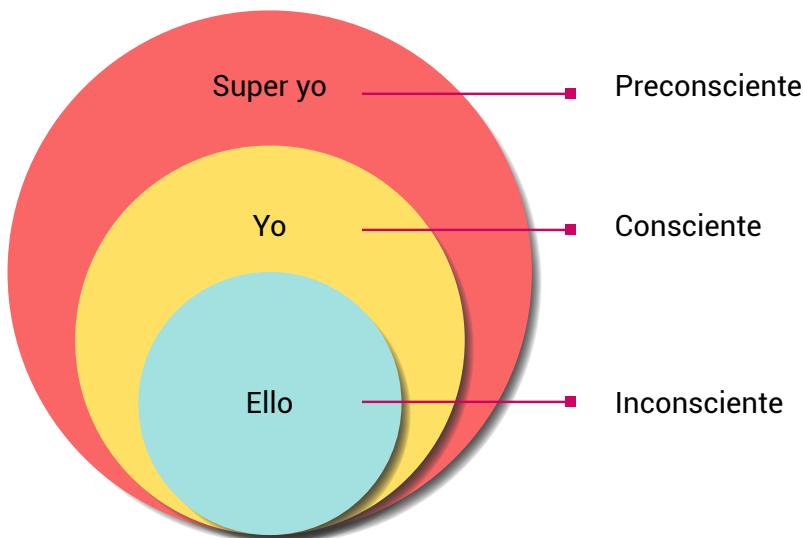
■ Las teorías de la personalidad

Freud reemplazó el modelo topográfico de la mente como un conjunto de espacios (consciente, preconsciente e inconsciente dinámico) por un modelo estructural en el cual destacaban tres sistemas que componían la personalidad. Las estructuras del ello, yo y superyó, según el autor, se desarrollan a lo largo de los primeros siete años de vida y son, tal vez, una de las teorías psicoanalíticas más conocidas en la actualidad y las principales por las cuales se identifica a Freud, a continuación, hablaremos de la función de cada una de ellas:

- **El ello:** según Freud, esta estructura es la menos accesible de las tres y se encuentra topográficamente en el inconsciente; de aquí se desprende la "libido", que es una energía de naturaleza sexual, que es irracional y que nos vuelven instintivos, son estos procesos los que intentan determinar el comportamiento de las personas en búsqueda del placer; a estos procesos los denominó como "procesos primarios".
- **El yo:** esta estructura es la que se encuentra en el foco de la conciencia y es quien toma las decisiones, por ende, se la conoce como la parte ejecutiva entre las estructuras de la mente; esta, a diferencia de la primera, se desarrolla entre los dos primeros años de vida cuando la persona se enfrenta por primera vez al entorno; el yo trata de satisfacer al ello, pero siempre centrado en la realidad.
- **El superyó:** esta es la última estructura de la teoría de Freud, que a diferencia del ello y del yo, su origen no se encuentra dentro de la estructura mental de la persona, el superyó tiene su origen en el exterior, en el medio que le rodea a la persona o en el contexto en el que se encuentra; podríamos decir que son las normas sociales que dictaminan el "correcto" comportamiento de las personas.

Dado las características de estas estructuras, podríamos decir que el ello y el superyó están en contraposición y donde el yo es quien se encarga de satisfacer al primero, pero sin que se salga de los parámetros del segundo, de manera que no se genere una ansiedad moral dentro de la persona.

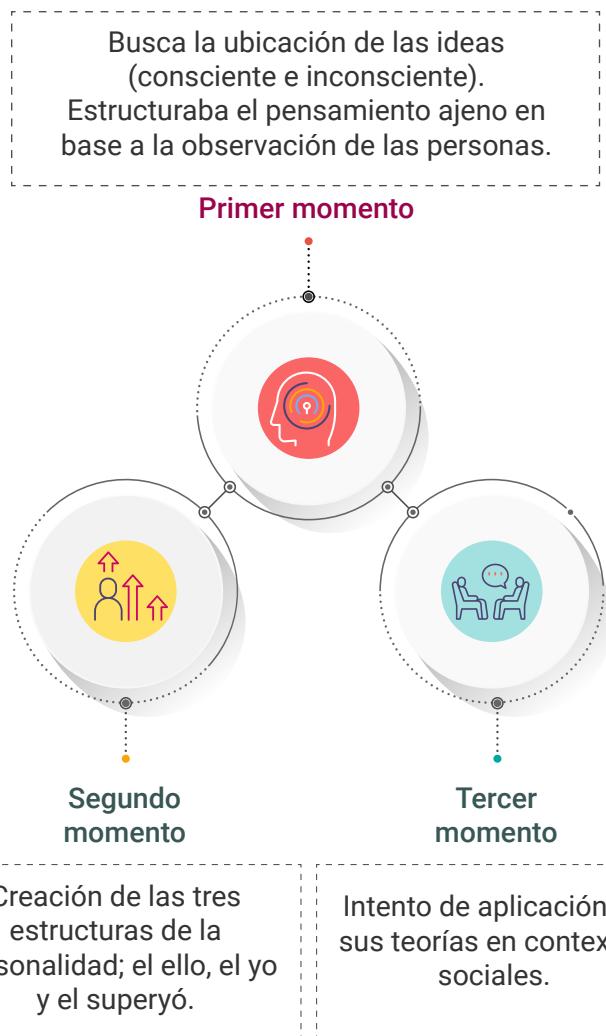
Figura 1.
Estructura psicoanalítica



Nota. Tomado de Brennan (1999). Historia y Sistemas de la Psicología. México: Pearson Education. Elaborado por Alvarado (2018).

Figura 2.

Desarrollo de los postulados de Freud



Nota. Tomado de Leahey (2013). Historia de la Psicología, Madrid: Pearson educación, s.a. Elaborado por Alvarado (2018).

Carl Jung, otro de los discípulos de Freud al igual que Adler, también trató de poner sus propias ideas en cuanto al desarrollo de las teorías sobre el psicoanálisis, y es así que desarrolló los conceptos de inconsciente personal e inconsciente colectivo:

- *Inconsciente personal:* el cual contenía sentimientos, pensamientos y recuerdos que condicionaban a cada sujeto (desde su nacimiento, y no por influencia cultural aprendida), incluso en su forma de simbolizar los sueños.

- *Inconsciente colectivo*: este contendría "arquetipos", imágenes primitivas, primordiales, a las que se recurre en situaciones como la confrontación con la muerte o la elección de una pareja, y que se manifiestan en los elementos culturales como la religión, los mitos, los cuentos de hadas y otras leyendas populares.

La definición de la personalidad de Jung fue uno de los grandes aportes de este, tanto así que aun en la actualidad se utilizan los términos introvertido y extrovertido para referirnos a las personas.

Vamos a colocar en la siguiente tabla las diferencias de los sistemas trabajados y propuestos por Freud y, en este caso, en colaboración de Charcot, para ello remítase, por favor, al libro básico para que pueda completar los espacios vacíos:

Tabla 2.
Métodos utilizados por Freud

Método	Aplicación	Característica
Hipnosis		
Catarsis		
Análisis de sueños		

Nota. Tomado de Alvarado (2018).

¡Gran trabajo!, estas conclusiones le ayudarán a comprender la visión integral del psicoanálisis y como es aún una teoría que se sigue estudiando en la actualidad, incluso como una escuela separada y con sustento teórico propio. Es momento de que pasemos a un nuevo tema.

- **El conductismo**

Para el presente estudio dividiremos a la teoría conductista en dos momentos, principalmente la primera, que está basada en la creación y desarrollo de la teoría, y la segunda o también denominada neoconductismo, que se basa en las aplicaciones prácticas de sus supuestos en las personas.

- **La neurociencia de Pavlov**

Pues bien, ahora veamos al primer autor que desarrolló la teoría pura y que se denominaría conductismo; **Iván Pavlov** no solo que no era psicólogo, sino que tampoco estudiaba la conducta en el momento

que realizó sus postulados, fue su gran capacidad de observación que le permitió percatarse de la situación que más adelante daría forma a su teoría.

Basó principalmente sus estudios sobre el comportamiento reflejo y trabajó en varios experimentos con animales. Pavlov vio que podía generar respuestas orgánicas en ellos a partir de la relación con un estímulo diferente al que originalmente produciría una determinada respuesta, esto derivó en las explicaciones de cuatro elementos presentes en el condicionamiento: el estímulo incondicionado, respuesta incondicionada, estímulo condicionado y respuesta condicionada. Junto a ellos, presentes en un mismo proceso, explicó el marco en el que debían estar presentes a la hora de la modificación de la conducta, estos marcos son los procesos de adquisición y extinción.

Referente a las características de los cuatro elementos, Pavlov mencionó lo siguiente:

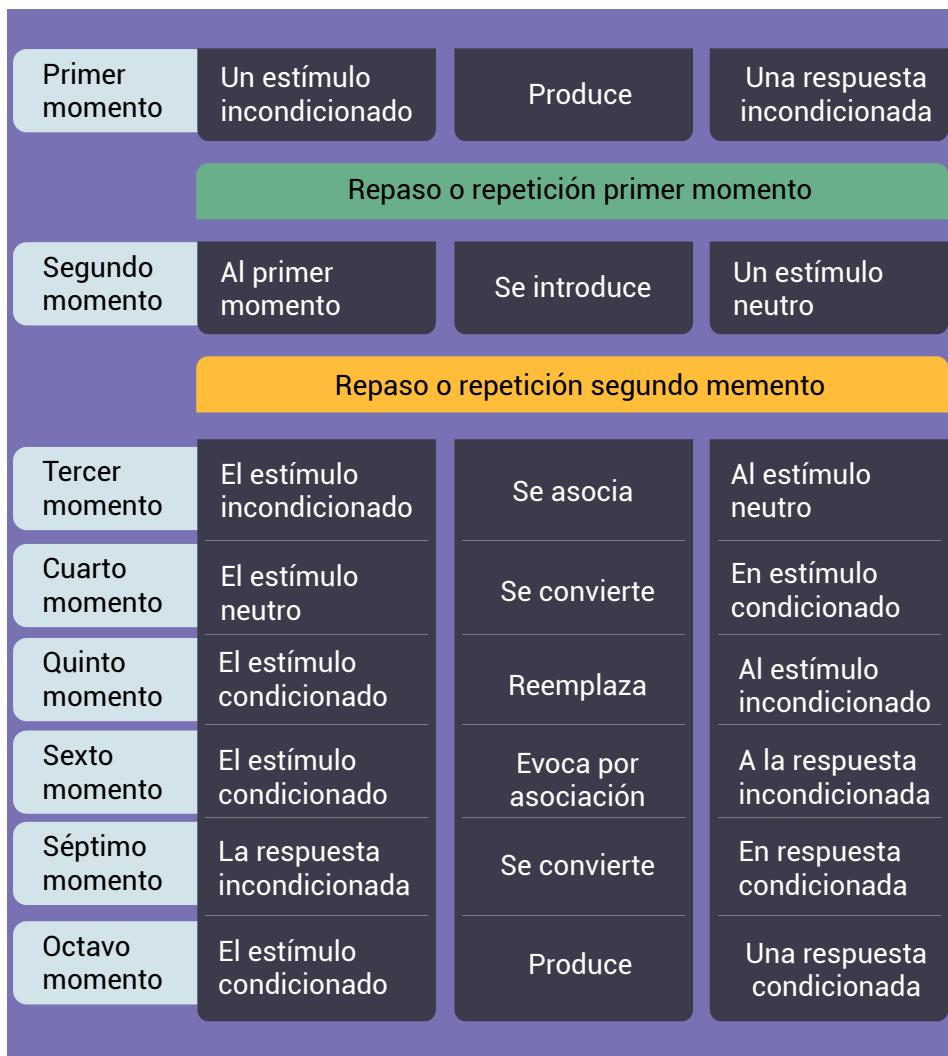
- El estímulo incondicionado es un suceso ambiental que provoca un reflejo orgánico (natural o normal).
- El estímulo condicionado es un suceso ambiental neutral con respecto a la respuesta antes de su apareamiento con el estímulo incondicionado.
- La respuesta incondicionada es un reflejo natural, automático producido por el estímulo incondicional.
- La respuesta condicionada es un reflejo adquirido suscitado por el estímulo condicionado después de asociarse con el estímulo incondicional.

Es importante mencionar que, cuando se logra condicionar a un organismo, se presenta la *adquisición* que viene a ser en sí la repetición de una conducta en el organismo sin necesidad de que se presente el estímulo condicionado. En cambio, la *extinción* se presenta cuando se ausenta la recompensa primaria por mucho tiempo o cuando se debilita la asociación entre el estímulo incondicionado y el estímulo neutro.

Con la finalidad de seguirle ayudando en la comprensión de los temas, en la figura 3, que se encuentra a continuación, le presentamos el proceso de condicionamiento clásico propuesto por Pavlov.

Figura 3.

Proceso de condicionamiento clásico según Pavlov



Nota. Tomado de Brennan (1999). Historia y Sistemas de la Psicología. México: Pearson Education. Elaborado por Alvarado (2018).

Por último, en la teoría del condicionamiento pavloviana, no había necesidad de ningún constructo mental pues el sistema nervioso ofrece los mecanismos para la reflexología.

- **El conductismo radical de Skinner**

Para Skinner, el aprendizaje ocurre cuando el comportamiento operante queda bajo el control de un reforzador ambiental; en este punto, su trabajo

se centró en identificar y utilizar refuerzos positivos y negativos para moldear o generar una conducta en una persona; vamos a definir cada uno de ellos a continuación:

- **El refuerzo positivo:** este busca o produce que una conducta manifiesta de una determinada persona aumente su probabilidad de repetición; por ejemplo, si un niño trae una buena nota de la escuela, el padre puede optar por darle un incentivo económico, esto en el niño generaría la necesidad de sacar a futuro una nota similar pensando en el dinero.
- **El refuerzo negativo:** como nos podríamos imaginar, el refuerzo negativo, al contrario del positivo, pretende que una conducta cese o disminuya su probabilidad de manifestarse, basados en el ejemplo anterior, si este mismo niño sacase una muy mala nota, el padre podría retirarle ciertos beneficios como ver televisión u optar por que este estudie muchas más horas, esto generará en el niño la necesidad de sacar por lo menos una nota aceptable con tal de evitar estas situaciones.
- **El castigo:** Podríamos referirnos al castigo como una forma de refuerzo negativo radical, sin embargo, a diferencia del anterior, este se lo usa cuando se quiere que una determinada conducta cese de inmediato (recordemos que el negativo busca una disminución de la probabilidad que la conducta se manifieste), por ejemplo, cuando alguien comete una infracción al conducir se le da una multa, o que la madre lance una mirada desafiante a su hijo cuando este se comporte mal en público, podrían considerarse como castigos.

El conductismo radical skinneriano proponía una psicología científica que buscaba las causas de la conducta fuera de los seres humanos; sostenía que la conducta estaba sujeta a la determinación del entorno, es decir, que si este se encuentra controlado, la conducta también lo estará.

Para entender al conductismo radical, reflexionemos en la siguiente pregunta, ¿por qué cuando estamos tristes tendemos a comer? Tomen en cuenta que el estado de ánimo no tiene ninguna relación biológica con el hambre, entonces, ¿qué sucede? Pues sencillo, estamos condicionados, para entender una posible conexión debemos retroceder hasta nuestra infancia donde cada vez nuestros padres, para calmar nuestro llanto, nos daban algún dulce.

- **El humanismo**

Pues bien, hemos llegado al último tema de estudio de los **fundamentos históricos y teóricos de la psicología**.

Entrando a materia del humanismo, debemos anticipar que, más que una teoría, es catalogado como un movimiento y que las ideas que se defienden dentro del mismo nos han dado la visión clásica de cómo las personas ven al psicólogo en la actualidad, usted mismo podría preguntarse, ¿cómo se ve en el futuro laboral como psicólogo?, y eso mismo que considere lo identificará con la forma en que el movimiento humanista trata a la psicología, luego del estudio de este apartado se dará cuenta de aquello.

1.1.3. La terapia centrada en el cliente de Carl Rogers

La terapia centrada en el cliente, propuesta por Rogers, trataba que durante el encuentro con el terapeuta la persona se sintiera lo más cómoda posible, no solo en el aspecto físico, sino principalmente en lo psicológico, sus contribuciones a la psicología consistían principalmente en el método terapéutico en el cual sostenía que a la persona no hay cómo tratarla como un sujeto de análisis, sino más bien una sesión totalmente relajada en la cual esta se sintiera en armonía, como si una persona normal estuviese tratando a otra; es por eso que reemplazó el término paciente por el de cliente pues lo que se daba era un servicio; las características de su psicoterapia se dividían en tres momentos o estados.

- **Es no directiva:** es decir que el cliente no debe sentirse como si estuviese con alguien que le dirija o que le dijera qué hacer, aquí el paciente debía sentirse cómodo y relajarse y, a pesar de serlo, de ninguna manera sentirse en terapia.
- **Centrada en el cliente:** el objetivo es en sí la persona y la resolución de su conflicto, pero este debía ser resuelto por el paciente mismo en conjunto con el terapista que, en este caso, brinda las maneras de lograrlo.
- **Como un encuentro interpersonal:** aquí el cliente ya ha logrado una confianza con el terapista, pero no en una interrelación terapéutica, sino más bien como dos personas que se comprenden mutuamente y que luchan por resolver el conflicto juntos.

Su terapia ofreció una alternativa frente a los métodos psicoanalíticos y permitió el establecimiento de la psicología clínica y de la asistencia psicológica como disciplinas independientes después de la segunda guerra mundial. La finalidad de su teoría era el estudio de la experiencia subjetiva de la persona en la cual logre entender la propia visión acerca de su problema; para ello distinguió tres modos de conocimiento, uno objetivo y dos de tipo subjetivo.

Hasta aquí hemos revisado los aspectos destacados sobre los fundamentos históricos y teóricos de la psicología, sin embargo, es importante que recuerde, estimado/a estudiante, que cada uno de los temas debe profundizarlos en su texto básico recomendado en esta guía didáctica.

Buen trabajo, ahora pasamos a revisar los procesos psicológicos básicos más importantes de la psicología, en donde trataremos de guiarlo a usted por aquellos contenidos que son de relevancia en cualquier área de la psicología.



Semana 2

1.2. Procesos psicológicos básicos

1.2.1. Sensación

Para avanzar, es necesario que haya realizado la lectura del capítulo 4, *Sensación y Realidad*, del libro de Coon, D. y Mitterer, J. (2014). *Introducción a la psicología: el acceso a la mente y la conducta*. México, Cengage Learning.

Si ya realizó la lectura, continuemos.

Aquí nos detendremos a leer algunas definiciones de este término relacionándolo con la psicología. El primer concepto que revisaremos será el de Kelly (1956):

La sensación tiene lugar cuando el estímulo, es decir, una sustancia o fuerza física, actuando sobre un órgano sensible, inicia un impulso nervioso, que es transmitido por la neurona sensorial a la zona sensorial en la corteza del cerebro, donde termina la neurona sensorial, mediante este proceso se consigue la reacción. (p. 54)

Por otro lado, Feldman (2002) conceptualiza la sensación como un proceso a través del cual los órganos sensitivos dan respuesta a los estímulos del entorno.

Tomando en cuenta estas líneas, exprese la importancia que tiene la sensación como proceso psicológico básico en los seres humanos.

Las sensaciones que experimentamos son diversas y dependerán del órgano sensorial que recibe el estímulo, por ello la podemos clasificar en:

- Sensaciones visuales.
- Sensaciones auditivas.
- Sensaciones olfativas.
- Sensaciones gustativas.
- Sensaciones táctiles.

Atendiendo a esto, procederemos a revisar el siguiente tema:

- **Los órganos de los sentidos: visión, audición, olfato, gusto y tacto**

¿Cuáles cree usted que son los órganos de los sentidos?

Si su respuesta fue:

- Ojo
- Oído
- Nariz
- Lengua
- Piel

Figura 4.
Órganos de los sentidos



Nota. yusuf demirci | vecteezy.com

¡Está en lo correcto! Si no, aquí entenderá cuáles son. Es importante, estimado estudiante, que profundice en su texto básico sobre la anatomía y fisiología de cada órgano sensorial para que comprenda cómo se da el proceso de recolección de estímulos y la comunicación con el sistema nervioso central para la interpretación de dicha información.

- **Las sensaciones somestésicas**

El texto básico señala que existen tres tipos de sensaciones somestésicas:

- Las sensaciones de la piel.
- Las sensaciones cinestésicas.
- Las sensaciones vestibulares.

La somestesia o conciencia del cuerpo, hace referencia a todas aquellas sensaciones que se perciben en todo el organismo, es decir, es el conjunto de sensaciones somáticas corporales. Además de captar el tacto y la temperatura, como señalamos en el bloque anterior, también se refiere a la posición de las articulaciones y vísceras. También capta las señales exteroceptivas e interoceptivas. Gracias a este mecanismo, funcionan coordinadamente todos los órganos de nuestro cuerpo, tenemos conciencia de nuestra posición corporal, de los movimientos que realizamos y al mismo tiempo se regulan las sensaciones internas.

Con respecto a los tipos de sensaciones somestésicas, **las de la piel** fueron abordadas en el contenido anterior. Las **cinestésicas** son aquellas que envían información al cerebro sobre la posición de las distintas partes del cuerpo, en cuanto a la dirección y rapidez de los movimientos que se realizan. Los receptores de este tipo de sensaciones se encuentran en las articulaciones, los músculos y los tendones.

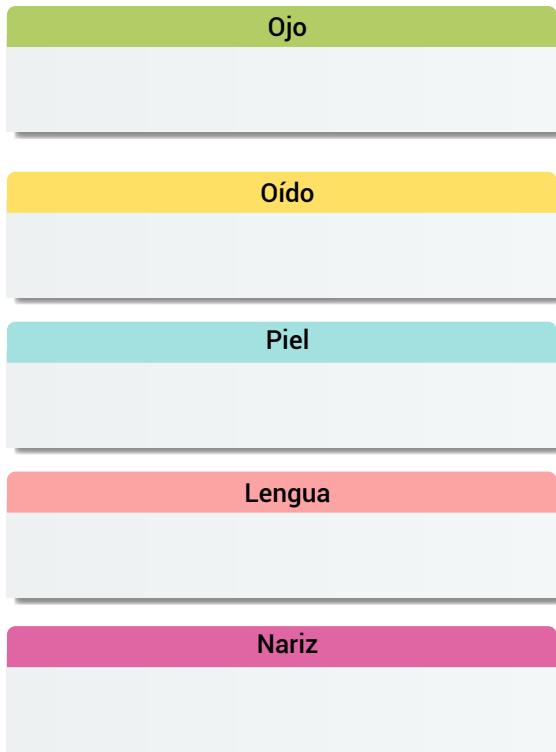
Hasta ahora, ¿comprende la diferencia entre el sentido de la piel y el sentido cinestésico?

Reflexione al respecto.

Ahora me referiré a las sensaciones **vestíbulares**.

Comúnmente se conoce como el sistema del equilibrio y, como lo indica el texto básico, también envía información al organismo acerca de la aceleración y la gravedad. Por esta clase de sensaciones es que podemos mantener una postura estable. Además, permite la orientación anticipada de la mirada, antes de que el resto del cuerpo se desplace.

Repasemos. En el siguiente recuadro precise las funciones de los órganos de los sentidos:



Nota. Conteste las actividades en un cuaderno de apuntes o en un documento Word.

¿Qué le ha parecido hasta ahora? Interesante, ¿verdad? Le invito entonces a continuar con la revisión del contenido siguiente.

- **Tipos de receptores de acuerdo a la clase de estímulos que traduce**

Los receptores sensoriales, una vez que captan la información, la transforman en impulsos nerviosos. En el siguiente recuadro podemos observar los tipos de receptores y la clase de estímulo que producen.

Tabla 3.

Tipos de receptores

Receptor	Estimulo
Fotorreceptor	Luminoso (luz)
Quimiorreceptor	Químico (gusto, olfato)
Mecanorreceptor	Mécanico (presión, tacto, onda sonora)
Termorreptor	Térmico (frío, calor)
Nociceptor	Mécanico, térmico y químico

Nota. Adaptado de Peña, G. y Cañoto, Y. (2016). Introducción a la Psicología General. Caracas: UCAB Ediciones.

¿En qué parte del cuerpo cree que están ubicados los termorreceptores?

Además de estos receptores, existe otra clasificación, los denominados interorreceptores que captan las señales del interior del organismo y los exterorreceptores que traducen las señales provenientes del exterior.

- **Umbrales sensoriales: absoluto y diferenciales**

Revisemos un poco de qué se tratan.

El término umbral tiene diversas acepciones en distintos campos disciplinares, como en la aeronáutica y la arquitectura. A nosotros nos interesa comprender el vocablo desde el punto de vista psicofisiológico.

Partiendo de esto, procedemos a hablar sobre el **umbral absoluto**:

1. Se refiere al grado de sensibilidad mínima de los sentidos para captar un estímulo y traducirlo en una sensación.
2. Este grado de sensibilidad es diferente en cada sujeto y depende de la capacidad perceptiva de la persona.

A continuación, le presento un ejemplo de umbral absoluto para cada uno de los sentidos:

Tabla 4.

Ejemplo de umbral absoluto

Sentido	Umbral absoluto
Gusto	Percibe 1 gramo de sal en 500 litros de agua.
Auditivo	Percibe el tic tac del reloj a seis metros.
Olfato	Capta 1 gota de perfume en su cuerpo.
Vista	Ve la llama de una vela a 50 metros en la oscuridad.
Tacto	Siente el roce que produce la pluma de un ave al caer en la mejilla.

Nota: Elaboración propia.

El **umbral diferencial** se refiere a la capacidad discriminatoria de los sentidos para percibir la diferencia entre dos estímulos sensoriales similares.

¿Cuál sería la diferencia entre el umbral absoluto y el umbral diferencial?

Mientras que el umbral absoluto se refiere al nivel más bajo en que las personas pueden experimentar una sensación, el umbral diferencial es el mínimo cambio que se puede notar entre dos estímulos similares.

Por otro lado, cuando el cuerpo se adapta a un estímulo, este deja de percibirse. A ese fenómeno se le denomina:

- **Adaptación sensorial**

Según Coon y Mitterer (2014), la adaptación sensorial es la "disminución en la respuesta a un estímulo sensorial inmutable" (p. 126), lo que quiere decir que, si el estímulo se mantiene sin cambios en el medio ambiente en el que se encuentra, los receptores sensoriales responderán menos ante él. Un ejemplo de adaptación sensorial auditiva puede ser el ruido de la corneta cuando empieza a sonar a la mitad de la clase, si la corneta se mantiene sonando, los receptores auditivos dejan de responder a estas ondas sonoras, así deja de ser molesto y no distrae.

- **PERCEPCIÓN DEL MUNDO**

Definición de la percepción

Bienvenido/a.

Llegamos a la tercera unidad donde abordaremos el maravilloso tema de la percepción.

Para avanzar debe haber leído el capítulo 5 del texto básico: Percepción del mundo.

Iniciemos, reflexione.

¿Qué es la percepción?

¿Quiénes pueden percibir?

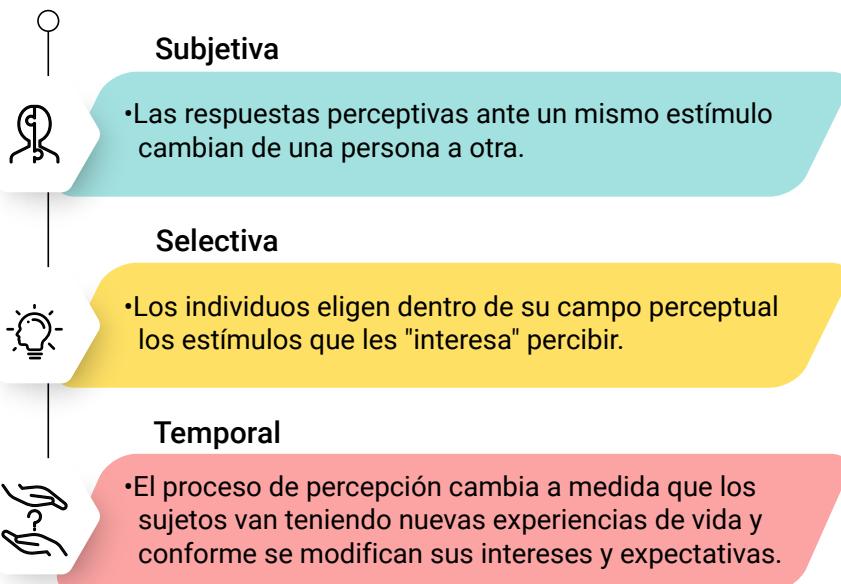
Vargas (1994) define la percepción:

Como el proceso cognitivo de la conciencia que consiste en el reconocimiento, interpretación y significación para la elaboración de juicios en torno a las sensaciones obtenidas del ambiente físico y

social, en el que intervienen otros procesos psíquicos entre los que se encuentran el aprendizaje, la memoria y la simbolización. (p. 48)

Una definición más sencilla acerca de la percepción la ofrece Hernández (2012) cuando expresa que se trata de un proceso en el que se interpretan todos los estímulos que son recibidos por los órganos sensitivos. Con base en estas definiciones, podemos señalar las características de la percepción que se presentan en la siguiente figura:

Figura 5.
Características de la percepción



Nota. Tomada del texto básico

Como puede verse, en las características de la percepción hay factores que pueden cambiarla.

Dentro de los inputs internos se encuentran

Figura 6.

Factores que cambian las características de la percepción



Nota: elaboración propia

Avancemos con el siguiente contenido.

1.2.2. Estados de conciencia

"Nuestra mayor debilidad es rendirse, la única manera de tener éxito es intentarlo siempre una vez más". Thomas Edison.

Para avanzar en esta unidad, es necesario que haya leído el capítulo 6, Estados de conciencia, del texto básico y ver el video sobre [las funciones del sueño](#).

Recuerde estar descansado para empezar a estudiar.

Iniciemos consultando sus conocimientos previos:

¿Qué es la conciencia?

El término conciencia proviene del latín *cum scientia*, que significa con conocimiento.

Le invito a continuar profundizando sus conocimientos acerca del tema El sueño.

El sueño

En el texto básico se pueden apreciar otros trastornos del sueño. Para profundizar en otros, revise el artículo titulado: [Clasificación de los trastornos del sueño](#).

Descanse...

Avancemos al siguiente tema:

- **Conciencia alterada por las drogas**

Las drogas, según la Organización Mundial de la Salud (2004), son todas aquellas sustancias que, introducidas en el organismo generan, de alguna manera, una alteración del funcionamiento natural del sistema nervioso central provocando cambios en su percepción, estado de ánimo, conciencia o comportamiento.

Según el efecto que genera la droga en el sistema nervioso central, estas se dividen en:

Figura 7.

Tipos de drogas por sus efectos en el SNC

Depresoras

Son aquellas sustancias que disminuyen el funcionamiento del sistema nervioso central. Alteran la concentración y el juicio, disminuyen la apreciación de los estímulos externos y generan relajación, apatía y disminución de la tensión. Son drogas depresoras: el alcohol, los barbitúricos, los tranquilizantes y el opio y sus derivados.

Estimulantes

Son drogas que activan el sistema nervioso central causando euforia, desinhibición, menos control emocional, irritabilidad, agresividad, disminución del sueño, excitación motora, inquietud, menor cansancio. Son parte de este grupo: la cafeína, las anfetaminas, la cocaína.

Alucinógenas

Son aquellas sustancias que tienen la capacidad de afectar las sensaciones, las más fuertes tienen efectos poderosos en la forma de pensar de las personas y sobre su conciencia. Las hay naturales y sintéticas, entre ellas se encuentran la mescalina del cactus peyote y la psilocibina (en los 'hongos mágicos'), además del LSD, MDA Y el éxtasis.

Nota. Tomado de Coon, D. y Mitterer, J. (2014). Introducción a la psicología: el acceso a la mente y la conducta (13a ed.). México: Cengage Learning.

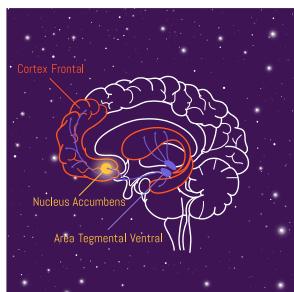
Si partimos de la información suministrada en el texto básico y la plasmada en el cuadro anterior, las sustancias psicoactivas que alteran la conciencia estarían ubicadas en las categorías de **estimulantes** y **alucinógenas**.

La figura 8 explica el efecto de las drogas sobre el mecanismo de recompensa del cerebro.

Figura 8.

Las drogas y el mecanismo de recompensa cerebral

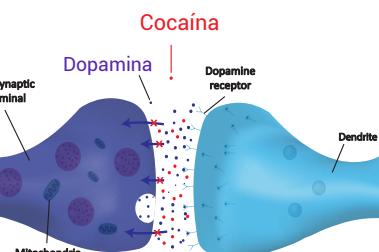
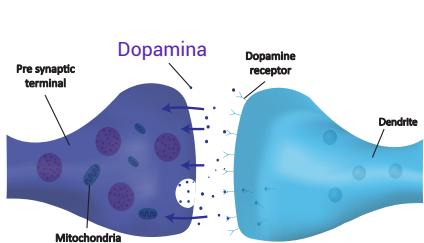
LAS DROGAS ADICTIVAS ATACAN EL CENTRO DE PLACER DEL CEREBRO



Vías de recompensa del cerebro (dopamina)

Estos circuitos cerebrales son importantes para las recompensas naturales como la comida, lo músico y el sexo.

Las drogas adictivas aumentan la dopamina



MIENTRAS INGIERE ALIMENTOS

Por lo general, la dopamina aumenta en respuesta a recompensas naturales, como los alimentos. Cuando se consume cocaína, los aumentos de la dopamina son exagerados y se altera la comunicación.

MIENTRAS CONSUME COCAÍNA

Nota. Tomado de National Institute on Drug Abuse. Las drogas adictivas (2017).

Esto explica cómo las drogas pueden generar farmacodependencia.

¿Qué es la farmacodependencia?

Se refiere a la necesidad de consumir repetidamente la droga para experimentar una sensación de bienestar. La dependencia a las sustancias se caracteriza por la presencia, en el individuo, de síntomas fisiológicos, cognitivos y conductuales asociados a la falta de control sobre el consumo de la droga. La dependencia puede ser física o psicológica y cada una tiene sus características.

Interesante, ¿verdad?



Actividades de aprendizaje recomendadas

1. Esquematice los tipos de drogas y sus efectos.
2. Realice un mapa conceptual de los trastornos del sueño.
3. Dibuje el mecanismo de recompensa cerebral.
4. Realice una lista de las consecuencias que tiene el consumo de drogas.

Nota. Conteste las actividades en un cuaderno de apuntes o en un documento Word.

Estrategias de trabajo:

Diríjase al texto básico y haga una lectura comprensiva del capítulo 5, luego dispóngase a realizar lo solicitado. Puede apoyarse en los textos complementarios y direcciones web para profundizar y ampliar estas actividades.

1.2.3. La memoria

En este bloque de contenido abordaremos la memoria.

Iniciemos...

¿Cuál es su segundo nombre?

¿Recuerda el número de teléfono de su mamá?

¿Sabe escribir?

Todas estas preguntas se encuentran relacionadas con la memoria.

Le invito a profundizar sus conocimientos acerca del tema de la memoria.

Definición de memoria

El aprendizaje y la memoria son dos procesos psicológicos interdependientes; no existe memoria sin aprendizaje y no existe aprendizaje sin memoria. Con respecto a esto, Carrillo (2010) señala:

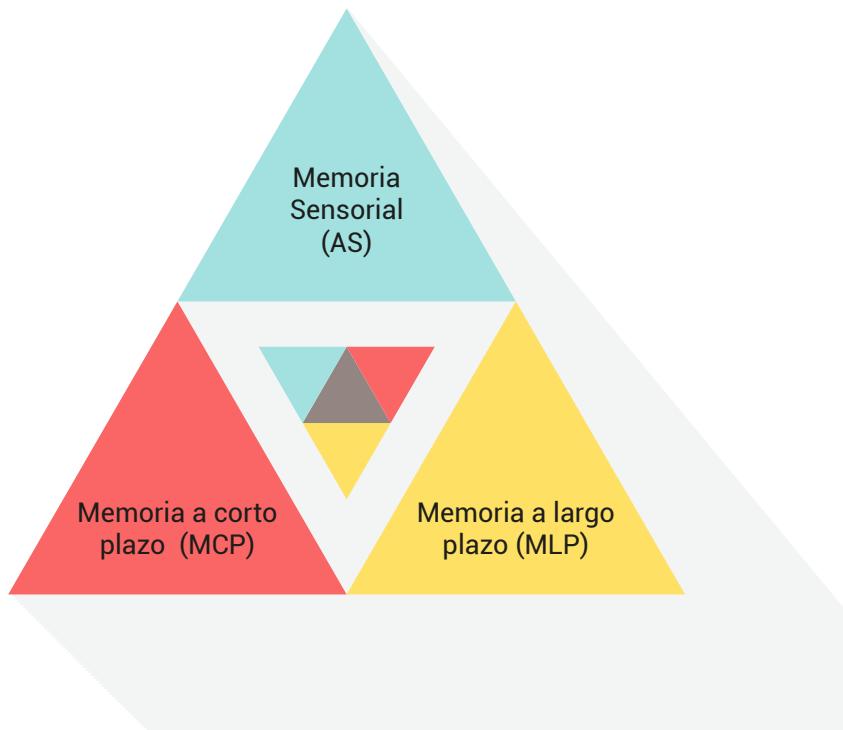
Los psicólogos utilizan una gran diversidad de términos para referirse a distintas variedades, características o niveles de procesos mnésicos, por lo que en la literatura especializada podemos encontrar conceptos que pueden llegar a hacer confusa la conceptualización integral de la memoria y sus distintos componentes. Entre estos conceptos hay diversas dicotomías, como la mencionada respecto a la memoria declarativa y la no declarativa, pero existen muchas otras: procesos de memoria consciente vs. inconsciente; memoria de corto vs. largo plazo; memoria implícita vs. explícita; memoria retrospectiva vs. prospectiva; recuerdo voluntario vs. involuntario; aprendizaje intencional vs. incidental; así como diversos términos que hacen alusión a la memoria de corto plazo (de trabajo, activa) o a diversas variedades de memoria explícita de largo plazo: semántica, episódica, autobiográfica colectiva. (p. 87)

Para el estudio de esta asignatura, abordaremos el modelo multialmacén de Atkinson y Shiffrin, uno de los más aceptados.

- **Componentes estructurales de la memoria**

Según el modelo multialmacén de Atkinson y Shiffrin, la memoria se encuentra constituida por tres componentes:

Figura 9.
Componentes del modelo multialmacén



Nota: elaboración propia

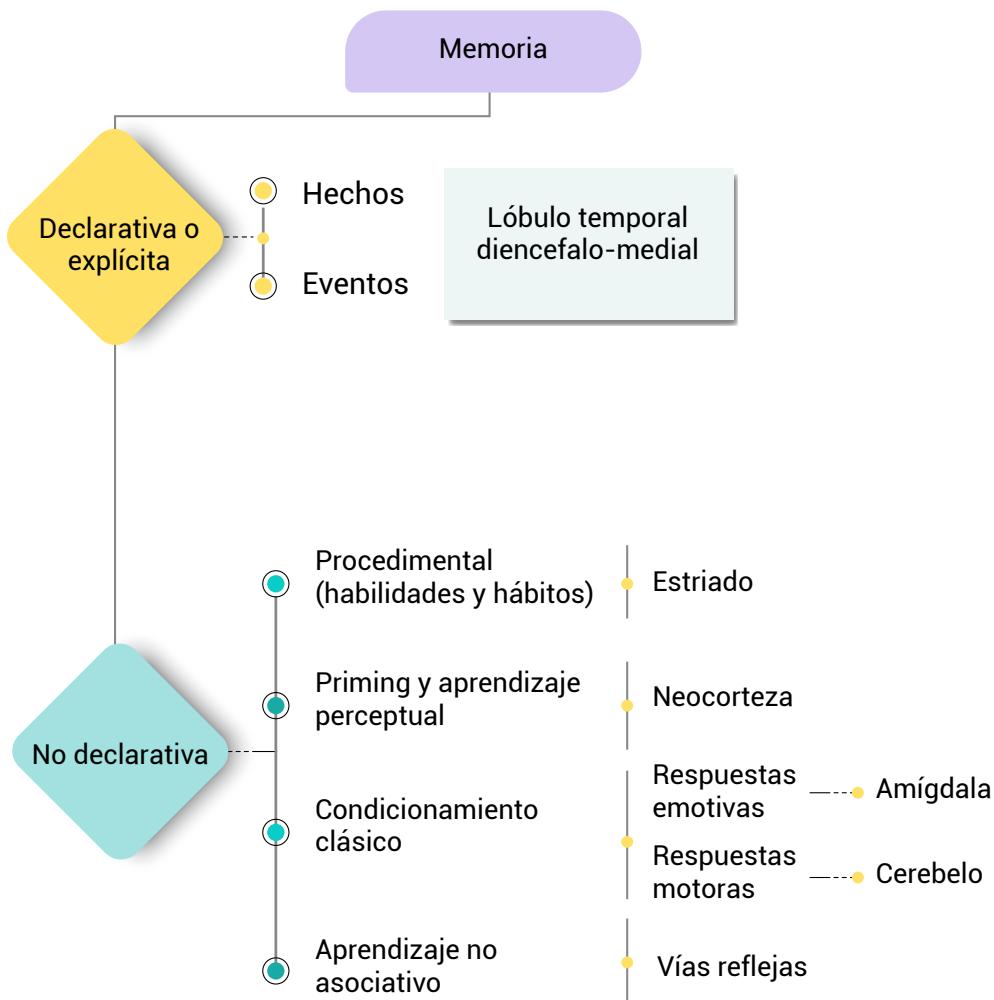
A continuación, le presentaré un cuadro comparativo de estos tres almacenes que le ayudará a comprender sus diferencias.

Para mayor comprensión, leer atentamente el texto complementario. Estos componentes también pueden verse como etapas sucesivas.

En la parte derecha de la siguiente imagen, se puede apreciar cada subtipo de memoria no declarativa o implícita y su relación con cada estructura cerebral:

Figura 10.

Taxonomía de los sistemas de la MLP en mamíferos



Nota. Sistema de la memoria a largo plazo. Tomado de Squire (2004).

- **Memoria sensorial**

Como ya hemos venido revisando, existen varios tipos de memorias o almacenes en el cerebro, uno de ellos se encuentra en la primera etapa de procesamiento de la información. La memoria sensorial, también llamada almacén sensorial, almacena la información que llega a través de los sentidos durante un breve período de tiempo, es precategorial, con una capacidad de almacenamiento ilimitada y de escasa persistencia temporal. La información visual almacenada es llamada memoria icónica (dura entre 250-1000 milisegundos) y la información auditiva es conocida como memoria ecoica, y de muy corta duración igualmente (Peña y Cañoto, 2016).

Interesante, ¿no es cierto? Podemos entender que la memoria sensorial capta la información por medio de los sentidos, pero esta información si no es de utilidad para el organismo es olvidada y desecharada de una manera extremadamente rápida.

- **Memoria a corto plazo (memoria de trabajo)**

La función de la memoria a corto plazo, a decir de Peña y Cañoto (2016), es principalmente la retención y procesamiento de la información en donde la codificación de la misma es en formato codificado (codificación auditiva-verbal-lingüística y codificación visual). Así mismo, su capacidad de almacenamiento es limitada entre 7-2 bits de información y su duración también es limitada.

Entendiendo lo descrito en el párrafo anterior, podemos interpretar a la memoria a corto plazo como aquella memoria necesaria para resolver problemas inmediatos y cumplir con tareas cotidianas, por ejemplo, retener un número telefónico en nuestra memoria hasta poder copiarlo en nuestro directorio telefónico.

Interesante, ¿verdad?

- **Memoria a largo plazo**

La memoria a largo plazo es un tipo de memoria que, básicamente, nos ayuda a almacenar la información durante muchísimo tiempo y, en algunos casos, para siempre. Esta memoria está caracterizada por dividirse en dos tipos de memoria: memoria declarativa (o explícita) que a su vez se divide en memoria semántica y episódica, y la memoria no declarativa (implícita o procedimental).

A continuación, estimado estudiante, le recomiendo ver el video en el enlace siguiente con el fin de comprender cuáles son las funciones de la memoria semántica y la memoria episódica.

Debe leer con atención el capítulo 7 del texto básico y visualizar el video sobre memoria semántica y episódica (haga clic en el enlace).

La memoria a largo plazo se divide en declarativa y no declarativa, revisemos los aspectos más importantes:

- **Memoria declarativa: semántica y episódica**

Como pudieron observar en el video previo, la memoria a largo plazo puede almacenar información semántica la misma que será utilizada a lo largo de nuestra vida para actividades que damos por hecho y, por otro lado, dentro de la misma memoria explícita está la memoria episódica que permite recordar eventos y hechos sucedidos en nuestras vidas.

Continuemos.

- **Memoria no declarativa (implícita o procedimental): Memoria asociativa, memoria no asociativa**

La memoria implícita o procedural comprende hábitos perceptivos y motores, automáticos e inconscientes. A diferencia de esta, la memoria declarativa o explícita abarca recuerdos deliberados y conscientes sobre el mundo o las experiencias personales, fáciles de declarar verbalmente o por escrito (Morgado, 2005).

A parte de ser deliberada y consciente, la memoria explícita es lenta, de capacidad limitada y requiere esfuerzo. La memoria declarativa implica el acceso a la memoria de trabajo (Evans, 2008).

Ahora pasemos a revisar el olvido.

- **El olvido**

Para Coon y Mitterer (2014), el olvido es la imposibilidad de hacer presente un recuerdo determinado de manera transitoria o definitiva. Recordar se muestra como el proceso de obtener, almacenar y evocar información de una forma más o menos sistematizada, al ejecutar estas operaciones podemos encontrarnos con vacíos mentales que involucran la eliminación de una parte de ese contenido, lo que implica un inapropiado almacenamiento o adquisición de la información. Estos vacíos son constitutivos del olvido y sitúan a este como lo contrario del recuerdo, justo por realizar operaciones contrarias entre ellos (Álvarez, 2008).

1. Falla en la codificación: el olvido se da cuando la información no fue almacenada adecuadamente, es decir, cuando los datos no se llegan a aprender.

2. La falta de uso: también, el olvido puede darse cuando no se utilizan los datos. Cuando no se ha necesitado recuperar un recuerdo, se genera un debilitamiento en el mismo y se olvida.

Hasta aquí la revisión de este tema, ¿qué le pareció?

Manténgase atento y motivado en sus estudios.

1.2.4. Pensamiento e imágenes y conceptos

- **Pensamiento**

Comencemos por lo que se conoce como pensamiento, el cual es concebido como la formación de conceptos y razonamientos para llegar a conclusiones; es una actividad mental que involucra la manipulación interna de los diversos rasgos del mundo externo. Entendemos por razonamiento una actividad mental por medio de la cual transformamos la información disponible para llegar a conclusiones acerca del mundo (Coon y Mitterer, 2014).

Las unidades básicas involucradas con el pensamiento son las imágenes, los conceptos y el lenguaje.

Avancemos en lo que corresponde a las imágenes.

- **Imágenes**

Para definir las imágenes mentales tomaremos como referencia a Ocanto (2009) quien señala que son una representación de origen perceptivo o del recuerdo de una experiencia que puede haber sido imaginada o vivida. Constituye un producto sensorial y perceptivo del cerebro, representado en la mente y caracterizado por la variedad de formas, colores o temáticas.

Usted puede preguntarse en este momento, ¿para qué sirven las imágenes mentales? ¿Qué función tienen?

Se sorprenderá de la cantidad de usos que tienen las imágenes mentales, entre los que destacan la toma de decisiones cotidianas, resolución de problemas, cambios de sentimientos, mejoramiento de habilidad y la memoria.

Su texto básico le ayudará a profundizar en este tema tan interesante, específicamente puede revisar las páginas 177 y 178 poniendo especial

atención a las figuras que muestran cómo se forman las imágenes en el cerebro, y la información concerniente a los procesos a través de los cuales se forman los conceptos y su uso para la resolución de problemas.

Ahora, ya para finalizar la unidad, abordaremos el tema de los conceptos.

¡Manténgase atento!

- **Conceptos**

Un concepto es una unidad cognitiva que se asocia con el significado. Un contenido mental que puede definirse como una unidad de conocimiento. Coon y Mitterer (2014) puntualizan el concepto como una idea que representa una categoría de objetos o acontecimientos. Los conceptos nos ayudan a identificar características importantes del mundo. La formación de conceptos es un proceso de clasificar la información como significativa.

Existen distintos tipos de conceptos: los conjuntivos, relacionales y disyuntivos.

Le sugiero profundizar en el tema consultando su texto básico en las páginas 278 y 279, y la guía didáctica revisando las páginas 154 y 155.

Hemos finalizado la unidad, aproveche las actividades recomendadas y la autoevaluación para consolidar sus conocimientos.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Las actividades a continuación se diseñaron para reforzar su aprendizaje de la unidad.

Actividad 1

Estimado estudiante, le invito a elaborar un mapa mental de las unidades básicas del pensamiento con la finalidad de consolidar su conocimiento.

Procedimiento

Lea en sus tres fases: global, analítica y compresiva, el tema revisando el texto básico en el capítulo 8 situándose desde las

páginas 275 a la 284. Así mismo, consulte su guía didáctica en la unidad 9, las páginas 151 a la 158.

Nota. Conteste las actividades en un cuaderno de apuntes o en un documento Word.

1.2.5. Motivación y emoción

Los motivos inician, sostienen y dirigen actividades. La motivación suele incluir una sucesión iniciada por una necesidad, seguida por un impulso que lleva al cumplimiento de una meta (Coon y Mitterer, 2014).

De acuerdo con los mismos autores, existen tres tipos de motivos: biológicos, de estimulación y aprendidos. En esta primera parte de la unidad abordaremos los dos primeros.

Continuemos con el aprendizaje mediante la revisión de los **tipos de motivos**.

- **Motivos biológicos**

Se basan en necesidades biológicas que deben satisfacerse con fines de supervivencia, son innatos. Entre los motivos biológicos más relevantes se encuentran el hambre, la sed, la evitación del dolor y las necesidades de aire, sueño, eliminación de desechos y regulación de la temperatura corporal, además, no se puede dejar de mencionar el impulso sexual.

Es importante señalar, siguiendo a Cooper (2008), que los impulsos biológicos son esenciales porque mantienen la homeostasis o equilibrio físico.

- **Motivos de estimulación**

Los motivos de estimulación también contribuyen a la supervivencia, pero no de forma estricta. En la vida diaria se está constantemente identificando fuentes de alimento, peligro, protección y otros detalles clave. Por ello Coon y Mitterer (2014) definen los motivos de estimulación como aquellos que reflejan necesidades de información, exploración, manipulación y aportaciones sensoriales, van más allá del mero entretenimiento. Además, se puede decir que también son homeostáticos, ya que buscan un balance en la excitación, esta última entendida como la activación del cuerpo y el sistema nervioso.

- **Motivos aprendidos**

Muchos motivos no son innatos, como los que vimos anteriormente, cuando ellos son adquiridos estamos en presencia de motivos aprendidos, estos se basan en necesidades, impulsos y metas.

Los motivos aprendidos, frecuentemente son de origen social, contribuyen a explicar muchas actividades humanas y se relacionan con necesidades adquiridas de poder (deseo de tener impacto social y control sobre los demás), afiliación (la necesidad de estar con otros) y logro (deseo de destacar o de cumplir una norma internalizada de excelencia) (Coon y Mitterer, 2014).

En su texto básico podrá profundizar sobre este tema si se sitúa en las páginas 346 hasta la 348.

- **Motivación intrínseca y extrínseca**

Para comenzar, podría preguntarse: ¿qué hace que unas personas realicen alguna actividad por gusto y a otras hay que pagarles para hacer lo mismo?

Tal vez la respuesta se encuentra en este apartado.

La motivación intrínseca es interna y voluntaria, caracterizada por elementos de autonomía, entusiasmo y consecución de metas personales. Los factores que la desencadenan pueden ser la recompensa interna, creencias, realización personal, interés, placer, desarrollo de habilidades y competencias.

La motivación extrínseca es recompensada por lo que conseguimos en el entorno. ¿Qué persigue? La alabanza, el mérito, el reconocimiento, los premios, la comodidad y el apoyo social.

Debe profundizar en esta materia, para ello le recomiendo consultar su texto básico en las páginas 349 y 350, en donde encontrará información amplia referente a la motivación intrínseca y extrínseca.



1.3. Psicología de la personalidad

El análisis de los temas que se presentan en esta semana constituyen un elemento esencial en la introducción del estudio de la asignatura, ya que le permitirá conocer aspectos fundamentales en la explicación de la personalidad: conceptualización, dinámica, adaptación y ajuste.

Le motivo a iniciar con el tratamiento de los temas, para lo cual y como primer paso revise estos contenidos en el texto básico, capítulo 1 ¿Qué es la psicología de la personalidad?

¿Qué es la psicología de la personalidad?

Bien, iniciaré destacando que algunos autores coinciden en que la psicología de la personalidad es una rama de la psicología que se encarga de estudiar la personalidad de los individuos, esto desde diferentes perspectivas teóricas, cada una mediante sus postulados intenta contribuir a la comprensión de la personalidad.

Cabe destacar también que tres áreas están dirigidas por la teoría de la personalidad: descripción, dinámica y desarrollo. La dinámica se refiere al aspecto motivacional de la personalidad. Algunos teóricos ponen énfasis en las motivaciones comunes, las cuales influyen en toda la gente, mientras que otros se enfocan en las diferencias individuales. La dinámica de la personalidad permite la adaptación al mundo y puede ser estudiada en términos de ajuste o de la salud mental, múltiples influencias la afectan. El desarrollo de la personalidad en la niñez y en la adultez también es descrito mediante diversas teorías, reconociendo las influencias biológicas, sociales y culturales en el desarrollo.

1.3.1. Las teorías en psicología de la personalidad

Continuemos con el siguiente tema: teorías de la personalidad, para ello le invito a contestar las siguientes preguntas: ¿qué hacen las teorías en la psicología de la personalidad? ¿Cuál es el papel de la investigación en la evaluación de las teorías?

Puede lograr una mayor comprensión sobre el objetivo de las teorías y el papel que cumple la investigación en la evaluación de las mismas, revise en su texto básico en el apartado: **La teoría en psicología de la personalidad**. A continuación, se presenta una figura que resume esta temática.

Figura 11.
Teoría en psicología de la personalidad



Nota. Carver y Scheier (2014) Elaborado por: Marín, T. (2020)

Como puede observar en la ilustración las teorías tienen dos propósitos: explicar las cosas conocidas y predecir las posibilidades de las que aún no se analizan; en la evaluación de las teorías juega un papel importante la investigación con la que se puede probar y comprobar una teoría; así mismo, hay que tener presente que para que una teoría sea considerada como buena, tiene que ser capaz de explicar, predecir y gozar de parsimonia.

En la psicología de la personalidad cada perspectiva teórica refiere los elementos y procesos básicos de la personalidad (diferencias individuales y funcionamiento intrapersonal) dentro de un marco teórico específico, así se puede citar entre otras las perspectivas de los rasgos, motivacional, psicoanalítica, etc.

Estimado estudiante, para profundizar en el estudio de esta semana le sugiero revisar el texto básico, capítulo 1 ¿Qué es la psicología de la personalidad? En la guía didáctica, la unidad 1 Introducción a la psicología de la personalidad, centre su atención en el apartado ¿Qué es la psicología de la personalidad?

- **La perspectiva científica de la personalidad**

De seguro la información del [vídeo](#) le pareció substancial, ahora le invito a revisar los aspectos claves: El enfoque científico sobre la personalidad supone un determinismo y hace observaciones sistemáticas para probar y revisar las teorías. Los constructos teóricos y las proposiciones se prueban a través de definiciones operacionales e hipótesis. Las teorías pueden ser evaluadas según el criterio de verificabilidad, comprensión y valor aplicado. La teoría y la investigación se influyen mutuamente. Cualquier medición de la personalidad debe ser confiable y válida. Diversas técnicas se emplean, incluyendo las mediciones de autorreportes, proyectivas, de experiencias de la vida y conductuales.

Las técnicas de investigación abarcan los estudios de caso y la muestra de experiencias que estudian a un individuo de manera exhaustiva, además se incluye los estudios correlacionales que examinan las asociaciones o relaciones entre varias medidas; y la investigación experimental, en la cual las relaciones de causa-efecto se prueban mediante la manipulación de la variable independiente para evaluar su efecto sobre la dependiente.

1.3.2. Métodos en el estudio de la personalidad

Es hora de conocer los métodos en el estudio de la personalidad, para ello le invito a que reflexione sobre: ¿cuáles son los métodos de investigación o estudio de la personalidad? ¿Qué aspectos debemos considerar al evaluar la personalidad?

Para dar respuesta a las interrogantes planteadas, es necesario que se remita a la lectura de su texto básico y la guía didáctica, que le permitirá conocer en profundidad los temas relacionados con los principales métodos

de investigación, así como los aspectos que debe considerar al evaluar la personalidad.

Así mismo, le invito a revisar el microvideo denominado: "La perspectiva científica de la personalidad". Marín, T. (2016). Perspectiva científica de la personalidad. [DVD], que le servirá para profundizar estas temáticas.

El propósito pedagógico de este video es que conozca, identifique y diferencie los métodos de investigación usados en el estudio científico de la personalidad. Una vez revisado el video, es preciso que realice una síntesis que abarque las ideas fundamentales sobre los métodos de investigación en el estudio científico de la personalidad.

1.3.3. Temas importantes en la evaluación de la personalidad

En el proceso de evaluación de personalidad, los psicólogos han propuesto varias técnicas en las que se debe considerar que:

Las fuentes de información que pueden ser las calificaciones de un observador (son subjetivas, implican interpretaciones del evaluador) o autor (evaluación en la que la persona se califica a sí misma).

Los test o pruebas de evaluación de la personalidad cumplen con criterios específicos: estandarización (las condiciones de aplicación y evaluación de una prueba deben ser las mismas para todos los individuos a los que se les aplique), confiabilidad (tener consistencia a través de mediciones repetidas) y validez (la medición mide lo que realmente debe medir), cabe mencionar que existen diferentes tipos de confiabilidad y validez.

Para profundizar con el estudio de esta importante unidad, remítase a su texto básico, los capítulos 2 Métodos en el estudio de la personalidad, y 3 Temas en la evaluación de la personalidad; así como la unidad 1 de la guía didáctica. Los apartados antes referidos del texto y la guía recogen información significativa sobre los métodos de investigación y temas importantes en la evaluación de la personalidad.

La finalidad pedagógica de estas lecturas es que logre identificar las ventajas y desventajas de los métodos de investigación de la personalidad, así como reconocer la importancia de que las técnicas de evaluación gocen de validez y confiabilidad.

Una vez que ha realizado la lectura analítica de las temáticas, es necesario reforzar lo estudiado, para ello, le invito a desarrollar las siguientes actividades que le permitirán una adecuada interiorización.

La personalidad y sus correlatos culturales

En este apartado abordaremos aspectos fundamentales relacionados con la influencia de la cultura en el desarrollo de la personalidad de los individuos y viceversa.

¡Atención! Tenga presente que estas temáticas no se encuentran en su texto básico, por ello se van a desarrollar en esta guía didáctica.

- **Influencias culturales en la personalidad**

Empezamos analizando esta temática partiendo del hecho de que varios estudiosos de la personalidad se han centrado en investigar cómo en las diferentes culturas los individuos desarrollan diferentes formas de comportamiento. Teniendo como antecedente lo antes citado, le invito a reflexionar sobre la interrogante de estudio: ¿cómo influye la cultura en el desarrollo de la personalidad de los individuos?

Es necesario destacar que, según la literatura investigada, las influencias culturales están consideradas como los factores ambientales más significativos en el desarrollo de la personalidad.

En este contexto, desde el nacimiento las personas están dentro de una cultura que es un sistema (creencias, valores, normas, actitudes, conductas, conocimientos, habilidades, etc.) compartido por un grupo determinado que habla una lengua común, en un período histórico específico y en una región geográfica concreta (Triandis y Suh, 2002, como se citó en Bermúdez et al., 2011); gradualmente con el transcurso del tiempo y de las interacciones entre el individuo y el medio en el que se desarrolla se irá formando la personalidad.

Bermúdez et al. (2011) refieren que existen diversas dimensiones de diferenciación cultural, sin embargo, manifiestan que las investigaciones se han centrado en la dimensión de individualismo-colectivismo (grado en que la persona está integrada en el grupo), así, en las culturas colectivistas la unidad básica de actuación es el grupo, mientras que en las individualistas es la persona; sociedades como China, Japón, Corea, África, Latino-

América, etc. son colectivistas, mientras que las culturas de Norte América, Australia y Europa son individualistas.

Considerando el aporte de los autores antes referidos, se puede concluir que la cultura en la que se desenvuelve el individuo juega un papel significativo en el desarrollo de la personalidad, así en las culturas como Corea, África, Latino-América, etc., que son consideradas por los investigadores como colectivistas, el elemento central es el grupo, mientras que las individualistas como Australia y Europa, el ente fundamental es la persona.

Estimado/a estudiante, le animo a completar su estudio revisando los siguientes temas en el texto básico de la asignatura:



- Colectivismo e individualismo cultural.
- Modelos teóricos en el estudio de la personalidad y la cultura.
- Personalidad y cultura.



Semana 4

1.4. Psicofisiología

1.4.1. Organización de la función del sistema sensitivo

▪ **Principios generales de la función del sistema sensitivo**

Los sistemas sensitivos son el principal puente de comunicación que existe entre nuestro cuerpo y el entorno que nos rodea, y para ello están organizados en modalidades o grupos que nos permiten obtener información.

Para esto es importante que se conozca que parte de esta información se da a través de los receptores sensitivos, y para cada grupo de sistemas existen receptores específicos. Estos a su vez se encargan de traducir la información sensitiva en actividad nerviosa que finalmente se va

codificando y se transmite a través del sistema nervioso para llevarla hasta las diferentes áreas corticales encargadas de dar sentido a esta información.



Estimado alumno, para profundizar en este tema, le invitamos a leer comprensivamente el apartado con relación a los principios generales de la función del sistema sensitivo del texto básico.

▪ **Receptores y vías sensitivas**

Cada modalidad sensorial proporciona al organismo la información derivada de una forma específica de energía crucial para poder desenvolverse en el nicho ecológico que ocupa la especie. En el caso del sistema visual, la energía que estimula (luz) consiste en ondas electromagnéticas que atravesarán el ojo y modificarán la respuesta de los conos y bastones de la retina.

En el caso de la audición, la información procedente del nervio auditivo que llega a diferentes núcleos del bulbo raquídeo (núcleos cocleares, complejo olivar superior, cuerpo trapezoide, etc.) y de ahí es enviada a través del lemnisco lateral al colículo inferior del mesencéfalo para alcanzar, finalmente, el núcleo geniculado medial del tálamo.

Existen diferentes tipos de receptores somatosensoriales en función de cada submodalidad. Estos están situados en la piel, pero también en otras superficies corporales como músculos, articulaciones y vísceras.

Los olores son señales complejas, multidimensionales, que generan patrones de activación de las neuronas receptoras olfatorias mediante la interacción de los odorantes con proteínas receptoras de membrana. Estas señales son refinadas y codificadas en patrones de actividad en los glomérulos del bulbo olfatorio y posteriormente transformadas en un conjunto de qualias perceptivas por las estructuras corticales de procesamiento.

Y el gusto por su parte, mediante diversos mecanismos, células receptoras especializadas localizadas en los corpúsculos gustativos detectan y transducen las señales químicas en el bolo alimenticio. El sabor de los alimentos, como experiencia compleja, surge de la interacción del gusto con la olfacción ortonasal y retronasal.

Una vez que haya leído el apartado correspondiente a los receptores y vías sensitivas del texto básico, comprenderá de mejor manera como estos se conectan.

- **Percepción**

Estimado alumno, la percepción como tal es parte de la organización de los sistemas sensitivos, ya que corresponde a la experiencia subjetiva de los procesos de transducción sensorial.

El estudio de la percepción es interesante, puesto que se pueden ir realizando varios estudios e identificar diferencias en la percepción de una persona a otra, a pesar de que la información sensitiva sea la misma para ambas personas, esto le da el sentido de subjetividad. El mismo que se relaciona al contexto en que cada individuo se desarrolla.

Antes de continuar, y para que tenga una idea más gráfica y esquemática de lo que hasta aquí le puede parecer muy abstracto y con una gran cantidad de nombres difíciles de memorizar, le sugerimos revisar todos los apartados correspondientes a esta unidad de la comunicación entre neuronas en el texto básico.



Actividad de aprendizaje recomendada

Para poder afianzar los contenidos que hemos visto hasta ahora, estimado estudiante, se le sugiere que elabore un resumen sobre organización de los sistemas sensitivos.

1.4.2. Organización del sistema motor

Apreciado estudiante, para conocer cómo se produce el movimiento en nuestro cuerpo, es necesario comprender que se requiere de tres principios, estos son:

- El principio de las secuencias motoras.
- El principio de la jerarquía.
- El principio del procesamiento paralelo.

Algo importante que se debe recalcar es que el estudio del movimiento en el cuerpo humano también se ha venido estudiando desde hace mucho tiempo

y uno de los conceptos a los que se asoció fue la retroalimentación, esto quiere decir que, una vez que se realiza una acción, esperamos información sobre los resultados de esa acción por lo que se da una secuencia de pasos para que este se produzca.

Por otro lado, el movimiento está asociado a niveles jerárquicos los cuales se relacionan a los movimientos que se realizan bajo criterios de motivación, por lo que damos cierta organización a los movimientos según la motivación que tengamos.

Sin embargo, varios investigadores mencionan que estos dos sistemas de organización no se dan en paralelo, sino que difieren de acuerdo a la funcionalidad que tienen para nuestra relación con el entorno.

- **El tronco encefálico: control motor**

El tronco encefálico, si bien es cierto, se encarga también de los movimientos del cuerpo, pero a diferencia de las vías corticales, este se encarga de la motricidad gruesa, de los movimientos que implican la totalidad del cuerpo, mientras que las áreas corticales se centran más en movimientos más hábiles y organizados.

- **Comunicación con la médula espinal**

Lea las páginas 447 a 455. Empiece por analizar la figura 17-8. Es un resumen sencillo de esta temática.

1.4.3. Regulación interna

Hay que considerar que, para mantener el equilibrio de nuestro cuerpo, nuestro sistema nervioso forma parte activa de esta función.

Es así que la termorregulación en los seres humanos se realiza mediante diversos tipos de mecanismos y está controlada por el área preóptica. La vía nerviosa que regula el centro cardiovascular, respiratorio y el erizamiento del pelo; y la vía hormonal, que se encarga de la liberación de tirotropina que estimula la hipófisis liberando hormona tiroidea (tiroxina) que provoca aumento del metabolismo celular (actúa sobre mitocondrias).

Por su parte, el hipotálamo interviene en dos formas de termorregulación, una a través del hipotálamo lateral que controla la regulación conductual de la temperatura, y la región preóptica que por su parte controla las respuestas fisiológicas autónomas (vasoconstricción, temblor, etc.).

- **Sed**

Estimado estudiante, es importante conocer que para que la regulación se dé en el cuerpo humano se entienda que debe haber equilibrio homeostático entre los fluidos.

En situaciones normales, el fluido intersticial es isotónico 0.9% (0.9 g de NaCl/100 ml) con respecto al intracelular (situación de equilibrio homeostático). Pero que el cambio en la concentración de solutos en los líquidos (tonicidad) produce situaciones de peligro para las células (posibilidad de muerte celular). Es así que, la pérdida de agua convierte al líquido intersticial en hipertónico (exceso de sal) y provoca la salida de agua del líquido intracelular (ósmosis), lo que genera la entrada de agua en el cuerpo convirtiendo al líquido intersticial en hipotónico y provoca la entrada de agua en el líquido intracelular.

Hay que considerar que la reducción del nivel de líquido extracelular (hemorragia, vómitos, diarreas) implica una disminución de la presión sanguínea que es detectada por los barorreceptores (vasos sanguíneos y corazón); y que esta información se envía mediante el SNA simpático al cerebro para producir una vasoconstricción.

- **Hambre**

Apreciado estudiante, al revisar los mecanismos de la ingesta podemos llegar a la conclusión de que son un ejemplo de integración neuroendocrina, con el hipotálamo como elemento central. En el hipotálamo residen grupos neuronales que tienen función de centro de la alimentación y de centro de la saciedad.

Hay que comprender que la regulación a corto plazo se basa en señales originadas en el sistema digestivo, tanto mecánicas (distensión) como productos de la digestión (glucosa, aminoácidos, péptidos) y hormonas y péptidos (CCK, bombesina, Apo A-IV) originados en la mucosa intestinal.

Mientras que la regulación a largo plazo se basa en señales originadas en el tejido adiposo que secreta la hormona leptina de forma proporcional al volumen del tejido adiposo.

Por su parte, la secreción de leptina, a su vez, está regulada por la insulina, las citoquinas (p. ej.: en respuesta a procesos inflamatorios) y por las catecolaminas (p. ej.: en respuesta al frío). Es importante señalar que en el

hipotálamo la leptina favorece la formación de mediadores anorexigénicos, mientras que cuando disminuye la concentración de esta hormona (p. ej.: en el ayuno) se favorece la síntesis de péptidos con función orexigénica.

El balance de estímulos orexigénicos y anorexigénicos en el hipotálamo da lugar a respuestas que implican cambios tanto en la ingesta de alimentos como en la tasa metabólica y la producción de calor, orientados al mantenimiento del peso corporal.

Recursos de aprendizaje

Se presenta adicionalmente el siguiente Recurso Educativo Abierto (REA) para que analice la regulación interna (Moreno, 2019).



Haga una lectura comprensiva del recurso. En el mismo encontrará todos los mecanismos de regulación interna de nuestro cuerpo, explicado a través de diversas gráficas que le permitirán comprender mejor manera estos procesos.

1.4.4. Trastornos neurológicos

- **El examen neurológico**

Siempre es importante considerar que en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de nuestro sistema nervioso se debe considerar un equipo multidisciplinario que permita el conocimiento integral de lo que está sucediendo con la persona, es así que para hacer una exploración neurológica se debe contar con especialistas como lo es el neurólogo quien realizará una anamnesis y examen físico, así como también solicitará los debidos exámenes (imágenes, EEG o exámenes bioquímicos) que nos ayuden a comprender mejor el estado neurológico de una persona.

- **Trastornos vasculares cerebrales**

En efecto, como hemos podido revisar, nuestro sistema nervioso también se encuentra irrigado por diversos vasos sanguíneos y se nutre de los mismos para su funcionamiento, sin embargo, si el sistema vascular llega a presentar dificultades generaría un vacío importante a las áreas que dejan de ser abastecidas de sangre y oxígeno, dando paso a la muerte de las células nerviosas.

Algunos de los trastornos que se pueden observar en caso de presentarse anomalías en el riego sanguíneo son: isquemia cerebral, ictus migrañoso, hemorragia cerebral, angiomas y aneurismas.

- **Traumatismos encefalocraneales**

Estimado estudiante, hay que comprender que el traumatismo craneoencefálico es cualquier lesión física o deterioro funcional del encéfalo debido a un intercambio brusco de energía mecánica. Lo que se puede deber a causas externas que pueden provocar commoción, contusión, hemorragia o laceración del cerebro, cerebelo y tallo encefálico hasta el nivel de la primera vértebra cervical, lo cual puede generar diversas consecuencias en el ámbito clínico del funcionamiento del sistema nervioso.

- **Epilepsia**

Las crisis epilépticas principalmente se consideran que son un trastorno neurológico provocado por el aumento de la actividad eléctrica de las neuronas en alguna zona del cerebro. La persona afectada puede sufrir una serie de convulsiones o movimientos corporales incontrolados de forma repetitiva.

- **Tumores**

Los tumores son reconocidos por ser un tejido que crece de manera desorganizada y que no tiene utilidad fisiológica. En el caso del sistema nervioso, estos suelen presentarse de manera más frecuente en las células gliales o en las células de sostén.

Una vez comprendido esto, es importante considerar que el crecimiento de los mismos puede afectar la conducta de una persona, dependiente del área y las estructuras en las que esté creciendo.

- **Cefalea**

La cefalea, como tal, se la puede llegar a considerar uno de los trastornos neurológicos más comunes, ya que de alguna manera, en algún punto todos la hemos llegado a presentar.

Sin embargo, la presencia de la misma puede considerarse un síntoma de la presencia de tumores, infecciones o puede llegar a ser el resultado de factores psicológicos como el estrés.

- **Infecciones**

Cabe señalar que, de manera general, las infecciones se dan por el ingreso de un microorganismo a nuestro cuerpo, el mismo que va generando enfermedades y reacciones en nuestros tejidos. Algunas de estas infecciones pueden generar la muerte de las células nerviosas en el cuerpo, sobre todo cuando estas llegan al líquido cefalorraquídeo, o atraviesan la barrera hematoencefálica. Pueden llegar a causar varios estragos que pueden ser letales o dejar secuelas a largo plazo.

- **Trastornos de las neuronas motoras y de la médula espinal**

Estimado estudiante, al revisar los trastornos motores, usted podrá identificar que en gran parte se deben a una lesión de la médula espinal o, en su defecto, a las proyecciones corticales que esta posee y, principalmente, su afectación radica en las funciones de movilización de nuestro cuerpo o en defectos al momento de manipular objetos. Algunos de estos trastornos pueden ser: miastenia gravis, poliomielitis, esclerosis múltiple, paraplejía, hemiplejía o el síndrome de Brown-Sequard.

- **Trastornos del sueño**

Como ya habíamos revisado previamente, la necesidad del sueño es importante para una persona, y los trastornos del sueño impiden el desarrollo normal de nuestro sistema nervioso y de varias funciones cognitivas. Para una revisión más profunda de este apartado podemos regresar nuevamente a la unidad 6 de esta asignatura.



Actividades de aprendizaje recomendadas

1. Realice un mapa mental con los principios de la organización conceptual.
2. Redacte su propia definición de percepción.
3. Busque tres anuncios visuales donde utilizan las leyes de la Gestalt en la publicidad.
4. Elabore un mandala donde se evidencie el proceso perceptivo.

Estrategias de trabajo

1. Desarrolle sus actividades impregnado/a de concentración y curiosidad.
2. Escoja un espacio iluminado, ordenado y limpio para trabajar.
3. Lee comprensivamente el capítulo asignado para esta unidad.
4. Utilice las técnicas del subrayado, resumen y extracción de ideas principales.

Nota. Conteste las actividades en un cuaderno de apuntes o en un documento Word.



Semana 5

1.5. Neuropsicología

1.5.1. Atención y conciencia

La atención es una función neuropsicológica compleja y, por ello, difícil de definir. Esto se debe, entre otras cosas, a que no se trata de un proceso unitario, sino de una serie de procesos que pueden interactuar mutuamente durante el desarrollo de tareas perceptivas, cognitivas y motoras. Tal vez, uno de los papeles más importantes de la atención sea el de seleccionar los estímulos del entorno que son relevantes para el estado cognitivo en curso y que sirven para llevar a cabo una acción y alcanzar unos objetivos. Pero una definición completa de atención ha de incorporar no solo el aspecto relativo a la selección de estímulos del entorno, sino también la selección de planes dirigidos a metas.

Continuemos con el aprendizaje mediante la revisión de la **definición de atención y conciencia**.

- **Definición de atención y conciencia**

Mientras más compleja es la conducta, más complejas son las funciones cognitivas. Una de estas funciones, la que permite estrechar o focalizar la conciencia selectivamente en una parte del entorno sensitivo o en una clase de estímulo, es la atención. En otras palabras, la atención es una especie de "foco mental" —que puede ser consciente o inconsciente— que ilumina ciertas aferencias sensitivas, programas motores, memorias o representaciones internas.

Otra de las funciones importantes es la conciencia, que, en principio, es sinónimo de conocimiento y, en otro nivel, es reconocimiento del conocimiento.

Aunque estas dos funciones (atención y conciencia) están en estrecha relación, son distintas y requieren dos procesos cerebrales diferentes. Lo que sí queda claro es que la atención es un proceso arriba-abajo, mientras que la conciencia resume toda la información pertinente al individuo y a su entorno.

■ Atención

Según lo indicó William James a finales del siglo XIX: "Todos saben qué es la atención. Es tomar posesión por la mente, en forma clara y vívida, de uno de los que parecen ser varios objetos o trenes de pensamiento simultáneamente posibles".

Ahora bien, hay procesos que requieren poca o mucha atención, de manera que se los puede diferenciar por ser automáticos o por ser conscientes. Mientras que los automáticos son de abajo-arriba, basándose casi exclusivamente en la información del estímulo que se presenta en el entorno, los conscientes son de arriba-abajo, es decir que están impulsados conceptualmente y se basan en información que ya está en la memoria.

Para comprender mejor el papel de la atención y cómo funciona, diríjase al texto básico y lea el apartado la atención del capítulo atención y conciencia. Observe las figuras usadas por los investigadores Treisman y colaboradores en 1986 y 1988, y analice el modelo perceptual de búsqueda de características. Además, revise las pruebas neurofisiológicas de la atención y cómo las neuronas pueden aprender a responder selectivamente a la información en su campo receptivo.

¿Y qué regiones cerebrales se activan durante distintas tareas de atención? La corteza parietal se activa durante la localización de un objeto; la corteza occipitotemporal, cuando se atiende a características tales como el color y la forma; y, finalmente, las áreas cingular anterior y prefrontal se activan en ambos tipos de tareas.

Un apartado de máximo interés es el de las redes de atención. Aunque anatómicamente cada sistema está separado, la atención es un proceso

único que incluye, sin embargo, tres redes distintas: de alerta, de orientación y de control ejecutivo. Esta red fue planteada por Petersen y Posner en el año 2012. Si bien, en el texto base se explican las ideas más importantes de esta propuesta, es recomendable que acuda al artículo original (Petersen, S. E. & Posner, M. I. (2012). *The attention system of the human brain: 20 years after*. *Annual Review of Neuroscience*, 35, 73-89), al que lo puede encontrar en las bases de datos de la UTPL.

Continúe con la lectura del texto básico. Se habla de las tres redes: estado de alerta, orientación (dorsal y ventral) y control ejecutivo. También se aborda el deterioro de las redes atencionales y los mecanismos de la atención, es decir, de la sincronía que se genera a nivel global en el cerebro cuando los procesos de atención aumentan.

▪ Inatención

El deterioro de los sistemas atencionales orientador y ejecutivo interfieren en el procesamiento cognitivo. Se trata de una consecuencia necesaria cuando se focaliza la atención en información específica.

Se presenta a continuación una tabla 5 que resume "el lado oscuro de la atención": la ceguera inatencional, la ceguera a los cambios y el parpadeo atencional.

Tabla 5.

Inatención

Tipo de inatención	Características
Ceguera inatencional	Se desatiende a un acontecimiento mientras se ejecuta otra tarea.
Ceguera a los cambios	No se detectan los cambios en presencia, identidad ni la localización de los objetos en las escenas.
Parpadeo atencional	No se detecta un segundo objeto visual presentado dentro de los 500 ms luego de presentado un primer objeto.

Lea comprensivamente el apartado inatención del capítulo atención y conciencia del texto básico. Centre su atención en la negligencia sensitiva. Subraye sus características y las regiones cerebrales involucradas.

▪ **Consciencia**

La conciencia es una propiedad de los cerebros complejos que une varios aspectos de la información sensitiva en un acontecimiento perceptivo único que se experimenta como realidad. Se trata de una propiedad de la actividad cerebral sincronizada que puede involucrar el claustro o las regiones cingulares. La mayor parte del procesamiento mental es inconsciente, lo que conduce a la idea general de que dobles sistemas de procesamiento de la información emplean procesos automáticos para generar respuestas inconscientes rápidas con poco o ningún pensamiento y un sistema paralelo que emplea el control consciente basado en el conocimiento relevante.

Para culminar esta unidad, lea comprensivamente el apartado la conciencia del capítulo atención y conciencia del texto básico. ¿Qué es la conciencia? ¿Cuál es su base neurológica y sus sustratos cerebrales? Responda a estas preguntas. Subraye. Tome notas.

▪ **Recursos de aprendizaje**

Para comprender el experimento llevado a cabo por Daniel Simons y Christopher Chabris en 1999, mire el vídeo presentado a [continuación](#). Se trata de un ejemplo similar al descrito en el propio texto base sobre ceguera intencional.

Es posible darse cuenta de que, si quien mira el vídeo es alertado de los acontecimientos inusuales, los detectará fácilmente; mientras que lo contrario sucederá de no ser alertados. Puede probarlo con algún familiar o amigo que esté cerca.

Además, se recomienda ver vídeos colgados en plataformas digitales que por derechos de autor no pueden ser compartidos en este espacio.

1.5.2. Aprendizaje y memoria

La memoria se puede clasificar de diferentes maneras. Según el criterio categórico se puede diferenciar entre memoria explícita (o declarativa-consciente) y memoria implícita (o no declarativa-inconsciente). Según el criterio temporal (cuantitativo), se puede distinguir entre memoria inmediata (que dura desde milisegundos a segundos), memoria a corto plazo (desde

minutos hasta unas pocas horas) y memoria a largo plazo (a partir de 24 horas).

En la presente unidad se analizará la memoria de corto y largo plazo. Dentro de esta última se encuentra la explícita y la implícita. Se estudiará el papel que juega el hipocampo y otras regiones cerebrales en cada tipo de memoria.

En el texto básico, lea el apartado aprendizaje, memoria y amnesia del capítulo aprendizaje y memoria. Se explican los diferentes tipos de amnesia. También, se explican las teorías de la amnesia, para comprender el almacenamiento de la información en la memoria a largo plazo, y cómo la consolidación y reconsolidación permiten modificar la información ya almacenada.

Le invito a profundizar sus conocimientos acerca de la clasificación de la memoria.

- **Memoria explícita a largo plazo**

Con este preámbulo es posible profundizar en los tipos de memoria. Ahora se analiza la memoria explícita que se subdivide en episódica y semántica.

La memoria episódica es el almacén de los recuerdos personales que permite dar un sentido de continuidad, de allí que también se le llama memoria autobiográfica. Por otra parte, la memoria semántica brinda el conocimiento acerca del mundo. Por ejemplo, número de continentes que existen en el planeta, historia de la conquista de América, etc.

Las estructuras cerebrales que principalmente sustentan la memoria explícita se encuentran mayoritariamente en el lóbulo temporal o están estrechamente relacionados con él, e incluyen el hipocampo, la corteza rinal (entorrinal y perirrinal) adyacentes al hipocampo, la corteza prefrontal y el tálamo. Los circuitos de esta memoria reciben aferencias de la neocorteza y de los sistemas activadores ascendentes en el tronco encefálico, incluidos los sistemas colinérgico, serotoninérgico y noradrenérgico.

Lea el apartado memoria explícita a largo plazo del capítulo aprendizaje y memoria. Profundice en los conceptos y casos de estudio que diferencian la memoria episódica de la semántica. Centre su atención en el papel del lóbulo temporal, particularmente del hipocampo, así como de las demás regiones que lo conforman. No descuide la función de los lóbulos parietal, occipital y frontal.

▪ **Memoria implícita a largo plazo**

La memoria explícita es consciente, es decir, se intenta voluntariamente recordar lo que pasó ayer o el año de nacimiento. Sin embargo, hay un tipo de memoria que no es consciente ni intencional, al menos en las etapas cuando la información ya se ha almacenado. Por poner un ejemplo, manejar bicicleta o ponerse la ropa. Se trata de una actividad que se realiza automáticamente. Por lo tanto, la memoria implícita no requiere la manipulación por el procesamiento cortical de nivel superior, y depende de muchas estructuras nerviosas que constituyen la vía de acción de la corriente dorsal.

Entre las estructuras cerebrales involucradas en la memoria implícita se encuentran la neocorteza y las estructuras de los ganglios basales (núcleo caudado y putamen). Estos últimos reciben proyecciones de la neocorteza y de las neuronas dopaminérgicas de la sustancia negra, y envían proyecciones a través del globo pálido y el tálamo ventral a la corteza motora. Esta comparte información con el cerebelo.

Lea el apartado memoria implícita a largo plazo del capítulo aprendizaje y memoria. Subraye las ideas importantes y realice un cuadro sinóptico que resuma las funciones de los sustratos neurológicos de la memoria implícita.

▪ **Memoria a corto plazo**

Se refiere a un almacén provisional en el que una cantidad limitada de información se mantiene durante un corto periodo, entre varios segundos y minutos. Autores como Baddeley y Hitch modificaron y ampliaron el concepto de memoria de corto plazo, rebautizándolo como memoria operativa, memoria de trabajo o, en inglés, working memory. Con este término se hace referencia a un sistema que no solo permite mantener

en la mente información que ya no está presente en el entorno, sino que posibilita la manipulación de esa información, de tal manera que interviene en procesos cognitivos superiores como el lenguaje, el razonamiento, etc. En la reformulación que realizó Baddeley en 2000, la memoria operativa puede fraccionarse en 4 componentes: el bucle fonológico, la agenda visoespacial, el buffer episódico y el ejecutivo central (Baddeley, 2000; Baddeley, 2002).

En el texto básico, lea el apartado memoria a corto plazo del capítulo aprendizaje y memoria. Analice el papel que cumplen los lóbulos frontal, parietal y temporal en la memoria a corto plazo; y cómo intervienen las corrientes dorsal y ventral.

▪ **Enfermedades neurológicas y memoria a largo plazo**

Entre las principales enfermedades se encuentran:

Tabla 6.

Enfermedades neurológicas y memoria de largo plazo

Enfermedad	Características
Amnesia global transitoria	Producida por commoción cerebral, migraña, hipoglucemias o epilepsia, accidente cerebro vascular. Es la pérdida de las memorias antiguas y la incapacidad para formar otras nuevas. De inicio agudo, súbito y de breve duración.
Encefalitis herpética	Lesión del lóbulo temporal con amnesia anterógrada extensa "con implicación de la ínsula", con habilidades de inteligencia y lenguaje normales, y memoria implícita también normal.
Enfermedad de Alzheimer	Pérdida progresiva de células más desarrollo de anomalías corticales. Amnesia anterógrada y retrógrada.
Síndrome de Korsakoff	Deterioro de la memoria debido al alcoholismo prolongado y la desnutrición. Presenta amnesia anterógrada, amnesia retrógrada, confabulación, escasa satisfacción en la conversación, falta de reconocimiento y apatía.

Para profundizar en estas enfermedades lea el apartado enfermedades neurológicas y memoria a largo plazo del capítulo aprendizaje y memoria. Destaque las características principales de cada enfermedad y su etiología.

1.5.3. Lenguaje

- **¿Qué es el lenguaje?**

Si bien, es evidente que el lenguaje se encuentra particularmente desarrollado en el ser humano, no se ha llegado a un consenso sobre lo que es, y las diferencias al definirlo conducen a opiniones variadas sobre cómo el encéfalo produce el lenguaje.

Previo a hacer el análisis neuropsicológico de esta función, es necesario comprender la estructura del lenguaje, es decir, qué son los fonemas, morfemas, léxico, sintaxis, semántica y discurso. Por otra parte, también es importante entender qué estructuras anatómicas permiten la producción del lenguaje, tales como las cuerdas vocales, la laringe, faringe, y cuáles son sus funciones específicas.

Las cuatro habilidades fundamentales del lenguaje humano se resumen a continuación en la tabla 7:

Tabla 7.
Habilidades fundamentales del lenguaje humano

Habilidad	Características
Categorización	La asignación de rótulos a la información facilita su percepción y su recuperación más tarde, cuando sea necesario. En ello intervienen tanto la corriente visual ventral como la dorsal, pero sobre todo la primera.
Rotulación de las categorías	El sistema de categorización puede estimular la producción de formas de palabras acerca de la categoría específica, pero también puede hacer que el cerebro evoque los conceptos en palabras. En otras palabras, rotular una categoría implica identificarla y organizar la información dentro de esa categoría.
Conducta de secuenciación	El ordenamiento de los movimientos vocales como los que se usan para producir las palabras es producido por el hemisferio izquierdo, así como la secuenciación de las palabras que representan acciones parecen ser producidas por la corteza frontal.
Imitación	Se produce desde el nacimiento de los niños gracias a las neuronas espejo, pudiendo darse con los sonidos de todos los idiomas, aunque posteriormente muestran preferencia por los sonidos del idioma materno.

Lea el apartado, ¿qué es el lenguaje?, del capítulo el lenguaje del texto básico. Analice la estructura del lenguaje, cómo se produce y profundice en las habilidades centrales del lenguaje. Se recomienda hacer resúmenes propios.

Lea el apartado búsqueda de los orígenes del lenguaje del capítulo el lenguaje del texto básico. Estos apartados son fundamentales para la comprensión del lenguaje. Conocer las regiones, sus funciones y sus conexiones permitirá entender con facilidad el siguiente apartado: trastornos del lenguaje.

■ **Trastornos del lenguaje**

La afasia puede referirse a un trastorno del lenguaje aparente en la palabra, en la escritura (o agrafia) o en la lectura (alexia), producto de la lesión de las áreas cerebrales responsables del lenguaje. Y aunque existen distintos tipos de clasificaciones de las afasias, se analizará la que considera tres categorías: fluentes, no fluentes y puras.

La afasia no fluente consiste en por lo menos cinco tipos de síntomas: apraxia de la palabra, deterioro de la comprensión de oraciones, emisiones recurrentes, deterioro en la articulación de los sonidos y deterioro de la memoria operativa para la formación de las oraciones. Mientras que, en la afasia fluente, el principal síntoma es la falta de comprensión del lenguaje.

Trastornos del lenguaje

Lea el apartado trastornos del lenguaje del capítulo el lenguaje del texto básico. Se explican las afasias, cuáles son sus características en cuanto a la producción del habla y los tipos de errores del lenguaje que se cometan en cada una. Realice su propio cuadro sinóptico.

Ahora profundice estos apartados en el texto básico leyendo el apartado localización de las lesiones en la afasia del capítulo el lenguaje. Realice un resumen asociando las estructuras corticales y subcorticales a las funciones del lenguaje.

1.5.4. La emoción y el cerebro social

Las emociones generan un estado con un nivel de activación fisiológica determinado, de acuerdo con la actividad del sistema nervioso autónomo y del sistema neuroendocrino. Además, permiten producir todo un abanico de respuestas motoras, tanto de la musculatura facial como del resto de los músculos. También hay un procesamiento cognitivo que permite al individuo hacer una valoración de la situación y ser consciente del estado emocional en el que se encuentra. Por lo tanto, se puede decir que las emociones constituyen patrones neurovegetativos, endocrinos y conductuales (más los sentimientos) típicos de una especie.

■ **La naturaleza de la emoción**

A la emoción, o interpretación cognitiva de los sentimientos subjetivos, es un estado conductual denominado afecto, subjetivo, consciente sobre un estímulo e independiente de dónde está o qué es.

La emoción tiene cuatro componentes conductuales principales (tabla 8):

Tabla 8.

Componentes conductuales de la emoción

Componente de la emoción	Características
Psicofisiología	Actividad del sistema central y autónomo, y cambios en la actividad neurohormonal y visceral (frecuencia cardíaca, presión arterial, flujo sanguíneo, transpiración, sistema digestivo, liberación de hormonas).
Conducta motora característica	Importantes para observar las emociones y actuar en consecuencia (expresión facial, tono de voz, postura).
Cognición autocomunicada	Sentimientos emocionales subjetivos y otros procesos cognitivos.
Conducta inconsciente	Procesos cognitivos de los cuales no se tiene conciencia que influyan en la conducta.

Apreciado estudiante, lea el apartado la naturaleza de la emoción del capítulo la emoción y el cerebro social del texto básico. Allí se explica con detalle este apartado.

■ Estructuras candidatas en la conducta emocional

Si bien todo el circuito (hipocampo, amígdala, corteza prefrontal, hipotálamo, corteza cingular) es importante para la conducta emocional, la corteza prefrontal (regiones orbito frontal y ventromedial) y la amígdala encierran la clave para comprender la naturaleza de la experiencia emocional.

En el texto básico se explica con detalle las funciones específicas de estas estructuras, tanto en animales como en seres humanos. Lea el apartado estructuras candidatas en la conducta emocional del capítulo la emoción y el cerebro social del texto básico. Haga sus propios dibujos y etique las regiones y sus funciones. Así logrará un aprendizaje significativo.

■ Teorías neuropsicológicas de la emoción

A continuación, se resumen tres teorías neuropsicológicas actuales sobre la emoción (tabla 9):

Tabla 9.

Teorías neuropsicológicas sobre la emoción

Teoría	Características
Evaluación de la emoción	Hipótesis de los marcadores somáticos propuesta por Antonio Damasio. Cuando una persona se enfrenta con un estímulo de importancia biológica, el cerebro y el cuerpo cambian en consecuencia. Los cambios fisiológicos son los llamados marcadores somáticos. La emoción es fundamental para la supervivencia del individuo y para la toma de decisiones racionales. El control nervioso de las emociones incluye tanto las estructuras cerebrales que representan estados corporales como la actividad de los sistemas activadores neuromoduladores que los vinculan y pueden producir cambios globales en el procesamiento nervioso.

Teoría	Características
Interacciones cognitivo-emocionales	<p>Las emociones se desarrollan para aumentar la supervivencia de los animales.</p> <p>En lugar de aplicarse a todas las emociones, el investigador Joseph LeDoux se centra en el miedo.</p> <p>Todos los animales reaccionan ante el peligro, y las actividades nerviosas relacionadas evolucionan hacia el sentimiento de miedo.</p> <p>El sistema nervioso que subyace al miedo es similar tanto en la respuesta inconsciente como consciente.</p> <p>La estructura clave para desarrollar el miedo es la amígdala.</p>
Asimetría cognitiva y emoción	Ambos hemisferios cerebrales desempeñan papeles complementarios en la conducta emocional. El hemisferio derecho participa más en los componentes autónomos de la emoción y el izquierdo en el control cognitivo global de la emoción.

Lea el apartado teorías neuropsicológicas de la emoción del capítulo la emoción y el cerebro social del texto básico. Analice los estudios que llevan a los investigadores a llegar a las conclusiones arriba descritas.

Para conocer más sobre la producción e interpretación de la conducta emocional, así como de la personalidad del lóbulo frontal y sus características, lea el apartado asimetría del procesamiento emocional capítulo la emoción y el cerebro social del texto básico. Haga sus propios resúmenes.

▪ **El cerebro social y la cognición social**

El daño bilateral de la región prefrontal ventromedial genera problemas graves de la conducta social, la toma de decisiones y el procesamiento de las emociones. Además, estas lesiones se ven reflejadas en escaso juicio y mala toma de decisiones.

Existen cuatro redes cerebrales relacionadas con lo emocional que unen distintas regiones: red de la amígdala, de mentalización, de empatía y red de espejo/estimulación/acción-percepción. Las funciones de estas redes son las de desencadenar respuestas emocionales, detectar estímulos socialmente relevantes, comprender los estados internos de los demás, atribuir empatía a los demás y aprender acciones de los otros. En esta última función están relacionadas directamente las neuronas espejo.

1.6. Psicofisiología

Organización de la función del sistema sensitivo

Principios generales de la función del sistema sensitivo

Los sistemas sensitivos son el principal puente de comunicación que existe entre nuestro cuerpo y el entorno que nos rodea, y para ello están organizados en modalidades o grupos que nos permiten obtener información.

Para esto, es importante que se conozca que parte de esta información se da a través de los receptores sensitivos y, para cada grupo de sistemas, existen receptores específicos. Estos a su vez se encargan de traducir la información sensitiva en actividad nerviosa que, finalmente, se va codificando y se transmite a través del sistema nervioso para llevarla hasta las diferentes áreas corticales encargadas de dar sentido a esta información.

Estimado alumno, para profundizar en este tema le invitamos a leer comprensivamente el apartado con relación a los principios generales de la función del sistema sensitivo del texto básico.

Receptores y vías sensitivas

Cada modalidad sensorial proporciona al organismo la información derivada de una forma específica de energía crucial para poder desenvolverse en el nicho ecológico que ocupa la especie. En el caso del sistema visual, la energía que estimula (luz) consiste en ondas electromagnéticas que atravesarán el ojo y modificarán la respuesta de los conos y bastones de la retina.

En el caso de la audición, la información procedente del nervio auditivo llega a diferentes núcleos del bulbo raquídeo (núcleos cocleares, complejo olivar superior, cuerpo trapezoide, etc.) y de ahí es enviada a través del lemnisco lateral al colículo inferior del mesencéfalo para alcanzar, finalmente, el núcleo geniculado medial del tálamo.

Existen diferentes tipos de receptores somatosensoriales en función de cada submodalidad. Estos están situados en la piel, pero también en otras superficies corporales como músculos, articulaciones y vísceras.

Los olores son señales complejas, multidimensionales, que generan patrones de activación de las neuronas receptoras olfatorias mediante la interacción de los odorantes con proteínas receptoras de membrana. Estas señales son refinadas y codificadas en patrones de actividad en los glomérulos del bulbo olfatorio y posteriormente transformadas en un conjunto de qualias perceptivas por las estructuras corticales de procesamiento.

Y el gusto, por su parte, mediante diversos mecanismos, células receptoras especializadas localizadas en los corpúsculos gustativos detectan y transducen las señales químicas en el bolo alimenticio. El sabor de los alimentos, como experiencia compleja, surge de la interacción del gusto con la olfacción ortonasal y retronasal.

Una vez que haya leído el apartado correspondiente a los receptores y vías sensitivas del texto básico comprenderá de mejor manera cómo estos se conectan.

Percepción

Estimado alumno, la percepción como tal es parte de la organización de los sistemas sensitivos, ya que corresponde a la experiencia subjetiva de los procesos de transducción sensorial.

El estudio de la percepción es interesante, puesto que se pueden ir realizando varios estudios e identificar diferencias en la percepción de una persona a otra, a pesar de que la información sensitiva sea la misma para ambas personas, esto le da el sentido de subjetividad. El mismo que se relaciona al contexto en que cada individuo se desarrolla.

Antes de continuar, y para que tenga una idea más gráfica y esquemática de lo que hasta aquí le puede parecer muy abstracto y con una gran cantidad de nombres difíciles de memorizar, le sugerimos revisar todos los apartados correspondientes a esta unidad de la comunicación entre neuronas en el texto básico.



Actividades de aprendizaje recomendadas

Para poder afianzar los contenidos que hemos visto hasta ahora, estimado estudiante, se le sugiere que elabore un resumen sobre organización de los sistemas sensitivos.

Organización del sistema motor

Apreciado estudiante, para conocer cómo se produce el movimiento en nuestro cuerpo, es necesario comprender que se requiere de tres principios, estos son:

- El principio de las secuencias motoras.
- El principio de la jerarquía.
- El principio del procesamiento paralelo.

Nota. Conteste las actividades en un cuaderno de apuntes o en un documento Word.

Algo importante que se debe recalcar es que el estudio del movimiento en el cuerpo humano también se ha venido estudiando desde hace mucho tiempo y uno de los conceptos a los que se asoció fue la retroalimentación, esto quiere decir que, una vez que se realiza una acción, esperamos información sobre los resultados de esa acción, por lo que se da una secuencia de pasos para que este se produzca.

Por otro lado, el movimiento está asociado a niveles jerárquicos los cuales se relacionan a los movimientos que se realizan bajo criterios de motivación, por lo que damos cierta organización a los movimientos según la motivación que tengamos.

Sin embargo, varios investigadores mencionan que estos dos sistemas de organización se dan en paralelo, sino que difieren de acuerdo a la funcionalidad que tienen para nuestra relación con el entorno.

El tronco encefálico: control motor

El tronco encefálico, si bien es cierto, se encarga también de los movimientos del cuerpo, pero a diferencia de las vías corticales este se encarga de la motricidad gruesa, de los movimientos que implican la

totalidad del cuerpo, mientras que las áreas corticales se centran más en movimientos más hábiles y organizados.

Comunicación con la médula espinal

Lea las páginas 447 a 455. Empiece por analizar la figura 17-8. Es un resumen sencillo de esta temática.

Regulación interna

Hay que considerar que, para mantener el equilibrio de nuestro cuerpo, nuestro sistema nervioso forma parte activa de esta función.

Es así que la termorregulación en los seres humanos se realiza mediante diversos tipos de mecanismos y está controlada por el área preóptica. La vía nerviosa, que regula el centro cardiovascular, respiratorio y el erizamiento del pelo; y la vía hormonal, que se encarga de la liberación de tirotropina que estimula la hipófisis, liberando hormona tiroidea (tiroxina) que provoca aumento del metabolismo celular (actúa sobre mitocondrias).

Por su parte, el hipotálamo interviene en dos formas de termorregulación, una a través del hipotálamo lateral que controla la regulación conductual de la temperatura, y la región preóptica que por su parte controla las respuestas fisiológicas autónomas (vasoconstricción, temblor, etc.).

Sed

Estimado estudiante, es importante conocer que para que la regulación se dé en el cuerpo humano, resulta fundamental entender que debe haber equilibrio homeostático entre los fluidos.

En situaciones normales, el fluido intersticial es isotónico 0.9% (0.9 g de NaCl/100 ml) con respecto al intracelular (situación de equilibrio homeostático). Pero que el cambio en la concentración de solutos en los líquidos (tonicidad) produce situaciones de peligro para las células (posibilidad de muerte celular). Es así que, la pérdida de agua convierte al líquido intersticial en hipertónico (exceso de sal) y provoca la salida de agua del líquido intracelular (ósmosis); lo que genera la entrada de agua en el cuerpo, convirtiendo al líquido intersticial en hipotónico y provoca la entrada de agua en el líquido intracelular.

Hay que considerar que la reducción del nivel de líquido extracelular (hemorragia, vómitos, diarreas) implica una disminución de la presión sanguínea, que es detectada por los barorreceptores (vasos sanguíneos y corazón); y que esta información se envía mediante el SNA simpático al cerebro para producir una vasoconstricción.

Hambre

Apreciado estudiante, al revisar los mecanismos de la ingesta, podemos llegar a la conclusión de que son un ejemplo de integración neuroendocrina, con el hipotálamo como elemento central. En el hipotálamo residen grupos neuronales que tienen función de centro de la alimentación y de centro de la saciedad.

Hay que comprender que la regulación a corto plazo se basa en señales originadas en el sistema digestivo, tanto mecánicas (distensión) como productos de la digestión (glucosa, aminoácidos, péptidos) y hormonas y péptidos (CCK, bombesina, Apo A-IV) originados en la mucosa intestinal.

Mientras que la regulación a largo plazo se basa en señales originadas en el tejido adiposo que secreta la hormona leptina de forma proporcional al volumen del tejido adiposo.

Por su parte, la secreción de leptina, a su vez, está regulada por la insulina, las citoquinas (p. ej.: en respuesta a procesos inflamatorios) y por las catecolaminas (p. ej.: en respuesta al frío). Es importante señalar que en el hipotálamo, la leptina favorece la formación de mediadores anorexigénicos, mientras que cuando disminuye la concentración de esta hormona (p. ej.: en el ayuno) se favorece la síntesis de péptidos con función orexigénica.

El balance de estímulos orexigénicos y anorexigénicos en el hipotálamo da lugar a respuestas que implican cambios, tanto en la ingesta de alimentos como en la tasa metabólica y la producción de calor, orientados al mantenimiento del peso corporal.

Recursos de aprendizaje



Se presenta adicionalmente el siguiente Recurso Educativo Abierto (REA) para que analice la regulación interna (Moreno, 2019).

Haga una lectura comprensiva del recurso. En el mismo encontrará todos los mecanismos de regulación interna de nuestro cuerpo explicados a través de diversas gráficas que le permitirán comprender mejor manera estos procesos.

Trastornos neurológicos

El examen neurológico

Siempre es importante considerar que en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de nuestro sistema nervioso se debe considerar un equipo multidisciplinario que permita el conocimiento integral de lo que está sucediendo con la persona, es así que para hacer una exploración neurológica, se debe contar con especialistas como lo es el neurólogo, quien realizará una anamnesis y examen físico, así como también solicitará los debidos exámenes (imágenes, EEG o exámenes bioquímicos) que nos ayuden a comprender mejor el estado neurológico de una persona.

Trastornos vasculares cerebrales

En efecto, como hemos podido revisar, nuestro sistema nervioso también se encuentra irrigado por diversos vasos sanguíneos y se nutre de los mismos para su funcionamiento, sin embargo, si el sistema vascular llega a presentar dificultades, generaría un vacío importante a las áreas que dejan de ser abastecidas de sangre y oxígeno, dando paso a la muerte de las células nerviosas.

Algunos de los trastornos que se pueden observar en caso de presentarse anormalidades en el riego sanguíneo son: isquemia cerebral, ictus migrañoso, hemorragia cerebral, angiomas y aneurismas.

Traumatismos encefalocraneales

Estimado estudiante, hay que comprender que el traumatismo craneoencefálico es cualquier lesión física o deterioro funcional del encéfalo debido a un intercambio brusco de energía mecánica. Lo que se puede deber a causas externas que pueden provocar commoción, contusión, hemorragia o laceración del cerebro, cerebelo y tallo encefálico hasta el nivel de la primera vértebra cervical, lo cual puede generar diversas consecuencias en el ámbito clínico del funcionamiento del sistema nervioso.

Epilepsia

Las crisis epilépticas principalmente se consideran que son un trastorno neurológico provocado por el aumento de la actividad eléctrica de las neuronas en alguna zona del cerebro. La persona afectada puede sufrir una serie de convulsiones o movimientos corporales incontrolados de forma repetitiva.

Tumores

Los tumores son reconocidos por ser un tejido que crece de manera desorganizada y que no tiene utilidad fisiológica. En el caso del sistema nervioso, estos suelen presentarse de manera más frecuente en las células gliales o en las células de sostén.

Una vez comprendido esto, es importante considerar que los crecimientos de los mismos pueden afectar la conducta de una persona, dependiendo del área y las estructuras en las que esté creciendo.

Cefalea

La cefalea como tal se la puede llegar a considerar uno de los trastornos neurológicos más comunes, ya que de alguna manera en algún punto todos la hemos llegado a presentar.

Sin embargo, la presencia de la misma puede considerarse un síntoma de la presencia de tumores, infecciones, o puede llegar a ser el resultado de factores psicológicos como el estrés.

Infecciones

Cabe señalar que de manera general, las infecciones se dan por el ingreso de un microorganismo a nuestro cuerpo, el mismo que va generando enfermedades y reacciones en nuestros tejidos. Algunas de estas infecciones pueden generar la muerte de las células nerviosas en el cuerpo, sobre todo cuando estas llegan al líquido cefalorraquídeo o atraviesan la barrera hematoencefálica. Pueden llegar a causar varios estragos que pueden ser letales o dejar secuelas a largo plazo.

Trastornos de las neuronas motoras y de la médula espinal

Estimado estudiante, al revisar los trastornos motores, usted podrá identificar que en gran parte se deben a una lesión de la médula

espinal o, en su defecto, a las proyecciones corticales que esta posee y, principalmente, su afectación radica en las funciones de movilización de nuestro cuerpo o en defectos al momento de manipular objetos. Algunos de estos trastornos pueden ser: miastenia gravis, poliomielitis, esclerosis múltiple, paraplejía, hemiplegia o el síndrome de Brown-Sequard.

Trastornos del sueño

Como ya habíamos revisado previamente, la necesidad del sueño es importante para una persona y los trastornos del sueño impiden el desarrollo normal de nuestro sistema nervioso y de varias funciones cognitivas. Para una revisión más profunda de este apartado podemos regresar nuevamente a la unidad 6 de esta asignatura.



Actividades de aprendizaje recomendadas

1. Realice un mapa mental con los principios de la organización conceptual.
2. Redacte su propia definición de percepción.
3. Busque tres anuncios visuales donde utilizan las leyes de la Gestalt en la publicidad.
4. Elabore un mandala donde se evidencie el proceso perceptivo.

Estrategias de trabajo

1. Desarrolle sus actividades impregnado/a de concentración y curiosidad.
2. Escoja un espacio iluminado, ordenado y limpio para trabajar.
3. Lea comprensivamente el capítulo asignado para esta unidad.
4. Utilice las técnicas del subrayado, resumen y extracción de ideas principales.

Nota. Conteste las actividades en un cuaderno de apuntes o en un documento Word.

Si usted desarrolla correctamente los ejercicios propuestos, su nivel de comprensión es satisfactorio. En caso contrario, revise nuevamente toda la unidad, solo así podrá continuar con el estudio siguiente.



Autoevaluación 1

Luego del estudio pormenorizado de cada uno de los temas, responda a la siguiente autoevaluación, no lo haga con libro abierto pues no favorece el aprendizaje. Para ello; lea, analice y comprenda los enunciados y sus opciones de respuesta, identifique la alternativa correcta que se acomode a la premisa y de significado al hecho, concepto o referencia que se plantea.

FUNDAMENTOS HISTÓRICOS Y TEÓRICOS DE LA PSICOLOGÍA

1. Identifique la definición que corresponde a la psicología de la conciencia:
 - a. Estudia los fenómenos inconscientes que determinan conductas observables.
 - b. Es el estudio experimental de la experiencia inmediata.
 - c. La ciencia que estudia la causalidad de los fenómenos psíquicos.
2. ¿Qué método utilizó de manera predominante Wundt?
 - a. Introspección.
 - b. Pensamiento sin imágenes.
 - c. Autoobservación.
3. ¿A qué definió Freud la neurosis real?
 - a. Enfermedad de origen sexual.
 - b. Complejos de ideación inconsciente.
 - c. Verdaderas enfermedades físicas.
4. ¿A qué corresponde el concepto de ciencia según James?
 - a. Conducta.
 - b. Mente inconsciente.
 - c. La vida mental.

5. Según James, ¿qué tipo de entidad es la conciencia?
 - a. Activa.
 - b. Un epifenómeno.
 - c. Inútil.
6. ¿Qué nombre recibió la psicología de James inspirada en los principios de psicología de la adaptación?
 - a. Conductismo.
 - b. Cognitivismo.
 - c. Funcionalismo.
7. Los principios de psicología de William James desplazan el interés por los contenidos mentales de la psicología tradicional de la conciencia, ¿hacia qué parte de la psiquis?
 - a. La conducta.
 - b. El inconsciente.
 - c. Los procesos mentales.
8. Según la teoría de Pavlov todo el aprendizaje se reduce a la relación entre los siguientes elementos:
 - a. El medio y función del córtex.
 - b. Repetición (ensayo) y error.
 - c. Estímulos y respuesta.
9. A diferencia de la conducta de respuesta que procede de estímulos concretos, Skinner centró su investigación en un tipo de comportamiento, el cual es continuo y sin estímulo aparente. Señale ¿cuál es ese comportamiento?
 - a. El operante.
 - b. El condicionado.
 - c. El normal.

10. En la terapia centrada en el cliente, el terapeuta debe tener ciertas condiciones fundamentales para ejercerla. Señalar considerando las afirmaciones de Carl Rogers.
- Entrar en una relación intensamente personal y subjetiva con el cliente.
 - Actuar como una persona que trata a otra, en términos de amistad.
 - Aceptar con condiciones al cliente.

PROCESOS PSICOLÓGICOS BÁSICOS

A continuación, se le presentan una serie de afirmaciones, encierre en un círculo la alternativa correcta:

11. Los nociceptores son:
- Sensaciones.
 - Respuesta.
 - Receptores.
 - Estímulos.
12. La adaptación sensorial es:
- Cuando los sentidos están alertas.
 - Un proceso de percepción auditiva.
 - Una respuesta oculomotora.
 - Un ajuste sensorial por la exposición es un estímulo.
13. El umbral se clasifica según el tipo en:
- Igual y distinto.
 - Alto y pequeño.
 - Invariable y diferente.
 - Absoluto y diferencial.
14. La sensación es:
- Un proceso psicológico básico.
 - Un estímulo.
 - Una respuesta oral o escrita.
 - Captar la atención.

15. La percepción nos permite:

- a. Atender a los estímulos.
- b. Interpretar los estímulos recibidos.
- c. Recibir etiquetas.
- d. Demorar los estímulos.

Responda los siguientes enunciados, en los que debe determinar si son verdaderos (V) o falsos (F).

16. () Las ondas cerebrales delta se presentan en las etapas 1 y 2 del sueño.
17. () La catalepsia es la parálisis permanente de los músculos.
18. () La meditación con concentración, es abierta o expresiva.
19. () La cocaína es un potente estimulante del sistema nervioso central, que se extrae de las hojas de la planta de coca.
20. () Los calmantes aumentan la ansiedad y la tensión.

PSICOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD

De acuerdo a la información analizada, lea comprensivamente cada uno de los ítems y seleccione la respuesta correcta:

21. En la conceptualización de la personalidad, ¿cuáles son los temas que destacan?
- a. Predecir y explicar la naturaleza humana.
 - b. Cualidades y características del individuo.
 - c. Diferencias individuales y funcionamiento intrapersonal.
22. En el estudio científico de la personalidad, ¿cuáles son los propósitos de las teorías? Seleccione dos respuestas:
- a. Explicar un fenómeno que ya se conoce.
 - b. Provocar una reacción sobre un evento.
 - c. Predecir nueva información.
 - d. Crear leyes sobre el comportamiento.

23. Las teorías de la personalidad, ¿en qué aspecto se enfocan?
- En la naturaleza de la personalidad humana.
 - En el diagnóstico de las psicopatologías.
 - En la validez de sus constructos.
24. Para los psicólogos, ¿por qué es importante la evaluación de la personalidad? Seleccione dos respuestas:
- Ayuda a diagnosticar problemas.
 - Facilita el estudio de las características de la personalidad.
 - Permite tener una herramienta conceptual sobre la persona.
 - Permite conocer de forma exclusiva las necesidades del individuo.
25. Refiere que las personas tienen cualidades relativamente estables que se evidencian en diferentes escenarios y se encuentran profundamente incrustados en la persona. ¿A qué perspectiva hace referencia el enunciado?
- Psicoanalítica.
 - De los rasgos.
 - Motivacional.
26. Manifiesta que la personalidad de un individuo es la suma integrada de lo que la persona ha aprendido hasta la actualidad. ¿A qué perspectiva hace referencia el enunciado?
- Cognitiva.
 - Del aprendizaje social.
 - De la autorrealización.
27. En un grupo de estudiantes, determinar la relación entre inteligencia (coeficiente intelectual), estado nutricional y nivel de educación de los padres. ¿A qué tipo de investigación pertenece el ejemplo?
- Investigación correlacional.
 - Investigación experimental.
 - Investigación aplicada.

28. En la medición de la personalidad, los autorreportes piden a los sujetos que respondan a preguntas específicas, por lo general en el formato de opción múltiple. En las siguientes opciones identifíquelas:
- Cuestionarios.
 - Psicobiografía.
 - Psicohistoria.
 - Inventarios.
29. Cuando un investigador del ámbito de la personalidad aplica un retest (aplicar el mismo test a las mismas personas en dos momentos diferentes). ¿Qué tipo de confiabilidad busca determinar?
- Confiabilidad de consistencia interna.
 - Confiabilidad entre jueces.
 - Estabilidad a través del tiempo.
30. Determinada por el grado en el que la medición predice otras variables a pronosticar. ¿A qué tipo de validez hace referencia el enunciado?
- Predictiva.
 - De criterio.
 - Aparente.

PSICOFISIOLOGÍA

31. Los elementos fundamentales en la formación de la imagen física son:
- La energía portadora.
 - Un elemento separable en presencia de la energía portadora.
 - Una región del espacio donde se define la imagen.
 - Un mosaico sensorial donde se realiza la transducción.

- e. La corteza cerebral.
32. Señale cuál de los siguientes mecanismos pre-receptoriales tiene control eferente:
- La estructura laminar que rodea a la vibra en el receptor de Pacini.
 - Las fibras musculares intrafusales.
 - Las células «ciliadas» externas.
 - La pupila.
 - Las terminaciones libres que responden predominantemente a estímulos nociceptivos.
33. El mosaico sensorial realiza varias operaciones:
- Al cambio de portadora que ocurre a dicho nivel se denomina codificación.
 - Al cambio de portadora que ocurre a dicho nivel se lo denomina transducción.
 - A la generación de un tren de espigas modulado de acuerdo con los cambios de la imagen se denomina transducción.
 - La relación entre estímulos y respuestas se caracteriza por estar regulada por un conjunto de leyes o códigos. A la generación de un tren de espigas modulado de acuerdo con los cambios de la imagen se denomina codificación neural.

- e. La distribución de receptores determina el muestreo espacial.
34. Señale la opción correcta sobre transducción y codificación:
- a. En el proceso de transducción, los cambios en el potencial de membrana denominados potencial receptor de una célula receptora reflejan los estímulos.
 - b. La codificación periférica involucra a los mecanismos pre-receptores de formación de la imagen, los mecanismos de transducción y los mecanismos de codificación neural.
 - c. Hay dos formas de codificación de distinta complejidad: la excitación directa de las terminales nerviosas y la excitación indirecta a través de una célula especializada.
 - d. En el caso del corpúsculo de Pacini, el potencial receptor ocurre en célula receptora especializada de estirpe epitelial.
 - e. En el caso de la excitación indirecta como en la visión, el vestíbulo, o el oído, la energía actúa directamente sobre una

- terminal nerviosa. Allí el potencial receptor y el potencial generador coinciden.
35. Las respuestas a estímulos de larga duración se inician generalmente con un pico de actividad seguido de una atenuación que tiende a un valor estable. Este fenómeno, denominado adaptación, puede tener las siguientes características:
- Cuando se adapta muy lentamente, el receptor se denomina fásico, porque refleja fielmente el nivel estático del estímulo.
 - Cuando se adapta muy rápidamente, cayendo a cero en pocos milisegundos, el receptor se denomina tónico, dado que refleja mejor los cambios en el estímulo.
 - Los mecanismos involucrados en este proceso pueden depender de procesos pre-receptoriales, como en el caso del corpúsculo de Pacini.
 - Algunos receptores sensoriales fásicos tienen además la propiedad de rectificar el estímulo; tal es el caso de los corpúsculos de Pacini y de Meissner.

- e. El papel de la adaptación sensorial es privilegiar los cambios en los estímulos sensoriales, es decir, detectar novedades.
36. ¿Cuál es la definición de cefalalgia?
- Molestia persistente, presenta pesadez, tensión y torpor.
 - Dolor de cabeza efímero y pungitivo.
 - Aumento de volumen cerebral y presión de líquido cefalorraquídeo por presencia de tumor o procesos inflamatorios.
 - Molestias que persisten durante años sin que exista una psicosis.
37. La migraña puede ser causada por:
- Incremento por ácidos grasos (linoleicos) que facilita la liberación de serotonina.
 - Hipoglucemia.
 - El síndrome de la cola de caballo.
 - Termoanelgesia.
38. Son características de las convulsiones tónico clónicas excepto:
- Períodos alternantes de contracciones y relajación.
 - Generalizadas.
 - Pérdida del conocimiento.
 - Recuperación instantánea.
39. Características de convulsión atónica excepto:
- Recuperación rápida.
 - Contracciones rítmicas.
 - Pérdida súbita de la conciencia.
 - La persona cae al suelo.

40. Son trastornos del sueño, excepto:

- a. Parasomnias.
- b. Hipersomnias.
- c. Insomnio.
- d. Estrés.

NEUROPSICOLOGÍA

Apreciado estudiante, una vez que ha estudiado y consolidado la información en su memoria de largo plazo, le invitamos a resolver la siguiente autoevaluación que, si bien no tiene un peso en la calificación bimestral final, le servirá como un termómetro de su aprendizaje significativo.

41. La atención es:

- a. **Estrechar o** focalizar la conciencia selectivamente en una parte del entorno sensitivo o en una clase de estímulo.
- b. Es sinónimo de reconocimiento del conocimiento.
- c. Es sinónimo de conciencia.
- d. Focalizar la conciencia solamente en el espacio visual izquierdo.

42. () La conciencia es sinónimo de reconocimiento del conocimiento.

43. De acuerdo a la atención dividida:

- a. Se puede prestar atención hasta cuatro objetos a la vez.
- b. Se puede prestar atención hasta tres objetos a la vez.
- c. La capacidad para procesar información es ilimitada.
- d. Solo se puede procesar una determinada cantidad de información a la vez.

44. () Cuando se presenta un objeto en el campo visual izquierdo solo se activa la corteza parietal derecha.

45. La red del estado de alerta es controlada por:
- El sistema activador reticular ascendente.
 - La corteza prefrontal.
 - Las cortezas parietales derecha e izquierda.
 - La corteza occipital.
46. La amnesia de la primera infancia:
- Es la incapacidad para recordar acontecimientos de los primeros años de vida.
 - Es la amnesia que se da entre los cinco y los siete años.
 - Es una pérdida de memoria repentina y transitoria.
 - Es la que se produce en infantes que sufren de traumatismos craneoencefálicos.
47. La consolidación de la memoria consiste en:
- Que las memorias se borran completamente.
 - Que las memorias se almacenan de forma permanente.
 - Que las memorias se vuelven lábiles para nuevamente almacenarse.
 - Que las memorias se consoliden.
48. () La memoria explícita se clasifica en episódica y semántica.
49. La memoria semántica:
- Es por ejemplo, dibujar un objeto, pero viéndolo reflejado en un espejo.
 - Es por ejemplo, montar en bicicleta.
 - Corresponde a todo el conocimiento no autobiográfico.
 - Corresponde al conocimiento autobiográfico.
50. El sustrato de la memoria explícita es:
- El hipocampo, las cortezas renales y la corteza prefrontal.
 - La cisura calcarina.
 - La corteza occipital.
 - La corteza parietal.

[Ir al solucionario](#)



2.1. Entrevista psicológica

2.1.1. Fases de la entrevista

Es momento de revisar aquellas fases que permiten que la entrevista se desarrolle de forma adecuada. Para esto, es necesario recordar que la entrevista es un proceso y, como tal, cuenta con fases mínimas que se deben cumplir. Le invito a revisar detenidamente las páginas 177 a la 190, en donde encontrará una explicación profunda de esta temática.

Para realizar una entrevista se debe contar con habilidades como capacidad de ser flexible para amoldarse a las circunstancias específicas de cada persona y del contexto, y tener en cuenta las posibles variables con las que se encuentre a la hora de planificar la entrevista. Dichas habilidades van mejorando durante la constante práctica.

Seguidamente, estimado estudiante, se explican tres fases mínimas que toda entrevista psicológica ha de tener:

- **Fase inicial**

Esta fase inicial es la primera impresión mutua entre el entrevistador y entrevistado. Depende de esta el desarrollo de la entrevista y, cuando es el caso, de las futuras sesiones. Por tanto, en este primer momento es importante establecer *rapport* con el cliente, cabe mencionar que esta fase es muy breve.

- **Fase intermedia**

Para iniciar con esta fase se sugiere que se realice una pregunta abierta, así el cliente se sentirá libre de contar lo que quiera. El entrevistado es quien participa de forma más activa en esta parte porque responde las preguntas guiadas por el entrevistador, conforme pase el tiempo de la duración de la entrevista el entrevistado responderá de formas más confiadas y sus respuestas serán más largas.

- **Fase final**

Es la última fase, pero no por ello la menos importante, aquí se tiene que contar con toda la información necesaria, en este sentido, a continuación, se detallan ciertas condiciones que existen para que una entrevista termine:

1. Cuando el tiempo haya concluido.
2. Cuando se han alcanzado los objetivos.
3. Si el entrevistador o entrevistado se encuentren cansados.
4. Si existen dificultades que impidan continuar con la sesión.

2.1.2. El ámbito de la entrevista: salud

- **Definición y objetivos**

La entrevista es una herramienta fundamental dentro del proceso de evaluación psicológica. Existen cuatro pasos en general que usted debe tomar en cuenta, estos son:

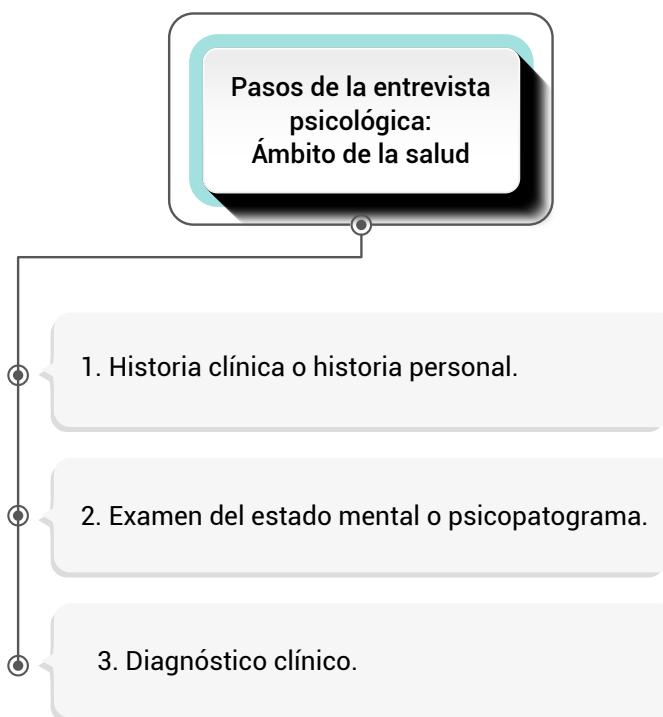
- Análisis del caso.
- Organización e información de los resultados.
- Planificación de la intervención.
- Valoración y seguimiento.

Estos cuatro pasos abarcan todo el proceso de la entrevista psicológica porque inicia con el análisis del caso para continuar con la organización e información de resultados con la finalidad de planificar la intervención y, finalmente, dar un seguimiento y valoración. Le invito a ampliar sus conocimientos con la revisión a profundidad de este apartado en las páginas 243 a 247 del texto básico.

- **Recogida de información: ¿Qué información recoger y cómo?**

Estimado estudiante, existen tres áreas que son necesarias evaluar al momento de recoger información, a continuación, se presenta un esquema que indica de forma general las particularidades de cada una de ellas.

Figura 12.
Pasos de la entrevista psicológica



Nota. Perpiñá, C. 2012. Manual de la entrevista psicológica. Ediciones Pirámide.

Mediante estos tres pasos se llega a concretar y entender lo que el cliente específicamente necesita y está solicitando.

- **Función de devolución de la entrevista**

Estimado estudiante, los contenidos que abordaremos esta semana usted los encuentra en el capítulo 9 del texto básico, cuyo objetivo es explicar los apartados que debe incluir una entrevista de devolución.

- **Definición y objetivos**

Concluido el proceso de evaluación es obligación del psicólogo realizar un resumen de los principales contenidos tratados para trasladarlos al entrevistado o cliente. Se entiende como "entrevista de devolución" porque se forma una vez que ha terminado el proceso de evaluación psicológica. Recuerde, estimado estudiante, que es necesario informar al cliente o a quien haya solicitado el proceso de evaluación, cuáles son los resultados del evaluado.

Recuerde, estimado estudiante, que la devolución consiste en una explicación sencilla, comprensible y justificada de lo que le sucede a un cliente-paciente.

Avancemos con el siguiente tema.

- **Tareas y habilidades específicas**

En la entrevista de devolución existen seis tareas que se deben cumplir que tienen como finalidad promover un cambio de significado en el cliente, asegurarse de que él comprende las explicaciones y explorar las reacciones a la información que se le está brindando en ese momento.

En la siguiente infografía, denominada tareas y habilidades, encontrará el argumento teórico.

- **Situaciones y/o clientes de especial complejidad**

En ocasiones, en la consulta psicológica, los clientes no colaboran dentro del proceso de la devolución de los resultados obtenidos de su evaluación. Es así que hay que estar preparados para trabajar en contextos o situaciones hostiles, estresantes y con pacientes resistentes. La actitud de este tipo de pacientes se debe a algunas circunstancias, entre las más frecuentes por lo general tenemos: 1) que el cliente no haya demandado la atención psicológica, 2) que haya sido solicitada por un juez, un familiar o tutores.

2.1.3. El ámbito de la entrevista: laboral

- **Entrevista de selección**

Dentro del ámbito laboral, una de las funciones más representativas del psicólogo es la de selección y evaluación de personal, esta función vital para la organización integra aspectos como la realización de entrevistas de evaluación y selección, entrevista con supervisores y trabajadores, realización de pruebas aptitudinales, de personalidad, de motivación y de adecuación al puesto de trabajo, evaluación de condiciones específicas, realización de informes, entre otras.

A continuación, conoceremos algunas definiciones y el objetivo de la entrevista en el ámbito laboral.

- **Definición y objetivos**

La entrevista de selección se desarrolla como un proceso de comunicación cara a cara entre los entrevistadores (o el entrevistador) y el candidato al puesto. Es una entrevista más o menos estructurada, de carácter bidireccional y en el que se comparte información relevante para ocupar un puesto de trabajo determinado.

Por una parte, los entrevistadores informan al candidato sobre el puesto de trabajo y la organización a la que desea incorporarse y, por otra, el aspirante informa aspectos propios para que los entrevistadores determinen si posee las características o competencias exigidas.

- **Objetivos**

Los objetivos que persigue la entrevista laboral se centran en la selección del personal adecuado para la organización y en dar a conocer las características de las condiciones de trabajo de una empresa.

- **Ámbitos de actuación**

El ámbito de actuación está muy ligado a los departamentos de recursos humanos, pues dentro de estas dependencias se desarrolla la función de selección de personal, valores de la cultura organizacional propia, la responsabilidad social corporativa y aspectos éticos y legales.

La entrevista de selección de personal engloba diferentes etapas:

1. Elaboración de perfiles de puestos y de requisitos.
2. Técnicas de selección (entrevistas, pruebas de conocimientos).
3. Informe de selección.
4. Toma de decisiones de selección.
5. Integración.

Estimado estudiante, le invito a que lea detalladamente los capítulos 13 y 14 del texto básico para que pueda profundizar el estudio de estos temas.

2.1.4. El ámbito de la entrevista: educativa

- **Definición y objetivos**

Un aspecto importante a tomar en cuenta es que este tipo de entrevistas debe realizarse preferencialmente por psicólogos educativos, ya que

el objetivo de su labor radica en la reflexión e intervención sobre el comportamiento humano dentro del ámbito educativo.

El autor del texto básico nos menciona que la entrevista en el contexto educativo se puede definir "como la vista, concurrencia y conversación entre dos o más personas para un fin determinado, relacionado con los procesos educativos y de aprendizaje" (Perpiñá, 2012, p. 400). Lo que se busca a través de esta es brindar información al estudiante o solucionar algún problema puntual, como lo hemos mencionado está dirigida principalmente a estudiantes, sin embargo, no se puede dejar de lado la participación de padres y educadores.

En cuanto a su estructura, la entrevista educativa es semiestructurada y directiva, tanto en la *fase inicial* y *final*, el autor del texto nos recomienda el uso de preguntas abiertas y menos dirigidas, en cuanto a la *fase central*, en la que es necesario obtener la información de interés, se debe recurrir a preguntas cerradas y dirigidas que detallen los hechos.

Recuerde que la entrevista en este ámbito va dirigida no solo a niños y adolescentes sino también a sus padres y a los docentes del centro educativo, esto con el fin de obtener mayor información y poder contrastarla con actores directos de su desarrollo familiar y social.

■ **Ámbito de actuación**

El principal ámbito de actuación de este tipo de entrevistas es la orientación educativa que se convierte en el proceso de ayuda por parte del psicólogo para guiar al estudiante no solo en la selección de su futura profesión sino también en el proceso de aprendizaje ante la educación que recibe. A pesar de que la orientación es el ámbito principal, esto no quiere decir que sea el único, a continuación, se enumeran los principales y más frecuentes según el autor del texto base:

- Orientación educativa y profesional.
- Escuelas para padres.
- Investigación educativa.
- Diagnósticos de intervención educativa escolar.
- Asesoría clínica-educativa (problemas de aprendizaje).
- Análisis y diseño curricular.
- Capacitación docente.

Un aspecto importante que se debe considerar, sobre todo en la educación primaria, es la relevancia de llevar a cabo el proceso de la entrevista con los padres o representantes legales de los niños; pues como ya se expuso en el bimestre anterior los niños debido a su corta edad pueden brindar información ambigua o malinterpretar el contexto de la entrevista, por lo que es necesario conocer las opiniones de sus representantes.

Apreciado estudiante, de esta forma hemos concluido con los contenidos de esta área de la psicología, sin duda han sido de mucho interés e importancia para su formación profesional.

Sigamos adelante.



Semana 7

2.2. Evaluación psicológica

2.2.1. Modelos de evaluación psicológica

- **Formulación teórica**

Cada uno de los seis modelos cuenta con su propio sustento teórico. Cada modelo presenta una forma distinta de concebir la conducta normal y anormal, y los trastornos psicológicos variables relevantes en el desarrollo y mantenimiento de dichas conductas y trastornos. Como vemos, en la mayoría de los casos la conducta (C) se da en función (f) de la persona.

Modelo del atributo: $C = fP$

Modelo médico: $C = fP$ y $C = fO$

Modelo Conductual: $C = fA \times P$

Modelo Cognitivo: $C = fP$

Modelo construcciónista: $C = fP$

- **Clases de variables**

Cada modelo estudia un conjunto de variables diferentes. Por ejemplo, el modelo del atributo analiza variables intrapsíquicas obtenidas mediante procedimientos empíricos. Para conocer qué variables abordan cada modelo, le recomiendo leer el texto base, capítulo 1, en el tema que corresponde a este apartado.

- **Métodos básicos y técnicas**

El método de evaluación empleado es la forma de operacionalización de las variables de estudio y, por ende, es de enorme importancia a la hora de enjuiciar un determinado modelo. Para profundizar esta temática le invito a revisar la infografía titulada: "Objetivos y técnicas de los modelos de evaluación psicológica", que se encuentra al final de esta semana, en el cual se detallan qué técnicas ocupa cada modelo de evaluación psicológica.

- **Niveles de inferencia**

Existen cuatro de niveles de inferencia:

Nivel I: es entendida como muestra.

Nivel II: relación o correlato.

Nivel III: lo obtendremos si ese conjunto de conductas que covarián y a las que llamamos depresión se convierten en una entidad explicativa.

Nivel IV: se entiende como una completa teoría.

- **Objetivos**

Cada uno de los modelos persiguen objetivos específicos, para saber cuáles son le invito revisar la infografía titulada: "Objetivos y técnicas de los modelos de evaluación psicológica" ubicada al final de esta semana, en la cual se detalla de forma más clara esta temática.

- **Ámbitos de aplicación de la evaluación psicológica**

Existen tres ámbitos de aplicación:

- Clínico.
- Educativo.
- Organizacional.

Estimado estudiante, hemos llegado a finalizar esta semana, sin embargo, les sugiero que para que identifique los aspectos relevantes de los modelos de evaluación psicológica es necesario leer el Recurso Educativo Abierto con el tema denominado "Evaluación psicológica: modelos, técnicas y contextos" (Casullo, 2009).

En este artículo científico, usted aprenderá que un modelo va aumentando la producción y lo convierte en una teoría y otras categorías conceptuales.

Una vez que ha realizado la lectura del artículo sugerido, le invitamos a que extraiga las ideas principales y elabore un resumen en el cual pueda responder las siguientes interrogantes:

¿Qué características tiene el contexto cultural y social de hoy y cómo puede estar afectando, influyendo a aquello que pensamos y aquello que decimos?

El objetivo pedagógico de estas lecturas es que reconozca o analice cuándo un modelo se transforma en teoría.

Para complementar esta información, le invito a revisar la infografía "Objetivos y técnicas de los modelos de evaluación psicológica" en la cual constan los objetivos y técnicas de evaluación psicológica.

Finalmente, para conocer con mayor detalle la información con respecto a la formulación teórica de cada modelo de evaluación psicológica, es necesario que revise el contenido del capítulo 1 del texto básico: Conceptos y modelos básicos del texto de estudio.

¡Ánimo sigamos avanzando con el estudio de la siguiente unidad!

2.2.2. El proceso como procedimiento científico y sus variantes: El proceso: su enfoque descriptivo-predictivo

▪ El proceso de evaluación: generalidades

Se entiende como evaluación psicológica al estudio científico que se realiza del comportamiento humano, sea este individual o grupal, e independientemente del tipo de enfoque con el cual se maneje dicho proceso.

▪ El proceso: su enfoque descriptivo-predictivo

Cuando se plantea una evaluación psicológica, el evaluador se sitúa como un observador participante y un recolector de información sobre el caso que tiene que manejar con objetividad y ética la información recolectada y a la cual le dará un uso basado en el principio de confidencialidad.

Fase 1. Primera recogida de información

La intencionalidad inicial del psicólogo evaluador es poder identificar la demanda real del caso; esta demanda puede venir del planteamiento de la persona que será evaluada o de terceros que han generado preocupación o alarma frente a determinados patrones, conductas o expresiones (médico, juez, padres o familiares) que las asumen como fuera de la "norma".

Fase 2. Formulación de hipótesis y deducción de enunciados verificables

Esta fase se construye con toda la información recuperada en la fase 1 y se realiza en función de las observaciones realizadas e informaciones recibidas, tanto por medio de las entrevistas como por los datos de archivo.

Estimado estudiante, hemos finalizado esta semana de estudio, para comprender mejor las dos primeras fases, le invito a revisar la presentación "El proceso como procedimiento científico en sus variantes: Fase 1 y 2" en la cual encontrará una explicación ampliada de los contenidos.

Fase 3. Contrastación: administración de test y otras técnicas de evaluación

Esta fase está integrada por tres subfases:

1. Preparación y planificación de los instrumentos a utilizar.
2. Administración de los tests y técnicas seleccionadas a través de los procedimientos establecidos.
3. Análisis de los resultados en orden a la comprobación de las hipótesis.

¡Ánimo, sigamos avanzando con el estudio de la siguiente fase!

Fase 4. Comunicación de los resultados: el informe

Todo proceso de evaluación concluye con la integración de los resultados obtenidos y la comunicación de estos al paciente.

¿Cómo le pareció el estudio de esta unidad? ¡Verdad que muy interesante! Para profundizar los contenidos abordados en esta semana le invito a revisar la presentación "El proceso como procedimiento científico en sus variantes: Fase 3 y 4".

Fase 5. Plan de tratamiento y su valoración

Esta fase constituye la teoría sobre el caso, se determina cuáles son las variables causales y/o las que están asociadas funcionalmente al problema, ya que se supone que lo mantienen y/o controlan. Lo que se debe comunicar al individuo, ya que con ello se habrán tomado decisiones de cómo se va a proceder para producir el cambio demandado.

Para profundizar el tema estudiado en esta semana, le invito a revisar el capítulo 2 del texto básico e interiorizar la figura 2.1.b. Fases del proceso interventivo-valorativo, además, revisar la presentación “El proceso: su enfoque interventivo-valorativo: Fase 5”.

Fase 6. Tratamiento: diseño y administración

Se entiende por tratamiento a cualquier tipo de intervención de carácter psicológico que busca el cambio de comportamiento o de otros patrones o expresiones psicológicas del sujeto objeto de estudio. Ballesteros (2011) manifiesta que en esta fase se entremezclan actividades de intervención y de valoración.

Además, en esta fase es necesario tener en cuenta que en diseño N=1 se requiere la evaluación continua o de medidas repetidas.

Fase 7: Valoración y seguimiento

Según Ballesteros (2011), en esta fase llegamos al momento clave del proceso experimental en el que tratamos de responder a un objetivo de modificación y de cambio. Por tanto, se da énfasis en la subfase seguimiento que consta de seis etapas.

Técnicas e instrumentos de evaluación psicológica.

2.2.3. La observación

▪ Definición

Para Ballesteros (2011) la observación es la estrategia fundamental del método científico, y, por lo tanto, cualquier técnica de recogida de información en evaluación psicológica conlleva, de una u otra forma, la observación.

Además, la observación es una conducta humana universal que da importancia a la relación básica que existe entre el observador y el objeto, o hecho que se observa; dentro de la cual existe una intencionalidad de identificar determinados elementos mediante la utilización de ciertos protocolos que permiten llevar a cabo una anotación sistemática porque esta característica le permite validarla con calidad científica.

Le invito a profundizar sus conocimientos acerca de la observación.

- **Unidades de análisis**

Las unidades de análisis son el conjunto de eventos conductuales que pueden presentar distintos grados de molaridad-molecularidad, entre estos podemos encontrar:

- Continuo del comportamiento.
- Atributos.
- Conductas.
- Interacciones.
- Productos de conducta.
- Medidas reactivas
- Medidas no reactivas
- Unidades de medida.
- Ocurrencia.
- Orden.
- Frecuencia.
- Duración.
- Dimensiones cualitativas.

Estimado estudiante, para profundizar en el estudio de esta semana le sugiero dar lectura al capítulo 6 del texto básico, apartados de "introducción y unidades de análisis", además, le invito a revisar la presentación denominada "La observación" en la cual encontrará una explicación ampliada de los contenidos de esta semana.

- **Técnicas de registro**

En este apartado se realiza un análisis de las técnicas de registro que se han utilizado desde los enfoques psicodinámicos, constructivistas y conductuales, también se señala que la estructuración de un registro puede depender también de la fase en que se efectúa la observación, por

ende, es necesario estudiar la forma de operativizar el evento a observar, fundamentalmente cuando no existen códigos tipificados sobre el fenómeno objeto de estudio.

- **Muestreo**

Una de las tareas que ha de emprender el observador es establecer no solo qué observar, sino cuándo y cómo hacerlo.

Cuando un evaluador decide utilizar la observación y no es factible u operativo realizar registros continuos, ha de tomar decisiones importantes que implican diferentes clases de muestreo que se los puede apreciar a continuación.

Muestreo de tiempo. - La observación comprende una serie de tiempos entre los que se menciona la duración de la observación, las sesiones a realizarse, el periodo de tiempo a utilizar y los intervalos de observación/registro.

Muestreo de situaciones. - Este tipo de muestreo se utiliza con la finalidad de comprobar la generalidad de las conductas objeto de estudio o su especificidad y, en definitiva, el universo de generalización de las situaciones.

Muestreo de sujetos. - Este tipo de muestreo está en íntima relación con los restantes tipos de muestreo y para esto es necesario muestrear a los sujetos en cuanto se desee observar a un número total de individuos de los que se quiera tener información.

- **Lugar de la observación**

Cuando se habla de observación sistemática se hace referencia a aquella que se produce en la situación natural, por este motivo, dentro de este apartado se analizará la observación en situaciones naturales y artificiales.

- **Autoinformes**

- **Definición**

El autoinforme se refiere a la recogida y registro de información sobre sí mismo, con el objetivo de comprender o ajustar determinada conducta; para Ballesteros (2012), el auto informe es el mensaje verbal que un sujeto emite sobre cualquier tipo de manifestación propia.

- **Características de los autoinformes**

Es evidente que, para la elaboración del autoinforme, el individuo se apoya en la memoria, y para la construcción y reproducción de esta información, indudablemente en el pensamiento y el lenguaje.

Así, contamos con parámetros bien conocidos, tales como el tipo de información que se requiere, **el tiempo** al que se refiere la información demandada (pasado, presente, concurrente y futuro), **el nivel de elaboración** que exige del sujeto para contestar a la demanda acerca de diferentes tipos de manifestación (motora, fisiológica, cognitiva, experiencia subjetiva, sobre tales comportamientos o construcciones globales sobre sí mismo y el mundo), **el grado de accesibilidad o contrastación del autoinforme** (accesible, potencialmente accesible, no accesible por sí "inventable" y contrastable mediante criterios externos o contrastación intersubjetiva), y, finalmente, **las inferencias** (directa o isomórfica, e indirecta o inferencial) que el evaluador realiza sobre la información suministrada.

- **Principales tipos de autoinformes**

Dentro de las diferentes características de los autoinformes encontramos cuatro más importantes: los cuestionarios, inventarios y escalas de adjetivos, el autorregistro, las técnicas de pensamiento en voz alta, la entrevista y la autobiografía.

Entonces, en conclusión, los autoinformes pueden ser manipulados por los sujetos evaluados, por ello es menester pedir a los pacientes la mayor sinceridad posible y así evitar errores, ahora es tiempo de ver detenidamente cada uno de ellos, a continuación, trato de explicarlo.

Simulación.- Se da cuando el sujeto tiene el deseo deliberado de falsear sus respuestas o simulación.

Deseabilidad.- Es la explicada a través de la tendencia no voluntaria de los sujetos a dar una imagen de sí mismos socialmente deseable.

Tendencias de.- Existen dos tipos de respuesta:

- Asentimiento: tendencia a responder sí.
- Errores escalares: responden en el centro o a los extremos.

Estimado estudiante, una vez que hemos analizado y estudiado brevemente el contenido de la presente unidad, le invito a revisar la presentación de los autoinformes en el cual encontrará una explicación ampliada de los contenidos de esta semana.

2.3. Diagnóstico psicológico

2.3.1. Evaluación para el diagnóstico

Sin duda alguna, las relaciones existentes entre el diagnóstico y la evaluación psicológica son múltiples y complejas, hasta el punto de que para algunos autores ambos términos se refieren al mismo proceso, mientras que para otros son conceptos que se excluyen mutuamente y que representan los polos de dos acercamientos distintos a los problemas clínicos.

- **El diagnóstico en el proceso de evaluación clínica**

Con estos antecedentes, es importante que analice la siguiente pregunta:

¿En qué consiste el diagnóstico en el proceso de evaluación inicial?

Basada en lo propuesto por Muñoz (2010), autor del texto básico, la evaluación y diagnóstico psicológico puede definirse como el proceso de evaluación y medida de los factores psicológicos, biológicos y sociales. Por su parte, el diagnóstico es el proceso por el cual se determina si los problemas que afectan a una persona cumplen todos los criterios de un trastorno psicológico que vienen explicados en las clasificaciones diagnósticas.

Entonces, a manera de conclusión, se conceptúa el diagnóstico como un aspecto del proceso global de evaluación psicológico, es decir, la evaluación y diagnóstico engloba el diagnóstico como una de sus tareas y posibilidades de actuación. Y, además, es relevante resaltar que la interacción entre ambos resulta enriquecedora.

De seguro toda esta información le parece muy interesante, recuerde que puede ampliarla en su texto básico en la unidad 3, específicamente en el apartado 1.1: El diagnóstico en el proceso de evaluación clínica.

Luego de conocer este proceso de evaluación y diagnóstico, es momento de analizar y conocer los sistemas de diagnóstico actuales, es decir, la clasificación de la psicología clínica con base en el manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.

- **Formas o técnicas de proceder en el diagnóstico psicológico**

Es importante que revisemos las herramientas diseñadas para facilitar el diagnóstico. Las mismas que según el autor del texto, Muñoz (2010), son las que se explican a continuación. Sin embargo, antes de explicar brevemente cada una de estas técnicas, le invito a que revise en su texto básico o en otras fuentes **la importancia de utilizar estas técnicas en un proceso de evaluación y diagnóstico.**

Muy bien, ahora sí, una vez revisada la importancia de la utilización de estas técnicas, le invito a leer detenidamente el breve resumen de cada una de ellas. No olvide ampliar la información en su texto básico en la unidad 3, específicamente en el apartado 3.3.

Estas técnicas pueden ser:

- *Cuestionarios.*
- *Entrevistas estructuradas.*
- *Entrevistas semiestructuradas.*

Recuerde que podrá profundizar estos conocimientos en su texto básico, en la unidad 3, sobre todo en los cuadros 3.4, 3.5, 3.6, 3.7 y 3.9. En estos se realiza una explicación detallada de los diversos instrumentos que permiten realizar dichas entrevistas.

Una vez conocidos los principales instrumentos y estrategias diagnósticas y su utilidad, es necesario volver a recordar que la mejor estrategia diagnóstica posible para un psicólogo como "regla de oro", la misma que consiste precisamente en *completar el proceso de evaluación psicológica.*

- **Identificación del problema**

Una vez tomada la decisión durante los minutos de la exploración inicial de continuar con la evaluación mediante una entrevista clínica del cliente, el siguiente objetivo, según Muñoz (2010), consiste en la **identificación de los problemas de la persona.** Para ello se tendrá que plantear las siguientes preguntas:

¿Cuáles son las principales quejas que presenta el paciente o cliente?

¿Cuáles son los principales motivos de sufrimiento del paciente?

¿Cuál es el malestar que tiene el paciente o la persona que será parte de la evaluación y diagnóstico psicológico?

Cabe señalar que, en el momento de comenzar a analizar el problema existencial de la persona, desde una perspectiva cada vez más molecular, el primer paso intenta *identificar y aislar los principales problemas para, posteriormente, poder analizarlos de forma individual*. Las primeras respuestas a las preguntas acerca del motivo de consulta y el conveniente desarrollo de hipótesis iniciales a partir de la información recogida en la exploración inicial sirven de guía durante estos primeros momentos.

Al empezar a determinar los problemas en el proceso de evaluación y diagnóstico, es relevante contestar a la siguiente pregunta:

¿Qué son los problemas en el proceso de establecer un diagnóstico?

Para dar respuesta a esta interrogante puede revisar en su texto básico en el apartado 4.1.1 de la unidad 4.

Finalmente, la identificación de problemas debe concluir con una **lista que recoja todos los problemas para su posterior análisis descriptivo y funcional**.

Con toda esta información como antecedente, es momento de abordar las formas o técnicas que permiten la identificación de dichos problemas.

- **Formas o técnicas para identificar problemas**

Cabe señalar que la búsqueda adecuada de los problemas constituye uno de los puntos esenciales a la hora de realizar una evaluación y diagnóstico psicológico; por ello, es importante que los problemas sean adecuadamente identificados y definidos en términos lo más descriptivo posibles, de forma que en las siguientes fases sepamos a qué nos referimos y se reduzcan al máximo las interpretaciones inadecuadas de los diversos sucesos.

Es relevante que se tenga claro, y según lo expresa el autor del texto Muñoz (2010), que la mayoría de los problemas deben *identificarse en los primeros momentos de la evaluación, algunos en la primera fase de la entrevista, pero*

no podemos olvidar que también pueden aparecer problemas a lo largo de proceso, a los cuales de igual forma hay que prestarles atención.

Dada la importancia que reviste esta parte inicial en el proceso de evaluación y diagnóstico, es recomendable **emplear diversas técnicas y estrategias**, las mismas que según el autor del texto básico pueden ser:

A. Entrevistas:

Para empezar a abordar este tema, es importante que recuerde los conocimientos adquiridos anteriormente y responda a la siguiente pregunta:

¿Qué es una entrevista psicológica?

No olvide que para dar respuesta a esta pregunta puede revisar su texto básico en el apartado 4.1.2 de la unidad 4.

Entonces, a manera de resumen y concluyendo lo expresado por Muñoz (2010), se puede decir que la entrevista es utilizada en la mayoría de los casos pues representa un papel determinante como coordinadora de todo el proceso, pero no hay que perder de vista la necesidad de contrastar los datos obtenidos en ella con los provenientes de otras técnicas como los cuestionarios, autoobservaciones, etc.

Para conocer los diversos tipos de estrategias a utilizar en una entrevista, le invito a revisar el cuadro 4.1 de la unidad 4.

De seguro este tema le pareció fascinante, a continuación, revise las siguientes estrategias propuestas por el autor del texto, Muñoz (2010), las mismas que podrá utilizarlas en la entrevista, estas le ayudarán a clarificar su estudio:

- **Preguntas abiertas;** las mismas que facilitan mucha información.
Ejemplo: *Hábleme de su problema.*
- **Preguntas cerradas;** señala información en un sentido predeterminado. Ejemplo: *¿Ese fue su primer ataque de pánico?*
- **Expresiones mínimas verbales;** indica nuestra atención, además ayudan a continuar y sirven de recompensa durante la entrevista.
Ejemplo: “aja”, “bien”, “mmm”, etc., *mover la cabeza afirmativamente, cerrar los labios con fuerza*, etc.

- **Reflejo;** confirma que el entrevistador está escuchando. Ejemplo: *¡Así que usted suda mucho y le late el corazón muy rápido!*
- **Estructuración verbal de la entrevista;** especifica la estructura de la entrevista, especialmente los puntos de transición. Ejemplo: *Hemos hablado en gran detalle sobre su problema, pero, ¿hay algo más que le preocupe?*
- **Parafraseo;** permite confirmar información, clarifica y resume ofreciendo al paciente nuevas perspectivas sobre su situación. Ejemplo: *¿Así que el problema comenzó hace 18 años y ?, ¿es así?*

Recuerde que podrá profundizar estos conocimientos en su texto básico, en la unidad 3, sobre todo en los cuadros 3.4, 3.5, 3.6 y 3.7. En estos se realiza una explicación detallada de los diversos instrumentos que permiten realizar dichas entrevistas.

Ahora continuemos con otra técnica que nos permite identificar problemas, me refiero a los cuestionarios.

B. Cuestionarios:

La utilización de cuestionarios para identificar problemas es una de las alternativas complementarias a la entrevista, por ello, es relevante que tenga claro lo expresado por el autor del texto básico donde nos manifiesta que estos cuestionarios pueden utilizarse en dos momentos del proceso de evaluación y diagnóstico con distintas intenciones y posibilidades.

Para ampliar esta información, recuerde revisar en su texto básico en la unidad 4, específicamente en el apartado 4.1.2: Formas o técnicas de identificar problemas.

A continuación, vamos a revisar una tercera técnica o forma que permita identificar los problemas:

C. Autorregistros:

El uso de los autorregistros tiene algunas ventajas propuestas por el autor del texto básico, Muñoz (2010), pues activan al paciente o cliente desde el principio del proceso de evaluación y diagnóstico, es decir, desde el inicio se entran en autoobservación, ayudan a retribuir mejor los sucesos y sirven como medidor del cambio posterior. Sin embargo, no podemos

olvidar los posibles inconvenientes que se pueden presentar al utilizar esta técnica en los momentos iniciales, como la falta de entrenamiento en autoobservación y la posible poca colaboración en ella debido en gran medida a la incomprendión por parte del paciente de su importancia.

Le invito a que amplíe esta información en su texto básico y preste atención al cuadro 4.4 donde se presenta un ejemplo de un autorregistro para identificar problemas

Una cuarta técnica que permite identificar los problemas durante el proceso de evaluación y diagnóstico es:

D. Entrevistas con informantes: los mismos que según el autor del texto básico pueden ser familiares, tutores, profesionales, etc.

Cabe señalar, estimado estudiante, que es de suma importancia contar con información y colaboración del entorno del paciente en la mayoría de problemas que se abordan en psicología. Desde el principio debemos informar al paciente de que se indagará algunas situaciones con las personas que participarán como informantes, se le puede decir de la siguiente forma: *vamos a tratar de hablar con sus familiares y posiblemente les pidamos que colaboren en la intervención, ¿está usted de acuerdo?, ¿con quién cree usted que podríamos hablar?*

Y, finalmente, tenemos otras técnicas, que permiten identificar los problemas, estas son:

E. Otras técnicas: proyectivas, técnica de ideales en la vida, etc.

Es importante indicar, según lo expresa el autor del texto básico, que las técnicas estudiadas hasta el momento bastan para identificar los problemas con suficiente garantía de calidad y precisión, sin embargo, existen casos en los que los clientes no presentan quejas explícitas, a pesar de las entrevistas y de los otros métodos, no consiguen exponerlas, en estos casos se pueden recurrir a estas otras técnicas.

Estos temas se encuentran ampliamente desarrollados en el texto básico; recurra al mismo y en la temática pertinente, lea detenidamente y subraye las ideas principales.

Antes de pasar a revisar las estrategias para construir la lista de los problemas, a continuación, lea la siguiente presentación de PowerPoint

denominada "entrevistas psicológicas", la misma que tiene como finalidad que reconozca, mediante ejemplos, cada una de las formas o estrategias de recoger información utilizando las entrevistas psicológicas y que permiten identificar los problemas. Con lo antes revisado, le invito a responder estas interrogantes, ¿por qué son útiles las entrevistas psicológicas en el proceso de evaluación y diagnóstico?, ¿qué información dentro del proceso de evaluación y diagnóstico psicológico permiten recoger las entrevistas psicológicas?

- **Características, funciones y estrategias de la evaluación durante el tratamiento**

Además, según lo expresa el autor del texto básico Muñoz (2010), es importante tener claro que este seguimiento permitirá la puesta en marcha de las estrategias más adecuadas a las circunstancias vitales de la persona y su contexto, sin olvidar que los cambios pueden deberse al tratamiento; por ejemplo, debemos identificar los efectos de una exposición a diversos estímulos, pero igualmente hemos de permanecer atentos a posibles cambios laborales o situaciones familiares que puedan afectar positivamente o de forma negativa a la marcha de la intervención.

De este modo, según lo expresa el autor del texto básico, la evaluación durante el tratamiento debe cumplir las siguientes funciones:

- *Identificar los posibles cambios en las variables próximas.*
- *Identificar los posibles cambios en variables distantes.*
- *Ayudar a detectar los cambios en las variables interviniéntes, generalmente menos predecibles.*

Entonces, podemos indicar que la evaluación, durante el tratamiento, tiene el objetivo principal de identificar los posibles cambios en el comportamiento, ambiente y, en general, la situación vital del paciente a lo largo de la intervención, debido a los efectos propios del tratamiento como a los efectos de posibles variables interviniéntes en el proceso.

Además, es relevante tener claro que para poder determinar el nivel de eficacia del tratamiento, una de las funciones principales consiste en ir identificando cambios que afectan a sus objetivos y a la lista de problemas de paciente, permitiéndonos seguir el proceso de cambio, identificar tempranamente los problemas que puedan entorpecerlo y decidir cuándo la intervención ha conseguido sus objetivos.

A continuación, se explicarán las estrategias de evaluación durante el tratamiento que permitirán dar seguimiento y observar los resultados, estas estrategias expuestas por Muñoz (2010), autor del texto básico, son las siguientes:

1. En primer lugar, no podemos dejar de lado los **indicadores de cambio** que son fundamentales, previo a la aplicación de cualquier técnica o estrategia de evaluación.
2. De igual forma, como los indicadores de cambio, tenemos las **entrevistas, las mismas que** constituyen un elemento básico previo a utilizar cualquier técnica de evaluación, y se utilizan como estrategia de evaluación del cambio a lo largo del tratamiento.
3. **Cuestionarios, inventarios y escalas,** el uso de cuestionarios, según el autor del texto, puede aportar una visión más cuantitativa al juicio clínico derivado de las estrategias de entrevista.
4. Otra estrategia son los **autorregistros continuados**, los mismos que pueden considerarse como el método más recomendable para llevar a cabo una evaluación del cambio a lo largo del tiempo. Los distintos procedimientos de autorregistros cuentan con varias ventajas para acompañar a las entrevistas y los cuestionarios en esta fase del proceso de la evaluación y diagnóstico psicológico.
5. **Informes de terceras personas,** este tipo de informes es especialmente útil para contrastar nuestra información. Estos informantes pueden ser familiares, amigos o personas que viven con la persona evaluada.
6. **Instrumentos compuestos,** con el fin de dar respuesta a la demanda de instrumentos de evaluación que permitan monitorizar el cambio durante y una vez terminado el tratamiento, se han creado algunos instrumentos compuestos de medida del cambio válidos para emplearse durante y tras el tratamiento.

Seguro este tema le parece interesante, no olvide de profundizar estos contenidos en su texto básico, en la unidad 7, específicamente en el apartado 7.1.



Semana 8

Repaso de los contenidos del bimestre

1. Fundamentos teóricos e históricos de la psicología.
2. Procesos psicológicos básicos
3. Psicología de la personalidad.
4. Psicofisiología.
5. Neuropsicología.
6. Entrevista Psicológica.
7. Evaluación Psicológica



Segundo bimestre

Resultado de aprendizaje 1

- Selecciona, diseña y aplica modelos de intervención en el contexto comunitario y social, que permite el alivio del sufrimiento psicológico individual y/o grupal, garantizando un tratamiento caracterizado por el uso correcto de la técnica, la relación y el estilo personal del tratante, desde un enfoque integral y disciplinar (multi, inter y trans- disciplinar); de la misma forma sistematiza y aplica los conocimientos para su modalidad de titulación, y los redacta adecuadamente según la demanda.

Estimado estudiante, el presente resultado de aprendizaje le permitirá aproximarse a reconocer los fundamentos biológicos, históricos y psicológicos en el ámbito de la conducta humana, así como a reconocer los elementos principales relacionados con los procesos psicológicos básicos, fundamentos históricos y teóricos de la psicología, psicología de la personalidad neuropsicología y psicofisiología.

Contenidos, recursos y actividades de aprendizaje



Semana 9

2.4. Redacción de informes psicológicos

2.4.1. Conceptualización y tipos de informes psicológicos

Dentro del quehacer psicológico es importante recordar tres procedimientos básicos, la observación, la entrevista y la aplicación de reactivos (test psicológicos) que permiten realizar una correcta evaluación psicológica (Balarezo y Mancheno, 2003). Todo este procedimiento debe ser plasmado en el informe psicológico que, de acuerdo con Cattaneo

(2005), es un documento que certifica la labor del profesional y en él se verá reflejada su competencia para analizar y elaborar los datos aportados por las diferentes técnicas.

■ **Normas y guías para el informe**

Para realizar un correcto informe psicológico es importante conocer las características científicas y éticas, las mismas que se encuentran reguladas por el código deontológico del psicólogo, es decir, son normas, principios y reglas que rigen el quehacer psicológico (Colegio Oficial de Psicólogos en Madrid, 2010).

En cuanto a las características éticas, el informe debe ser:

- Confidencial.
- Solicitar autorización para comunicar la información a terceras personas.
- Evitar etiquetas devaluadoras y discriminatorias.
- Cuando la evaluación es solicitada por terceras personas (padres, tutores, jueces) tendrán derecho a ser informados del proceso de evaluación o intervención.
- Los informes psicológicos solicitados por instituciones u organizaciones estarán sujetos al derecho de confidencialidad.
- Los informes psicológicos deben ser claros, precisos, rigurosos y comprensibles para el destinatario (Fernández-Ballesteros, 2011).

■ **Tipos de Informes**

Fernández-Ballesteros (2011) propone los siguientes tipos de informes:

- Basado en las técnicas.
- Basado en el problema.
- Basado en la teoría.

Esta información la puede encontrar de forma más detallada en la presentación denominada "Tipos de informes psicológicos". Y en el texto

básico "Evaluación Psicológica" de Fernández-Ballesteros, 2011, páginas 105 -109.

- **Características del informe**

Existen tres características esenciales del informe psicológico:

- Es un documento científico.
- Sirve de vehículo de comunicación.
- Es útil.

Estimado estudiante, para profundizar en esta temática le invito a leer las páginas 101-109 del texto básico "Evaluación Psicológica" de Fernández-Ballesteros (2011).

- **Organización del Informe**

A pesar de que los informes pueden variar en ciertos detalles, la mayoría de sus componentes son de tipo estándar (Lichtenberger et al., 2015). El modelo de informe psicológico que a continuación vamos a estudiar en esta unidad es el propuesto por Fernández-Ballesteros (2011) que trata de sintetizarlo en tres aspectos relevantes:

- a. Hacer repetible el informe.
- b. Hacer que el informe sea lo más útil posible.
- c. La integración de resultados.

A continuación, se detallan los contenidos básicos que debe contener un informe psicológico de acuerdo al modelo de Fernández-Ballesteros (2011):

1. **Datos personales de la persona evaluada, del psicólogo y fecha de las sesiones de evaluación y del informe:** edad, sexo, estado civil, etc. Y nombre del psicólogo con su respectiva acreditación.
2. **Referencia y objetivos:** se refiere al motivo de consulta, ya sea solicitado por la propia persona o por terceros, como familiares, maestros, médicos, etc.
3. **Datos biográficos relevantes:** en este apartado se incluye las condiciones ambientales pasadas, la evolución y desarrollo de la persona, la historia del problema y los datos sociodemográficos más relevantes.

4. **Conducta durante la exploración:** consiste en la observación de las conductas motoras externas (temblores, falta de coordinación) y las conductas verbales (tono de voz). Además, se puede incluir información sobre la actitud del evaluado frente a la valoración psicológica (colaborador, reticente).
5. **Técnicas y procedimientos:** se describen las técnicas e instrumentos psicológicos utilizados en la recolección de información. Igualmente se debe detallar el procedimiento de la evaluación psicológica.
6. **Resultados cuantitativos:** después de aplicar un instrumento psicológico es importante describir los resultados obtenidos con su respectiva interpretación.
7. **Integración de resultados:** va a depender de la demanda del evaluado y de la orientación teórica del evaluador. Los resultados deben ser presentados con base en los comportamientos objeto de estudio, las características psicológicas, las condiciones socioambientales y condiciones biológicas de ser el caso.
8. **Conclusiones y recomendaciones:** en este apartado se da respuesta a los objetivos planteados inicialmente. Como se ha mencionado a lo largo de esta unidad, la evaluación psicológica va a depender de la demanda del cliente y de la orientación teórica del psicólogo, por lo tanto, el informe psicológico debe dar respuesta a esa demanda: para la selección profesional de un determinado puesto de trabajo o para la evaluación y diagnóstico de un posible cuadro psicopatológico, etc.
9. **En su caso, diseño (ejecución) y valoración de la intervención:** en caso de que la persona evaluada requiera de tratamiento psicológico, se procede a la elaboración y ejecución de un plan de tratamiento con la finalidad de establecer metas terapéuticas que permitan mejorar la calidad de vida de la persona. Posterior al tratamiento se realiza un seguimiento para reportar los avances y cambios experimentados por el cliente (Fernández-Ballesteros, 2011).

Estimado estudiante, para profundizar en esta temática le invito a leer las páginas 109-113 del texto básico "Evaluación Psicológica" de Fernández-Ballesteros (2011).

2.4.2. Informes con fines diagnósticos

▪ Introducción

El objetivo de esta unidad es dar a conocer la forma de elaborar un informe con fin diagnóstico que, de acuerdo a Fernández-Ballesteros (2011), es un medio que permite al profesional, a través un proceso de evaluación complejo, asignar y emitir un diagnóstico que le permita al paciente conocer la problemática que posee.

Fase 1. Primera recogida de información

La primera recolección de información se da con base en la primera entrevista clínica en donde se realizan las observaciones pertinentes y la historia clínica en la que se pormenoriza detalladamente los sucesos de vida en las distintas áreas de la vida del individuo.

Con esta información se determinará en primera instancia el motivo de consulta, los aspectos de mayor relevancia en la problemática y las circunstancias en la que esta se presenta (Heredia et al., 2012).

Este análisis de la información debe hacerse con base en un razonamiento relacional que permite la identificación y comprensión de las interrelaciones e interacciones de los aspectos más relevantes que se han evidenciado en la recolección de información (Velasco, 2008).

Para facilitar el proceso de recolección de información se propone a continuación una tabla donde aparecen los elementos de mayor relevancia que se deben indagar en esta fase.

Tabla 10.

Contenidos a indagar en la primera fase

1. Motivo de consulta.	7. Contexto ambiental y posibles precipitaciones.
2. Datos demográficos.	8. Curso del problema.
3. Historia académica.	9. Historia y tratamientos previos.
4. Historia ocupacional.	10. Otros problemas actuales.
5. Inicio del problema.	11. Estado de tratamiento actual.
6. Síntomas nuevos o repetición del problema.	12. Funcionamiento actual en su vida diaria.

Nota. Tomado de Fernández-Ballesteros (2011). Elaborado por Jaramillo, M. (2021).

Fase 2. Formulación de hipótesis

El análisis dinámico de los datos recolectados anteriormente facilita formar hipótesis diagnósticas, es decir, suposiciones de la posible problemática del paciente, lo que nos dará una idea de las variables (criterios diagnósticos) que requieren ser estudiadas y a partir de esto planificar la evaluación seleccionando los test (instrumentos psicométricos o técnicas proyectivas) que se van a aplicar al evaluado, de acuerdo al motivo de consulta que presenta (Cabrera y López, 2007).

Una vez formuladas las hipótesis y sabiendo las variables que se debe evaluar y mediante qué instrumento evaluarlas, se puede inferir los enunciados que permitan comprobar empíricamente dichas hipótesis.

Continuando con los contenidos de la unidad 4, en esta semana abordaremos la fase 3 y fase 4 del proceso diagnóstico, los mismos que están encaminados a completar los datos necesarios para comprobar las hipótesis previamente establecidas en la fase 2, analizar e interpretar los resultados, establecer el diagnóstico y, finalmente, comunicarlo al cliente u otros profesionales a través del informe. Los contenidos de la unidad 1 se encuentran en el capítulo 12 del texto básico (Fernández-Ballesteros, 2011).

Fase 3. Contrastación de la hipótesis

Para completar los datos necesarios para comprobar las hipótesis, se procede a la administración de los instrumentos específicos para cada caso, su calificación y la emisión de los resultados.

Estos resultados obtenidos a través de la aplicación del conjunto de pruebas elegidas para cada caso y situación son procesados conjuntamente con la información obtenida con base en las observaciones y la historia clínica realizada en la primera entrevista (Heredia et al., 2012).

Con base en este proceso de abstracción se confirman o rechazan las hipótesis planteadas anteriormente, en caso de confirmarse esta hipótesis se convierten en diagnóstico firme. El diagnóstico está relacionado con la demanda original por la cual asistió el paciente y las conclusiones que se extraen permiten explicar dichas demandas (Fernández-Ballesteros, 2011).

Una vez diagnosticado es recomendable recurrir a los conocimientos de psicopatología y cínicos para determinar un posible pronóstico.

Fase 4. Informe psicológico

El proceso de evaluación termina con la presentación de un informe oral o escrito, en el que se resumen los elementos más relevantes de todo el proceso.

Pueden variar en su formato, estilo y destinatario, su redacción implica analizar, sintetizar e integrar los datos recolectados en las etapas anteriores (Psicólogo de la Xunta Galicia, 2007).

Para su emisión se requiere la presencia de habilidades de comunicación en el profesional para que la información recabada llegue de manera correcta al informado, en este apartado se procede a dar una explicación de lo que se encontró en el proceso de evaluación limitándose a mencionar aquellos aspectos que son de utilidad para el proceso terapéutico (Cabrera y López, 2007).

Estimado estudiante, para profundizar en esta temática le invito a leer el capítulo 12, específicamente las páginas 393-401 del texto básico "Evaluación Psicológica" de Fernández-Ballesteros (2011), donde se detalla con mayor énfasis la tercera y cuarta fase del proceso para el desarrollo de un informe con fin diagnóstico.

Finalmente, le recomiendo realizar las siguientes actividades que le permitirán consolidar las fases del proceso diagnóstico que serán plasmadas en el informe psicológico. De esta forma, hemos culminado la cuarta unidad.

2.4.3. Informes de proceso de intervención

Hasta ahora, estimado estudiante, hemos analizado el proceso de evaluación y diagnóstico. Es momento de avanzar a una función más del psicólogo: intervención, que, de acuerdo con Perpiñá (2012), es importante que el profesional en psicología conozca el modelo terapéutico en que se sustenta el tratamiento a aplicar, así como la naturaleza de los problemas, trastornos, enfermedades o disfunciones a los que va dirigida la intervención o el tratamiento.

■ Introducción

Como se mencionó anteriormente, el informe con fin diagnóstico nos permitirá tener una visión clara del diagnóstico o categorización de una

problemática en el individuo, en esta unidad en cambio nos centraremos en conocer y estudiar el desarrollo de los informes con fines de intervención para los casos que no solo requieren diagnóstico y predicción sino también intervención (Fernández-Ballesteros, 2011).

- **Primera recogida de información**

La primera recolección de información se da con base en la primera entrevista clínica en donde se realizan las observaciones pertinentes y la historia clínica en la que se pormenoriza detalladamente los sucesos de vida en las distintas áreas de la vida del individuo. Con esta información se determinará, en primera instancia, el motivo de consulta, los aspectos de mayor relevancia en la problemática y las circunstancias en la que esta se presenta (Heredia et al., 2012).

- **Formulación de hipótesis**

El análisis dinámico de los datos recolectados anteriormente facilita la formación de hipótesis diagnósticas con base en el conocimiento teórico específico, es decir, con base en las teorías que pueden explicar la problemática se puede también utilizar otros recursos (plan de análisis conductual) que proporcionen la visibilidad de conductas que refieren los individuos para reafirmar las hipótesis que serán contrastadas midiéndolas con instrumentos específicos para cada caso en particular (Cabrera y López, 2007).

- **Contrastación**

En esta fase para la contratación de hipótesis se pone en marcha la aplicación de los instrumentos seleccionados, la valoración de las respuestas escogidas y se procede a la emisión de los resultados obtenidos (Heredia et al., 2012).

Con base en este proceso de abstracción se confirman o rechazan las hipótesis, en este último caso se debería volver a la primera fase a recoger nueva información y plantearnos nuevos supuestos sobre el caso (Fernández-Ballesteros, 2011).

- **Informe psicológico**

El proceso de evaluación termina con la presentación de un informe oral o escrito, en el que se resumen los elementos más relevantes de todo el

proceso. Sin embargo, estos elementos pueden variar en su formato, estilo y destinatario, su redacción implica analizar, sintetizar e integrar los datos recolectados en las etapas anteriores (Psicólogo de la Xunta Galicia, 2007).

Estimado estudiante, para profundizar en esta temática le invito a leer el capítulo 15, específicamente las páginas 461-475 del texto básico "Evaluación Psicológica" de Fernández-Ballesteros (2011), donde se detalla con mayor énfasis este proceso mediante la exemplificación de un caso clínico para su análisis.

- **Planificación del tratamiento**

Una adecuada formulación de caso permitirá la selección de un tratamiento apropiado y adecuado a las características del individuo. El trabajo analítico-sintético permite realizar una formulación clínica o hipótesis apropiadas acerca de las causas, precipitantes e influencias mantenedoras de los problemas psicológicos (González, 2009).

- **Tratamiento: diseño y administración**

Para diseñar un plan de intervención para el tratamiento de cualquier problemática es necesario seguir el proceso siguiente:

- a. **Formulación de objetivos:** en esta etapa se debe clarificar las limitaciones del tratamiento impuesto.

Los objetivos se centran usualmente en el alivio sintomático, modificación de rasgos de personalidad, cambio de estructuras cognitivas patológicas, apoyo emocional, adquisición de nuevas formas de conducta, resolución de conflictos entre otros, dependiendo de las necesidades de cada caso.

- b. **Señalamiento de técnicas:** las técnicas que se decide aplicar se fundamentarán en los objetivos que se persiguen en el tratamiento y del enfoque psicológico en el cual se guíe el terapeuta.

A continuación, se detallan las técnicas que se utilizan con mayor frecuencia en los distintos enfoques teóricos:

- Recursos persuasivos.
- Sugestivos.
- Explicativos.

- Asertivos o estimulativos.
 - Técnicas de condicionamiento.
 - Psicorelajamiento muscular.
 - Técnicas inhibitorias o aversivas.
 - Técnicas de descondicionamiento.
 - Desensibilización sistemática.
 - Reposo sugerido.
 - Autosugestión.
- c. **Aplicación de la técnica:** luego de seleccionar la técnica se procede a su aplicación y ejercicio durante el resto del proceso (Balarezo, 2007).
- **Valoración y seguimiento**

En esta fase se desarrollan tres etapas esenciales:

- a. Nueva recolección de información, análisis de datos y valoración, en esta se recogerá nueva información de las conductas problema, las variables independientes, se indagará si se ha producido algunos cambios dentro del tratamiento y se evaluará el cambio percibido.
- b. Comunicación de resultados de forma oral, se presentan los resultados obtenidos y se complementa el informe entregado anteriormente con otro en el que se describe la intervención y los resultados (Fernández-Ballesteros, 2011).
- c. Seguimiento que constituye una forma de acompañar al paciente luego de finalizar el tratamiento, especialmente cuando el sujeto se siente aún frágil para asumir sus responsabilidades y necesita del terapeuta para beneficiarse de sus recursos (Vives, 2008).



Estimado estudiante, para profundizar en esta temática le invito a leer las páginas 476-488 del texto básico "Evaluación Psicológica" de Fernández-Ballesteros (2011), donde se detalla con mayor énfasis este proceso, mediante la exemplificación de un caso para una mejor comprensión.



2.5. Psicometría

2.5.1. Diseño y elaboración de test

- **Planeación de un test**

La elaboración de un test requiere establecer el propósito específico, identificar las variables o constructos, es decir, una variable teórica no directamente observable que va a medirse y con el esquema del contenido propuesto.

Para ello es necesario iniciar definiendo, ¿qué es un constructo?

Son aquellos conceptos científicos como estrés, depresión y procesos cognitivos, así como casi todos los usados en la psicología, por ejemplo, inteligencia, frustración, inconsciente, emociones, actitudes, ego, fobias, ansiedad, motivación, aprendizaje, entre otros, que no tienen una existencia concreta similar a las entidades físicas que se prestan a la observación sensible, sobrepasan la observación empírica y, muchas veces, expresan supuestos teóricos.

- **Preparación de los reactivos de los test**

Cuando ya hemos definido qué vamos a medir, es decir, identificado nuestro constructo y los componentes que lo integran, debemos establecer los ítems (frases, preguntas, situaciones análogas, tareas, etc.) que representen estos componentes, en otras palabras, las conductas mediante las que se manifiestan los diversos componentes del constructo (Abad, et al., 2006).

Vamos a revisar nuestro texto básico: "Preparación de los reactivos del Test" en el cual se detallan distintos tipos de reactivos.

- **Formación y reproducción de un test**

Luego de la elaboración de los reactivos para el test, se recomienda que dichos ítems pasen por una revisión de jueces expertos, mismos que evaluarán: (1) claridad semántica y corrección gramatical, (2) adecuación al nivel de comprensión de la población meta y (3) congruencia con

el constructo o dominio medido. Por lo cual, el experto debe tener conocimiento y experiencia en la construcción de pruebas, de preferencia en el dominio o constructo a medir, y en la población a la cual se haya enfocado el test (Tornimbeni, Pérez, & Olaz, 2013).

- **Pruebas orales y de desempeño**

Una prueba oral se define como una situación de evaluación en la cual los examinados responden de manera oral a las preguntas planteadas, a diferencia de las pruebas de desempeño que se basan en pruebas de lápiz y papel que principalmente buscan un producto o resultado final al momento de ejecutar una habilidad.

Estimado estudiante, con este tema hemos concluido el estudio de la unidad 2. Le invito a revisar la presentación de PowerPoint "Diseño y Elaboración de test" en la cual encontrará una explicación ampliada de los contenidos de esta semana.

- **Confiabilidad y validez**
- **Confiabilidad**

Confiabilidad significa básicamente consistencia. El concepto de confiabilidad se fundamenta en el cálculo del error de medición, hay que señalar que no es algo que se puede evitar. Este error específicamente corresponde a la varianza de error (Anastasi & Urbina, 1998).

Debemos considerar que el término error de medición es todo aquello que, como parte de la puntuación obtenida por el sujeto en la prueba, difiere de la puntuación verdadera; la confiabilidad será más alta mientras más bajo sea este término de error, ya que entonces la puntuación obtenida por el sujeto en una prueba se acercará más a su puntuación verdadera.

- **Métodos de confiabilidad**

Es fundamental recordar que existen varios métodos utilizados para corroborar la confiabilidad de un instrumento de medición que se conocen como coeficiente, tests-retests, formas paralelas, división por mitades, consistencia interna (alfa de Cronbach, Kuder-Richardson) y entre calificadores.

No se olvide de profundizar sobre este tema en el texto básico y conocer qué abarca cada uno de estos métodos.

- **Validez**

La validez es el grado en que una prueba mide lo que está diseñada para medir, y qué tan bien lo hace; una prueba puede tener muchas clases de validez según el propósito para la que fue diseñada, la población objetiva, condiciones en que se aplica y el método seleccionado para determinar la validez.

Los tipos de validez que han establecido, según el tipo de prueba y el uso al que estas están destinadas, son tres: validez de constructo, validez de criterio y validez de contenido.

- **Factores que afectan la validez**

Dentro de la validez también existen factores que afectan esta propiedad como pueden ser el número de errores por falsos-positivos, la razón de selección, así como la tasa base; para profundizar cada uno de estos factores le sugiero revisar la presentación de PowerPoint "Confiabilidad y Validez" en la cual encontrará una explicación de los contenidos de esta semana.

2.5.2. Clasificación de test

- **Test de inteligencia**
- **Historias, definiciones y teorías**

Iniciemos diciendo que un test de inteligencia consiste en un conjunto de actividades o ejercicios para cuya solución el sujeto tiene que poner en juego unas funciones que se consideran como constructivas de la capacidad intelectual de dicho sujeto y, basándose en la solución de estas tareas, es posible deducir el grado de tal capacidad (Benito & Alonso, 2004).

- **Test individuales de inteligencia**

Entre los test de inteligencia individuales más representativos tenemos: escala de Stanford-Binet, prueba de Wechsler, escala de habilidad diferencial, prueba Detroit de habilidad de aprendizaje, prueba de inteligencia de Kaufman, prueba Woodcock-Johnson III de habilidades cognoscitivas y pruebas no verbales para los discapacitados.

- **Test de inteligencia colectivos**

Dentro de las pruebas colectivas más populares tenemos: Otis-Lennon de habilidad escolar, aptitudes cognoscitivas y la prueba personal Wonderlic, además de otras pruebas no verbales y justas para las culturas.

- **Diferencias individuales y de grupo en las habilidades mentales**
- **Retardo mental, superdotación y creatividad**

Existen test que proponen medir las capacidades intelectuales para niños de todas las edades y también para adultos y para personas deficientes (Benito & Alonso, 2004); el resultado de esta medición nos ofrece diferentes tipos de puntuaciones, como puntuaciones directas, percentiles, edad mental y coeficiente intelectual.

En el texto básico, el concepto que encontramos de retraso mental es el de una persona cuyo funcionamiento intelectual está significativamente por debajo del promedio, por lo general se define como un CI de 70 o 75 y más bajo. Mientras que la superdotación consiste en aquella persona cuyo funcionamiento intelectual está significativamente por arriba del promedio.

- **Evaluación de habilidades especiales**
- **Conceptos y características de las habilidades mentales**

Iniciemos reconociendo que la habilidad del ser humano puede ser evaluada de manera adecuada a diferentes niveles de profundidad, desde las aptitudes muy definidas de las pruebas específicas (o incluso de reactivos), pasando por el nivel de los rasgos, hasta una puntuación global como el tradicional CI. Por tanto, el término "habilidad" se emplea para designar las mediciones de la conducta cognoscitiva.

- **Baterías de pruebas de aptitudes múltiples**

Este tipo de baterías son pruebas diseñadas para proporcionar una medida de la posición del individuo en una serie de rasgos (Anastasi & Urbina, 1998).

"Las baterías de aptitudes mentales múltiples se caracterizan por basarse en modelos de atributos rasgos, son instrumentos estandarizados tanto en la administración como en la puntuación, utilizan metodología correlacional sin llegar a conclusiones causa-efecto, son instrumentos que miden el

límite superior al que el sujeto puede llegar en una tarea determinada y solo se evalúa el estado actual o presente" (Vallejo, 2011).

Es muy importante que profundice el estudio de estos test en su texto básico, en el apartado anteriormente mencionado, el mismo que muestra pruebas de aptitud diferencial, batería multidimensional de aptitudes, entre otros.

Estimado estudiante, con este tema hemos concluido el estudio de este importante tema. Le invito a seguir profundizando sus estudios mediante el texto básico y la bibliografía sugerida.

Intereses vocacionales

- **Fundamentos de la medición de los intereses**

Los intereses o preferencias de una persona se relacionan con el tipo de actividades y objetos que le agradan, permitiendo identificar las preferencias vocacionales y ocupacionales de una persona. Lo que dio lugar a que el estudio de los intereses tomara un gran impulso en la consejería educativa y profesional, clasificación y selección de personal.

Le invito a que revise su texto básico donde encontrará detalladamente los fundamentos de medición de los inventarios de interés.

- **Intereses y personalidad**

Más que desarrollarse por casualidad, los intereses son reflejo o expresión de necesidades individuales y rasgos de personalidad profundamente enraizados (Roeber, 1957). Por consiguiente, la selección vocacional está influida por rasgos de personalidad. Dentro de las teorías que se destacan tenemos la de Anne Roe y John Holland y los instrumentos derivados de su investigación, como la búsqueda autodirigida e inventario de preferencias vocacionales de Holland.

Para complementar la información, puede revisar su texto básico en el capítulo 12 y continuar con las actividades planteadas en su plan académico.

Evaluación de la personalidad

- **Teorías de la personalidad**

La personalidad está definida como un conjunto de características o patrones que definen a una persona, más a lo largo de la historia se han planteado un sinnúmero de teorías respecto a la personalidad de lo que han nacido las pseudociencias: frenología, fisionomía, grafología y teoría humoral o teoría de los tipos y algunas teorías como: teoría de los rasgos, psicoanalíticas, fenomenológicas y del aprendizaje social.

- **Inventarios de personalidad**

Al ser los inventarios de personalidad tan extensos nos centraremos en los principales y no profundizaremos sobre sus normas de confiabilidad.

Cuestionario 16 PF: el objetivo principal es medir la estructura de personalidad en 16 factores y se obtiene, además, un conjunto de factores de segundo orden que complementan la estructura de personalidad que pretende describir este instrumento.

Cuestionario de personalidad de Eysenck: básicamente hay tres metas en los estudios transculturales: (1) enseñar que los mismos factores mayores de psicoticismo (P), extroversión (E), neuroticismo (N) y deseabilidad social (o Lie Scale L) existen en otros países. (2) Proveer una tabla de corrección válida al país concernido para que el uso de la prueba pueda ser recomendado para ese país. (3) Hacer comparaciones de las normas en las dimensiones de personalidad entre Inglaterra y el país particular que se estudia.

Inventario multifacético de la personalidad (MMPI): el objetivo de la prueba es valorar aquellos rasgos que son comúnmente característicos de la anormalidad psicológica.



Actividades de aprendizaje recomendadas

1. Realice un mapa mental con los principios de la organización conceptual.
2. Redacte su propia definición de percepción.

3. Busque tres anuncios visuales donde utilizan las leyes de la Gestalt en la publicidad.
4. Elabore un mandala donde se evidencie el proceso perceptivo.

Estrategias de trabajo

1. Desarrolle sus actividades impregnado/a de concentración y curiosidad
2. Escoge un espacio iluminado, ordenado y limpio para trabajar.
3. Lea comprensivamente el capítulo asignado para esta unidad.
4. Utilice las técnicas del subrayado, resumen y extracción de ideas principales.

Nota. Conteste las actividades en un cuaderno de apuntes o en un documento Word.

Si usted desarrolla correctamente los ejercicios propuestos, su nivel de comprensión es satisfactorio. En caso contrario, revise nuevamente toda la unidad, solo así podrá continuar con el estudio siguiente.



Autoevaluación 2

ENTREVISTA PSICOLÓGICA

De los siguientes enunciados escoja la opción que considere correcta.

1. Escoja una situación inadecuada que altera la asimetría de los roles entre el entrevistador y entrevistado.
 - a. A petición del cliente, le proporciona la información profesional que tiene sobre un máster de psicología que quiere hacer su hijo.
 - b. Invitar al psicólogo al concierto que va a su hijo.
 - c. Preguntar al cliente, que es maestro, si podría dar clases de recuperación para tu hijo o algún familiar tuyo.
 - d. Acabas de tener un hijo y el cliente te regala un juguete para el bebé.
2. El entrevistador aporta a la entrevista:
 - a. Conocimientos y habilidades técnicas específicas
 - b. Habilidades y destrezas específicas en el área.
 - c. Principalmente los conocimientos específicos.
3. Ser empáticos significa que:
 - a. Somos capaces de ponernos en el lugar de otra persona, de no comprender lo que le sucede, de no poder comprender sus sentimientos, aunque nos agrade como persona o nos sintamos inclinados afectivamente hacia ella.
 - b. Somos capaces de ponernos en el lugar de otra persona, de comprender lo que le sucede, de entender sus sentimientos, aunque no nos agrada como persona o no nos sintamos inclinados afectivamente ni de ningún otro modo hacia ella.
 - c. Somos capaces de ponernos en el lugar de otra persona, de comprender lo que le sucede, de entender sus sentimientos, porque nos agrada como personas y estamos inclinados afectivamente hacia ella.

4. A qué elemento de la entrevista pertenece la siguiente definición: Una relación agradable y de compromiso mutuo, con alto nivel de afecto positivo, atención mutua, relación armoniosa, comunicación tranquila, alto grado de sincronía y simetría en la interacción.
- Empatía.
 - Contrato.
 - Rapport.
5. A qué paso para establecer rapport pertenece esta afirmación: ¿Le ha resultado fácil llegar? ¿Encontró dónde estacionar?
- Charla informal.
 - Ayudar al cliente a expresarse.
 - Saludar y presentarnos.
6. Escoja un elemento de los pasos de la entrevista psicológica en el ámbito de la salud.
- Examen del estado físico.
 - Historia clínica.
 - Examen escrito por test.
 - Historia familiar.
7. En la función evaluadora de la entrevista en el ámbito de la salud; el establecimiento y mantenimiento del rapport es el objetivo principal de la fase:
- Fase inicial.
 - Fase intermedia.
 - Fase final.
 - Todas las fases.
8. Uno de los motivos por los que los individuos presentan una serie de resistencias o barreras a la entrevista es:
- La presencia de familiares en la entrevista.
 - La propia naturaleza del problema.
 - Experiencias positivas.
 - La experiencia del profesional.

9. Seleccione cuál de las siguientes características corresponde a las entrevistas estructuradas.
- Poseen reducida validez y fiabilidad.
 - Tienen mayor brevedad.
 - Son más largas y tediosas.
 - Se emplean de preferencia en el ámbito clínico
10. Seleccione cuál de las siguientes características corresponde a las entrevistas no estructuradas
- Mayor brevedad.
 - Se abordan todos los diagnósticos.
 - Mayor validez de contenido.
 - Son útiles en el ámbito de la investigación.

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

De acuerdo a la información analizada, lea comprensivamente cada uno de los ítems, cuando la pregunta sea dicotómica escriba la respuesta (v/f) y en las preguntas de opción múltiple subraye la respuesta correcta.

11. () Los modelos que han servido de base a la evaluación son: atributo, dinámico, médico, conductual, cognitivo y constructivista .
12. () En el modelo conductual se emplean test y técnicas en la recogida de la información para contrastar las hipótesis de partida.
13. Elija el modelo que corresponde: En este modelo se analizan variables intrapsíquicas obtenidas mediante procedimientos empíricos, factoriales o racionales.
- Modelo médico.
 - Modelo dinámico.
 - Modelo del atributo.

14. Elija el modelo que corresponde: En este modelo la conducta está en función de variables personales u orgásmicas, llamadas intrapsíquicas o genotípicas.
- Modelo del atributo.
 - Modelo médico.
 - Modelo conductual.
15. () Un niño con retardo psicomotor, informa estar triste, comer escasamente, sentirse triste, tener dificultades para la atención y concentración, pensar que la vida no merece la pena, el psicólogo probablemente infiera que está deprimido. En este ejemplo estamos ante un nivel de inferencia II.
16. () La evaluación psicológica es el estudio científico que se realiza del comportamiento humano, sea esta individual o grupal, e independientemente del tipo de enfoque con el cual se maneje dicho proceso.
17. Shapiro en 1951, fue el primer autor en plantearse al proceso de evaluación psicológica como:
- Una mera aplicación de tests.
 - Como un planteamiento experimental.
 - Como un proceso basado en entrevistas.
18. El enfoque descriptivo-predictivo, en su primera fase establece que se debe especificar la demanda y fijar objetivos sobre el caso, ¿por qué se debe cumplir con este requerimiento?
- Porque le permite identificar si la demanda es lícita y si está en capacidad de hacer el abordaje y cumplir con los objetivos derivados.
 - Porque permite tener más elementos referentes al caso.
 - Porque le da objetividad a la información recogida.

19. El enfoque descriptivo-predictivo dentro de su primera fase establece que adicionalmente a la información obtenida de la entrevista, el psicólogo evaluador debe solicitar datos de archivo inherentes al proceso y a la problemática que se aborda, ¿por qué es importante solicitar esta información?
- Porque son recursos objetivos y le permiten más elementos para comprender la realidad del paciente.
 - Porque los datos de archivo se constituyen en evidencia.
 - Porque le da mayores recursos de trabajo.
20. La fase dos del enfoque descriptivo-predictivo manifiesta que se debe hacer la formulación de hipótesis y la deducción de enunciados verificables, ¿en función de qué se realiza este proceso?
- En función a los test aplicados.
 - Únicamente en función a la información brindada por el paciente.
 - En función de las observaciones realizadas e informaciones recibidas, tanto por medio de las entrevistas como por los datos de archivo.

REDACCIÓN DE INFORMES PSICOLÓGICOS

Estimado estudiante, una vez que ha leído comprensiblemente los subtemas de la unidad 1 durante la semana 1 y 2. Le invito a resolver la siguiente autoevaluación con la finalidad de que pueda examinar su aprendizaje significativo.

Para ello, debe leer cada uno de los ítems y seleccionar la respuesta correcta. Recuerde, para las preguntas dicotómicas elija verdadero (V) o falso (F), y para las preguntas de opción múltiple seleccione la(s) respuesta(s) correcta(s).

- () El informe psicológico es un documento legal, que permite plasmar la actividad profesional del psicólogo.
- () El informe psicológico carece de rigor científico, dado que es un documento que carece de credibilidad.
- () Para elaborar un correcto informe psicológico es necesario tener en cuenta el código deontológico.

24. () El informe psicológico es un documento duradero que deja constancia de los resultados de evaluación.
25. El informe debe contener características éticas, entre ellas se encuentran varias respuestas posibles:
- Derecho de brindar los resultados del informe a todo el público.
 - Derecho del evaluado de conocer sus resultados.
 - Confidencialidad.
 - Modificar los resultados de la evaluación psicológica.
26. () La tarea diagnóstica es la acción que realiza un profesional clínico cualificado cuando asigna a un patrón de comportamientos una categoría de algún sistema de clasificación.
27. Seleccione los motivos por los que se realiza un diagnóstico formal:
- Cuando se desea interpretar variables psicológicas y ambientales.
 - Cuando es sugerido como requisito para llevar a cabo varios procesos (tratamiento).
 - Cuando se desea obtener beneficios personales.
28. () Para realizar un diagnóstico formal, el profesional debe tener poco conocimiento de los sistemas nosológicos para clasificar comportamientos problemáticos.
29. La primera recolección de datos para el informe se obtiene de:
- La primera entrevista.
 - La aplicación de instrumentos.
 - Las observaciones de conducta verbal.
30. () Con la primera recogida de datos se puede determinar el motivo de consulta, los aspectos relevantes de la problemática y las circunstancias en las que se presenta.

PSICOMETRÍA

Escriba verdadero o falso según corresponda:

31. () La confiabilidad será más baja mientras más bajo sea el término de error.
32. () La consistencia de las puntuaciones obtenidas por una misma persona se la denomina validez.
33. () El método de formas paralelas, incluye el método de división por mitades de Spearman, las fórmulas de Kuder-Richardson y el coeficiente de alfa de Cronbach.
34. () La confiabilidad de los instrumentos de medición tiene que ver con lo que miden.
35. () El enfoque más común para determinar la confiabilidad entre calificadores es hacer que dos personas califiquen las respuestas de un número considerable de examinados y calcular luego la correlación entre los dos conjuntos de calificaciones.

Seleccione el literal que corresponda:

36. Se ha definido como el grado en que una prueba mide lo que está diseñada para medir:
 - a. La confiabilidad.
 - b. Análisis de reactivos.
 - c. La validez.
37. La validez _____ se refiere al grado en que el instrumento mide un constructo en particular, o concepto psicológico como la ansiedad, la motivación para el logro, la extroversión, introversión o el neuroticismo.
 - a. Predictiva.
 - b. De constructo.
 - c. Creciente.

38. Antes de que una prueba pueda utilizarse con cierta seguridad, debe obtenerse información acerca de su:
- Confiabilidad y validez.
 - Teoría clásica y teoría de respuesta al ítem.
 - Coeficiente y varianza.
39. La validez de constructo es de mayor importancia para las pruebas de:
- Inteligencia.
 - Creatividad.
 - Personalidad.
40. Al método de confiabilidad test-retest también se lo denomina coeficiente de:
- Formas paralelas.
 - Estabilidad.
 - Consistencia interna.

Ir al solucionario que se encuentra al final de la guía para que verifique sus respuestas.

[Ir al solucionario](#)



3.1. Desarrollo de la infancia

3.1.1. El desarrollo cognoscitivo en los primeros tres años

- **Enfoque del procesamiento de la información**

Este enfoque a diferencia del piagetiano muestra que el pensamiento representacional aparece prácticamente desde que el niño nace. Se menciona, además, que el pronóstico de inteligencia en lo posterior depende de cuán eficiente sea la capacidad de procesamiento de la información y de la habituación o familiaridad con los estímulos (Papalia y Martorell, 2017).

- **Enfoque de las neurociencias cognoscitivas y enfoque contextual social**

Los estudiosos que sustentan este enfoque determinan la importancia de la memoria en los procesos de construcción del conocimiento, como la memoria implícita, memoria explícita y memoria de trabajo. Así también, el enriquecimiento ambiental es considerado como una fuente de construcción positiva del aprendizaje (Papalia y Martorell, 2017).

Invito a observar y analizar lo que se describe en el video sobre la aparición del pensamiento en el ser humano: Aparición del pensamiento (Pineda, 2012).

Este importante recurso tiene como finalidad pedagógica comprender, de forma clara y sintética, las diferentes etapas del desarrollo del pensamiento en el individuo.

- **Desarrollo del lenguaje**

Como se mencionan Kail y Cavanaugh (2015), una de las primeras formas de lenguaje del ser humano es el llanto, sin embargo, al contrario de lo que se piensa, el bebé es capaz de distinguir y diferenciar sonidos de algunos de los fonemas desde el primer mes de vida, esto les estimula el

lenguaje, para de a poco a través de la imitación y la repetición de sonidos vayan transformando los fonemas en sílabas y finalmente en palabras. Durante los tres primeros años de vida surgen cambios significativos en el desarrollo del lenguaje del ser humano, pasa del arrullo, al balbuceo hasta que emite palabras y finalmente frases completas.

3.1.2. Desarrollo físico en la niñez temprana

▪ **Aspectos generales del desarrollo físico**

Teniendo en cuenta esta temática de estudio, es de gran importancia el conocer una de las etapas más relevantes del ciclo vital, ya que comprende un período de amplio desarrollo, de crecimiento y evolución, además de ser justamente el momento en el que se da inicio a la edad escolar; la primera infancia es, en efecto, una etapa trascendente y decisiva para el desarrollo individual, personal, motor, cognoscitivo y social que sufre el ser humano en el transcurso de su vida (García & Delval, 2010).

Los niños entre los 3 y 6 años, y entre los 3 y 7, para otros autores, tienen características particulares, como por ejemplo la evolución que surge en el pensamiento, el lenguaje y la memoria, debido a las conexiones que se producen entre los diferentes lóbulos cerebrales.

Además, el incremento de la capacidad física: esqueleto, músculos y órganos permite movimientos más especializados en cuanto a la motricidad tanto fina como gruesa.

Pasa, por ejemplo, a coordinar adecuadamente su lateralidad, derecha e izquierda al subir las gradas, dar volteretas completas, de rayar a pintar más organizadamente y luego a escribir.

Una forma amigable y pedagógica de aprender es utilizar medios visuales, por lo que invito a observar y analizar el video que se comparte a continuación sobre "El cerebro del bebé" TVE (2007), que no solo aborda las primeras etapas del desarrollo, sino cómo esto influye en etapas posteriores.

La finalidad pedagógica del video es detallar el desarrollo del cerebro del ser humano, desde la infancia y las formas más adecuadas de relación con el ambiente y otras.

3.1.3. Desarrollo cognoscitivo en la niñez temprana

- Inteligencia: enfoque piagetiano el niño preoperacional**

De acuerdo a Piaget, el niño, durante la niñez temprana que gira entre los 3 y 6 años de edad, le corresponde la etapa cognoscitiva que es la preoperacional, en donde el desarrollo del pensamiento se transforma, la función simbólica, el juego por imitación y el lenguaje tienen un importante repunte, su pensamiento pasa de ser irreversible a reversible y evoluciona de diferenciar la ficción de la realidad.

El juego cumple un papel importante en el proceso de aprendizaje y desarrollo del pensamiento durante esta edad, ya que es un medio de exploración continua.

- Enfoque del procesamiento de la información**

En la niñez temprana, como lo detallan Papalia y Martorell en el 2017, los niños en edad preescolar son capaces de recordar sucesos, objetos o hechos recurriendo a su memoria. Se mencionan tres tipos de memoria: genérica, que le permite reproducir las rutinas y hábitos dados en familia que rigen el comportamiento; episódica, es el recuerdo que perdura de algunos hechos o experiencias que se relacionan a un momento y lugar específicos; y la memoria autobiográfica que es el recuerdo de ciertos hechos concretos de la vida propia.

- Inteligencia: enfoque psicométrico y vygotskiano**

Uno de los factores que tienen injerencia en las habilidades cognoscitivas es la inteligencia, siendo uno de los componentes que se deben tomar en cuenta para el desempeño óptimo del ser humano es el CI (cociente intelectual), el mismo que puede ser evaluado y diagnosticado con diversos tipos de pruebas. Entre las más conocidas y utilizadas están PEA BODY, WIPPSI, AEI-R etc. Al aplicar las pruebas, se deben tomar en cuenta diversos factores, ya que estos pueden influir en los resultados que arroje la aplicación de los instrumentos.

Estimado/a estudiante, le invito a revisar los siguientes temas en su texto básico con el fin de profundizar el estudio del desarrollo cognoscitivo de niñez temprana:

- **Desarrollo del lenguaje.**
- **El desarrollo del yo.**
- **Género.**
- **Juego: el trabajo de la niñez temprana.**

Mientras se estudia, es necesario tener a mano un lápiz, marcadores o lápices de color para resaltar las ideas más importantes, además, tomar nota de lo que considere relevante al observar el video: El niño y su entorno: desarrollo del lenguaje, ya que evidencia la importancia que tiene el medio que rodea al niño para el desarrollo integral óptimo como ser humano.

Este microvideo tiene como finalidad pedagógica dar una panorámica general de la importancia que tienen las relaciones del niño a la hora de desarrollar el lenguaje.

3.1.4. Desarrollo psicosocial en la niñez media

Este enfoque, a diferencia del piagetiano, muestra que el pensamiento representacional aparece prácticamente desde que el niño nace, se menciona, además, que el pronóstico de inteligencia en lo posterior depende de cuan eficiente sea la capacidad de procesamiento de la información y de la habituación o familiaridad con los estímulos (Papalia y Martorell, 2017).

▪ El yo en desarrollo y en la familia

Se habla del desarrollo del yo, en donde al considerar esta etapa el ser humano a estas alturas es capaz de generar sistemas representacionales del autoconcepto, esto según los estudiosos que le continuaron a Piaget (Papalia y Martorell, 2017). En cuanto al desarrollo y la gestión de sus emociones van en aumento, pues son capaces de reconocer un sinnúmero de estados emocionales y darles concepto y expresión. Por ejemplo, cuando estoy feliz, sonrío, el corazón me late fuerte; en cambio, cuando estoy enojado me pongo caliente, me sonrojo, mi cara se pone tensa etc.; además su sentido del mundo sus normas y reglas dan lugar a la generación de la moralidad y con ello a la vergüenza frente a sus errores.

Cuando se trata de hablar de las relaciones familiares y el niño, es probable que usted se cuestione varios aspectos, como por ejemplo, ¿por qué pasa menos tiempo dentro de casa, por qué cuestiona tanto cuando los padres les hacen observaciones o recriminaciones?, etc.

Se podría dar respuesta a estas interrogantes, a sabiendas de que el clima familiar es un detonante importante en cuanto al tiempo que ellos comparten en familia, tienen mayor cantidad de elementos y experiencias que les permiten cuestionar o reclamar cuando se les dice algo; las relaciones con hermanos pueden ser tensas y amigables dependiendo de los intereses y el tipo de relación que se maneje. Esto como un bosquejo de las relaciones del niño y la familia.

- **El niño en el grupo de pares**

En la niñez temprana los pares adquieren una importancia significativa, ya que requieren de la aprobación grupal. Este tipo de relaciones les permiten ganar autonomía e independencia del entorno familiar; reconocen normas y reglas sociales y aprenden a aceptarlas. Se ha de considerar que en esta etapa se pasa de la niñez a la adolescencia, atravesando por la pubertad. Esto, desde luego, influye en la forma de relacionarse con los otros.

Finalmente, mencionaremos algunos de los trastornos que los niños pueden padecer en esta etapa. Estos son depresión, ansiedad, fobias; concluyendo que son los trastornos de la conducta y las emociones los más comunes, lo cual no quiere decir que todos los niños los poseen.



Semana 12

3.2. Desarrollo de la adolescencia, madurez y senectud

3.2.1. Desarrollo físico, cognoscitivo y psicosocial en la adolescencia

- **Desarrollo físico**

La adolescencia es un periodo en el que se van a producir intensos cambios físicos y psicosociales que comienza con la aparición de los primeros signos de la pubertad y termina cuando cesa el crecimiento. El **desarrollo físico** se refiere a los cambios corporales que experimenta el ser humano, especialmente en peso y altura, y en los que están implicados el desarrollo cerebral, el desarrollo óseo y muscular.

Un cambio físico importante es el inicio de la **pubertad** que implica cambios biológicos notables que forman parte de un largo y complejo proceso

de maduración que empezó antes del nacimiento, y sus ramificaciones psicológicas continúan en la adultez. La pubertad es el resultado de la producción de varias hormonas, proceso que lleva a la **madurez sexual** o fertilidad, empieza antes en las niñas que en los varones y termina cuando la persona puede reproducirse, se inicia con las **características sexuales primarias**, son los órganos necesarios para la reproducción; y las **características sexuales secundarias** que son los signos fisiológicos de la maduración sexual, el tiempo en que se presenta varía considerablemente; factores contextuales como el origen étnico, la comunidad pueden ser decisivos en los efectos de la maduración temprana o tardía y ser negativos cuando el desarrollo de los adolescentes es mayor o menor que el de sus pares.

Para profundizar estos temas le recomiendo, estimado/a estudiante, revisar el texto básico el **capítulo 11: Desarrollo físico y cognoscitivo en la adolescencia** y **capítulo 12: Desarrollo psicosocial en la adolescencia**.

■ **Desarrollo cognoscitivo**

El desarrollo cognitivo en la adolescencia, dentro del ámbito educativo, se relaciona con la forma de aprender, lo que determinará su avance académico en la escuela y su proyección posterior al elegir una profesión. El conocimiento y **madurez cognitiva** es la capacidad que tiene el ser humano para construir una representación e interpretación mental significativa de su relación con el mundo.

Piaget describió la evolución del desarrollo cognitivo a través de la sucesión de 4 estadios o etapas desde el nacimiento a la edad adulta, que se diferencian cualitativamente entre sí en función de las características estructurales del pensamiento y el tipo de razonamiento que se desarrolla en cada momento. Estas etapas son: sensoriomotora (0-2 años), preoperatoria (2-7 años), operacional concreta (7-11 años) y operacional formal (a partir de 11-12 años).

Los cambios en la manera en que los adolescentes procesan la información reflejan la maduración de los lóbulos frontales del cerebro y pueden explicar los avances cognoscitivos descritos por Piaget. Existen dos categorías de cambios mensurables en la cognición adolescente: **cambio estructural**, incluyen cambios en la capacidad de la memoria de trabajo y la cantidad creciente de conocimiento almacenado en la memoria de largo plazo; y,

cambio funcional, el aprendizaje, el recuerdo y el razonamiento, todos los cuales mejoran durante la adolescencia.

En el **razonamiento moral**, de acuerdo con Kohlberg (1969), se describen tres niveles: moralidad preconvencional (recibir recompensas), moralidad convencional (hacer lo correcto) y moralidad posconvencional (principios éticos universales), según esta teoría es el razonamiento que está detrás de la respuesta de una persona al dilema y no la respuesta en sí.

Este tema es de suma importancia en el desarrollo de los adolescentes, por tal razón le invito, estimado/a estudiante, a profundizar su estudio con el tema **“Educación y vocaciones”** de su texto básico.

- **Desarrollo psicosocial en la adolescencia**

Durante los años de adolescencia aparece la búsqueda de la **Identidad**, definida por Erikson como una concepción coherente del yo compuesta por metas, valores y creencias con las que la persona establece un compromiso sólido, el desarrollo cognoscitivo del adolescente le permite averiguar quién es exactamente y esa búsqueda forma parte de un proceso saludable y vital que se basa en los logros de las etapas anteriores.

En la preparación para la edad adulta, la **transición hacia la independencia social y económica**, determina el desarrollo de la identidad, la adquisición de las aptitudes necesarias para establecer relaciones, asumir funciones adultas y la capacidad de razonamiento abstracto. Para Erikson, la principal tarea en la adolescencia es confrontar la **crisis de identidad**, relacionada con la identificación consigo mismo, identidad vs. confusión, los adolescentes cuestionan los modelos de la niñez y tratan de asumir nuevos roles.

Erikson plantea resolver satisfactoriamente la crisis de identidad en la adolescencia con el desarrollo de la virtud de la fidelidad, un sentimiento sostenido de lealtad, fe, o un sentido de pertenencia a un ser querido o amigos o compañeros. El principal peligro en esta etapa es la confusión de la identidad o de roles, comprendiendo que cierto grado de confusión de la misma es normal.

La búsqueda de la identidad en la adolescencia: En el desarrollo psicosocial del adolescente se plantean enfoques, como el de James Marcia, en relación con los **estados de identidad**, los estados de desarrollo del yo que dependen de la presencia o ausencia de crisis o compromiso.

3.2.2. Desarrollo físico, cognoscitivo y psicosocial en la adultez temprana

- **Aduldez emergente**

A partir de los 18 o 19 años a los 25 o 29 años, algunos científicos del desarrollo han denominado esta etapa como un período de transición en el ser humano denominado **aduldez emergente**.

- **Desarrollo físico**

La aduldez emergente está determinada por algunas condiciones y características de la condición física, varios factores influyen en el individuo provocando algunos problemas de salud física e incluso de salud mental. La salud puede verse influida por los genes y por factores conductuales como hábitos de alimentación, de sueño, actividad física, consumo de alcohol o drogas, etc.

La salud física puede afectarse por influencias indirectas como los ingresos económicos, la educación, la raza u origen étnico y los estilos de vida, y en cuanto a la salud mental, pueden presentarse trastornos psicológicos, como depresión, la esquizofrenia y los trastornos bipolares. La transición de la aduldez emergente pone fin a los años de la juventud con la posibilidad de tomar acciones y decisiones importantes y elegir trayectorias diversas en su vida, esto puede ser una experiencia liberadora por un lado y abrumadora por otro.

- **Desarrollo cognoscitivo**

Perspectivas sobre la cognición adulta en la edad emergente, determinan el pensamiento adulto como el pensamiento reflexivo o razonamiento abstracto que otorga prioridad a la lógica compleja además del pensamiento postformal que también involucra intuición y emoción, que combina la lógica con la emoción y la experiencia práctica en la solución de problemas ambiguos. La inteligencia emocional es uno de los aspectos relevantes dentro de este contexto.

Así hemos culminado el estudio acerca del desarrollo físico, cognoscitivo en la aduldez emergente y temprana, destacando aspectos importantes relacionados con la condición física y salud física, mental, sexual y reproductiva. A continuación, usted encontrará algunas actividades de aprendizaje recomendadas para reforzar sus conocimientos.

- **Desarrollo psicosocial**

La adultez emergente es una época de experimentación antes de asumir los roles, funciones y responsabilidades adultas, estas tareas tradicionales del desarrollo como encontrar trabajo estable y desarrollar relaciones románticas de largo plazo, llegan a posponerse hasta los 30 o aun después. En este paso a la adultez, influyen cambios como el género, capacidades académicas, primeras actitudes hacia la educación, raza y origen étnico, expectativas al final de la adolescencia y clase social. Cada vez es más común que los adultos emergentes de los dos性os continúen sus estudios y demoren la paternidad, decisiones determinantes para la prosperidad futura en el trabajo y el bienestar en general.

La adultez temprana ofrece una moratoria, un tiempo de espera, sin las presiones del desarrollo y con libertad para experimentar diversos papeles y estilos de vida, momento decisivo en el que se cristalizan de manera gradual los compromisos del papel de adulto y la búsqueda activa de la identidad.

3.2.3. Desarrollo físico, cognoscitivo y psicosocial en la adultez media

Desarrollo físico

En el desarrollo físico en la edad media, existen cambios que experimentan hombres y mujeres manejándose de diferente manera, pueden existir hasta alrededor de los 50 el declive de las capacidades físicas que han sufrido cambios graduales, existe preocupación por sus capacidades reproductoras y sexuales, disminuye la agilidad al caminar, existe angustia por la disminución del atractivo físico, pérdida gradual de la fuerza muscular, la agudeza visual, la coordinación y la audición; el gusto, el olfato y la sensibilidad al dolor y a la temperatura generalmente no muestran ninguna disminución hasta cerca de los 50 años, la altura es estable luego comienza a declinar.

Se evidencia una entrada al envejecimiento, la disminución de las capacidades reproductoras afecta a hombres y mujeres de manera diferente, la posibilidad de las mujeres para dar a luz hijos se termina durante este período; en promedio los hombres, a pesar de que pueden continuar engendrando hijos, empiezan a experimentar una disminución de la fertilidad, en la frecuencia de las eyaculaciones y un aumento de la impotencia. Existe un factor estresante en esta etapa de vida que es el desempleo, debido a estereotipos culturales, la pérdida de empleo en el hombre puede llevar, junto con las demás características físicas, a estados

depresivos de alto riesgo para su equilibrio mental. Destacar el estudio del desarrollo físico en la adultez media, desde un constructo social, representa en este ciclo vital una etapa de proyección y realización personal y social.

- **Desarrollo cognoscitivo**

Los adultos maduros muestran una competencia cada vez mayor para resolver los problemas de su campo, esto gracias al **conocimiento especializado o pericia** que es una forma de inteligencia cristalizada relacionada con el proceso de encapsulación que facilita el acceso a la información, la incorporación de más información y su utilización. El **rendimiento cognoscitivo** no es el único elemento que constituye la pericia, la solución de problemas se lleva a cabo en un contexto social y la habilidad de emitir juicios expertos depende de la familiaridad con la manera de hacer las cosas, las expectativas y las exigencias de trabajo, así como también de la cultura. Muchas veces, el **pensamiento experto** parece automático e intuitivo. Este **razonamiento intuitivo** que parte de la experiencia es también característico de lo que se llama **pensamiento postformal**.

La cognición en la edad media está caracterizada por el **pensamiento integrativo**, dando especial importancia a la creatividad, trabajo y educación en esta etapa del ciclo vital. La gente de edad intermedia muestra una marcada ventaja para solucionar los problemas de la vida cotidiana, la cual procede de su capacidad de sintetizar su conocimiento y su experiencia. En particular, la capacidad para ignorar las distracciones disminuye gradualmente con la edad, lo que hace más difícil realizar muchas cosas al mismo tiempo (Madden y Langley, 2003; Stevens, Hasher, Chiew y Grady, 2008). Por otro lado, las diferencias individuales pueden propiciar la **creatividad** producto de contextos sociales e inclinaciones individuales que favorece la perseverancia y la superación de los obstáculos, donde el entorno no necesariamente es propicio.

- **Desarrollo psicosocial**

Se plantean algunos enfoques teóricos del cambio de la mitad de la vida que explican la existencia de una crisis en el desarrollo de la identidad, el bienestar psicológico y la salud mental positiva en la adultez media. La **crisis de la mitad de la vida** se caracteriza por el estrés intenso resultado de una revisión de la vida pasada y la constatación de no haber alcanzado ciertos objetivos o no verse como una persona realizada en ciertas áreas. En esta crisis la **resiliencia del yo** juega un papel primordial como punto

decisivo para salir victorioso de las transiciones complejas y características de esta etapa psicosocial. Será esta habilidad para adaptarse flexible e ingeniosa a las condiciones de estrés, la que permitirá construir y darle propósito a la vida, las relaciones sociales suelen ser una fuente de bienestar y de refugio en tiempos difíciles.

Así hemos culminado el estudio acerca del desarrollo físico y cognoscitivo en la adultez media, los estilos de vida relacionados con la salud física y mental, de igual forma el desarrollo cognoscitivo en esta etapa del desarrollo humano.

3.2.4. Desarrollo físico, cognoscitivo y psicosocial en la adultez tardía

- **Desarrollo físico (cambios físicos en la adultez tardía)**

En la etapa de la vejez, se presentan diversos cambios físicos, la piel empieza a palidecer y perder elasticidad, se arruga y se reduce la masa muscular, también aparecen venas varicosas en las piernas, el cabello se adelgaza y se torna gris y el vello corporal comienza a escasear. La estatura se empieza a reducir por la atrofia de los discos entre las vértebras espinales, en algunas personas surge osteoporosis y la composición química de los huesos cambia aumentando el riesgo a fractura. En cuanto a su sexualidad, el funcionamiento sexual depende de la actividad sexual como factor fundamental para mantener dicho funcionamiento.

- **Desarrollo cognoscitivo**

Con el paso de los años, y aunque los cambios en las capacidades de procesamiento cognitivo puedan reflejar deterioro neurológico, existe mucha variación individual, lo que sugiere que los deterioros del funcionamiento no son inevitables y quizás puedan prevenirse.

El efecto de los cambios cognoscitivos es influido por la capacidad cognoscitiva temprana, la posición socioeconómica y el nivel educativo.

La velocidad del procesamiento es una de las primeras en deteriorarse, se relaciona con el estado de salud, el equilibrio, el modo de andar y el desempeño de actividades cotidianas de la vida diaria. Aunque ocurren deterioros relacionados con la edad en las capacidades de procesamiento, en general los adultos mayores son menos proclives a exhibir estados de ánimo negativos y más propensos a mostrar estados de ánimo positivos, lo que disminuye este efecto.

A menudo, se considera que las fallas de la memoria son un signo de envejecimiento, el deterioro de la memoria relacionado con la edad corresponde a los cambios en los diferentes sistemas de memoria de corto y largo plazo que permiten al cerebro procesar la información para usarla en un momento posterior. En la **memoria de corto plazo** intervienen la memoria sensorial que mantiene su eficiencia a lo largo de la vida y la memoria de trabajo que pierde su capacidad de manera gradual con los años, lo que hace difícil realizar más de una tarea a la vez.

En la **memoria de largo plazo** hay tres sistemas principales: memoria episódica, que tiene mayor probabilidad de deteriorarse con la edad; la memoria semántica, que tiene que ver con nuestro conocimiento general del mundo y muestra poco deterioro con la edad; y la memoria procedural, que incluye habilidades motoras y hábitos, puede activarse sin esfuerzo consciente, la **automaticidad** es característica de esta memoria y es relativamente poco afectada por la edad.

Así hemos culminado el estudio del desarrollo físico y cognoscitivo en la adultez tardía, destacando las características de la vejez, longevidad y envejecimiento, los cambios físicos, la salud física y mental, y el desarrollo cognoscitivo de la adaptación a dichos cambios depende en gran parte el asumir de forma natural esta nueva etapa del desarrollo.

- **Desarrollo psicosocial en la adultez tardía**

En la adultez tardía, la persona puede examinar su vida, resolver sus asuntos inconclusos, decidir cómo canalizar mejor sus energías y pasar mejor el tiempo que le queda. Para Erikson, el logro mayor de la adultez tardía es el sentido de la integridad del yo, o integridad de sí mismo, un logro basado en la reflexión sobre la propia vida. En la octava y última etapa del ciclo vital, **integridad del yo frente a la desesperanza**, los adultos mayores necesitan evaluar y aceptar su vida para poder aceptar la muerte. La virtud que puede desarrollarse durante esta etapa es la **sabiduría**, un "interés informado y desapegado por la vida cuando se encara la propia muerte" (Erikson, 1985, p. 61).

Las relaciones personales en la vejez son importantes, la **teoría de la selectividad socioemocional** ofrece una explicación algo diferente de los cambios en el contacto social (Cartensen, 1991, 1995, 1996). A medida que el tiempo restante se reduce, los adultos mayores deciden pasar el tiempo

con personas y llevan a cabo actividades que satisfacen sus necesidades emocionales inmediatas.

Debido al número cada vez mayor de adultos mayores activos y saludables, el concepto de envejecimiento ha cambiado y se denomina envejecimiento exitoso u óptimo, aunque la situación financiera, el estado emocional, las relaciones con la familia y amigos, la situación de vivienda y las situaciones de su retiro influyen en esta etapa, existe un proceso dinámico de ajustes, los recursos personales, económicos y los de las relaciones sociales influyen en la forma en la que sobrellevan esta transición.

Estimado estudiante, hemos culminado con el estudio de algunos temas relacionados con la unidad 4, desarrollo físico y cognoscitivo en la adultez tardía, destacando el desarrollo psicosocial y de la personalidad, las relaciones interpersonales y el desarrollo emocional.



Semana 13

3.3. Bases teóricas de la psicoterapia

3.3.1. Aproximación a una definición sobre psicoterapia

La psicoterapia proviene de las siguientes palabras griegas:

- Psico = *Psiche* (espíritu, alma o ser).
- Terapia = *therapeutikos* (asistente o aquel que cuida de otro).

La psicoterapia significa cuidar o asistir al espíritu, corazón o al ser de otra persona (Kleinke, 2002).

A continuación, en la tabla 11 podrá visualizar algunas definiciones de psicoterapia con respecto a las diferentes corrientes de la psicología:

Tabla 11.

Definiciones de psicoterapia

Autor	Definición
Yates	"Tratamiento de desórdenes psíquicos o mentales mediante el empleo de influencias mentales".

Autor	Definición
Eysenck	<i>"Intento de alterar el comportamiento y la emoción humana en una forma benéfica, de acuerdo a las leyes del aprendizaje".</i>
Sluchevski	<i>"Conjuntos de las más variadas medidas de acción terapéutica que tienen por objeto influir por medio de la palabra sobre la actividad de la corteza".</i> <i>"La psicoterapia se realiza por vías de sugestión, de explicación y de convencimiento".</i>
Román Toledo y Rodríguez Rivera	<i>"La rama o modalidad de la terapéutica médica que metodológicamente utiliza la comunicación humana, basándose en los aportes de las ciencias que estudian la personalidad; que se desenvuelven en el marco de la relación produciendo un aumento, una recodificación, o ambos de la información del sistema nervioso central, que modifica el factor psíquico existente en toda enfermedad".</i>
Domínguez	<i>"Tratamiento por medios psicológicos de los problemas y trastornos emocionales de la personalidad"</i>
Whitfor Delgadillo	<i>"Técnica de tratamiento psicológico cuyo instrumento esencial es la palabra dentro de una relación psicoterapeuta-paciente, cuyo objetivo fundamental es el promover las transformaciones cuantitativas y cualitativas de la personalidad, transformaciones que encuentran su materialización únicamente en la actividad social"</i>

Nota. Tomado de Balarezo (2017). Elaborado por Valle, V. (2021).

Como se puede observar, no existe una definición específica sobre el término, sino que hay varios autores que la denominan diferente dependiendo de su inclinación teórica.

3.3.2. Pasos del proceso terapéutico y sus estrategias

El autor del texto complementario sintetiza los pasos del proceso terapéutico de la siguiente manera: expectativas y motivaciones previas a la primera entrevista, investigación, planificación del proceso, aplicación técnica y evaluación del proceso.

Expectativas y motivaciones previas a la primera entrevista

El primer encuentro del psicoterapeuta y el cliente no es un evento casual y carente de significado, durante esta interacción se evidencia la presencia de ciertos factores tanto externos como internos.

- **Factores externos:** factores climáticos, ubicación geográfica, compromisos sociales y familiares.

- **Factores internos:** en el paciente influye la motivación hacia el tratamiento, interés por mejorar su situación, experiencias con tratamientos anteriores, intentos fallidos a la hora de resolver su problemática.

En cambio, en el terapeuta los aspectos que influyen en el primer contacto con el cliente son la disponibilidad de tiempo, la orientación doctrinaria, los intereses personales y las experiencias profesionales.

- **Motivaciones y expectativas en el paciente**

A continuación, algunas motivaciones o expectativas que presentan los pacientes:

- La mayor parte de pacientes que acuden a terapia es por la búsqueda de soluciones para sus problemas o para disminuir y eliminar su sintomatología.
- Otros pacientes asisten por complacer a familiares o personas que se encuentran íntimamente relacionados con ellos.
- En ciertos casos, el acudir a terapia satisface una motivación personal o social la cual se cumple por exigencia de su estatus.
- Finalmente, hay grupos que acuden con un mínimo grado de conciencia o por ciertas exigencias tanto personales e institucionales (Balarezo, 2017).

- **La primera entrevista y el establecimiento de la primera relación terapéutica**

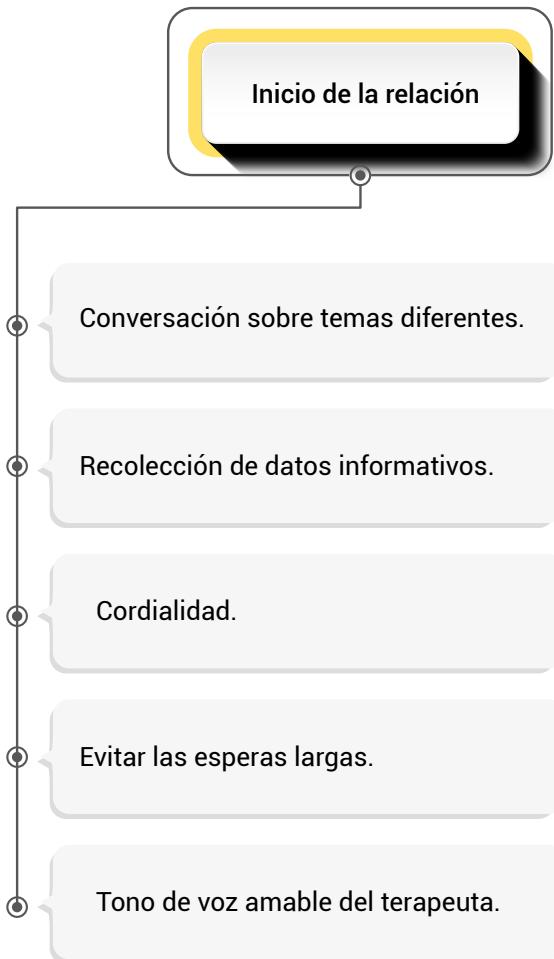
A continuación, analizaremos los diferentes aspectos que deben tomarse en cuenta en el primer contacto terapeuta-paciente.

- **Establecimiento del rapport**

El rapport es el sentimiento de confianza y armonía que se debe presentar entre terapeuta-paciente, buscando un ambiente adecuado para estimular el proceso terapéutico. La confianza que se establezca, especialmente en los primeros minutos de la sesión puede, aumentar en gran parte la capacidad para conducir el desarrollo de la terapia (Morrison, 2015).

En la figura 13 se evidencian algunas tácticas que se emplean al inicio de la relación terapéutica.

Figura 13.
Tácticas que se emplean al inicio de la relación



Nota. Tomado de Balarezo (2017). Elaborado por Valle (2021).

- **Aproximación diagnóstica**

El terapeuta, en el proceso de recolección de información, debe presentar una postura empatía, cordial y que los pacientes se sientan seguros y confiados. Los aspectos que se indagan en esta fase son motivo de consulta, historia del problema, tratamientos previos y actuales, motivación, expectativas y objetivos, limitaciones y recursos del cliente, trastornos anteriores y asociados, y diferentes áreas básicas del cliente (Bados & García, 2009).

- **Confesión y la desinhibición emocional**

El terapeuta facilita la catarsis para eliminar la tensión que tiene el paciente al llegar por primera vez a terapia, es recomendable poseer una postura no directiva, sin críticas ni asombros. La empatía es un aspecto fundamental dentro de todo el proceso terapéutico que actúa como facilitadora para la desinhibición emocional del paciente (Balarezo, 2017).

Estimado(a) estudiante, para finalizar el estudio del tema le invito a leer el texto complementario denominado [Psicoterapia](#) de la página 5 a la 22 para profundizar en la temática, posteriormente debe realizar las actividades recomendadas para obtener una mayor comprensión sobre la psicoterapia y su proceso.

3.3.3. Relación terapéutica

La relación paciente-terapeuta es la interacción personal, es el resultado de diferentes contingencias dependiendo de la evolución histórica de ambas partes, al igual que las actitudes y características que predominan en una cultura o sociedad determinada. Las experiencias previas del paciente pueden influir en el contacto terapéutico, puesto que es un producto de influencias familiares, sociales y culturales (Balarezo, 2017).

En un estudio realizado por Arango y Moreno (2009) consideran que la mayoría de las corrientes psicológicas comparten una definición similar sobre el concepto de la relación terapéutica, resaltando que es una interacción entre dos individuos dentro de un contexto psicoterapéutico, reconociendo que existen diferentes factores para el establecimiento del mismo: la empatía, la flexibilidad, la iniciativa y la actitud del terapeuta.

- **Características personales del paciente y el terapeuta**

- **Paciente:** motivación al tratamiento, estado de las funciones intelectivas, nivel de integración de la personalidad, capacidad de resultado emocional y flexibilidad.
- **Terapeuta:** condiciones intelectivas apropiadas, formación académico-científica, equilibrio y madurez emocional, comprensión y capacidad empática, integración ética y buena capacidad para establecer contactos interpersonales.

Uno de los componentes principales dentro de la relación terapéutica es la alianza de trabajo. Una adecuada alianza requiere un estrecho vínculo entre cliente y terapeuta que refuerce la colaboración en los objetivos y metas que se han propuesto durante el proceso (Kleinke, 2002).

Tres elementos componen la alianza de trabajo:

- **La tarea:** aquellas responsabilidades tanto del cliente como del terapeuta.
- **Los objetivos:** metas acordadas al inicio del proceso y resultados del tratamiento.
- **Los vínculos:** cercanía de la relación terapeuta-paciente e influyen aspectos como la confidencialidad, aceptación y confianza.

3.3.4. Las comunicaciones en psicoterapia

■ Técnicas de comunicación y su análisis

Durante todo el proceso terapéutico se utilizan diversos recursos verbales que son de gran ayuda para la obtención de buenos resultados, a continuación, se describirán cada uno de ellos.

- **Recapitulación:** síntesis de las comunicaciones. Tiene como objetivo recordar aspectos importantes del relato del paciente, se utiliza para identificar algunos temas comunes, revisar el progreso de la terapia y proporcionar un encuadre (Kleinke, 2002).
- **Interrogación:** empleada dentro de la entrevista psicológica, las preguntas deben ser de forma directa, clara y precisa, evitando un interrogatorio acusador o que las respuestas sean con monosílabos (Kleinke, 2002).
- **Proporcionar información:** se ofrece información sobre situaciones desconocidas como higiene sexual, orientación educativa, profesional y vocacional, formación de síntomas y trastornos, etc.
- **Seguir o dar consejos:** aconsejar es expresar libremente la opinión propia de acuerdo a un tema determinado estableciendo un mayor riesgo de error. Según Kleinke (2002) identifica tres razones por la que los terapeutas deben evitar dar consejos:

- **Confrontación o señalamiento:** se utiliza para identificar contenidos poco comprensibles y para buscar diferentes alternativas de interpretar o percibir situaciones problemáticas (Kleinke, 2002).
- **Intervención paradojal:** con esta intervención se trata de conseguir un efecto contrario, los terapeutas cumplen un rol de persuasor para convencer a sus clientes de asumir riesgos y cambiar sus formas de comportarse y pensar (Kleinke, 2002).
- **Operaciones de encuadre o estructura:** especificaciones de la estructuración de la relación psicoterapéutica como mayor dirección, aspectos de transferencia o conflictos temporales en el contacto.
- **Reafirmación o técnicas de apoyo:** comunicación que aliente al paciente y preste apoyo emocional basado específicamente en sus logros y capacidades actuales o anteriores, esta comunicación permite contrarrestar los sentimientos inadecuados del paciente disminuyendo la ansiedad y aumentando la autoestima (Kleinke, 2002).
- **Reflejo de sentimientos:** este tipo de comunicación refleja al cliente la comprensión correctamente de lo que él siente o experimenta, esto permitirá mejorar la relación terapéutica y que el paciente pueda sin temor expresar sus sentimientos (Balarezo, 2017).
- **Silencio:** Se suele presentar en diversas circunstancias:
 - Al inicio, por temores del paciente sobre su problemática.
 - Durante el proceso de la entrevista, cuando se aborden temas conflictivos.
 - Por la inseguridad del terapeuta.
 - Búsqueda de reafirmación o apoyo del paciente.
 - Descarga emocional.
 - Posterior de una intervención para estimular el razonamiento sobre lo afirmado.
 - Cuando se desea aumentar la angustia para movilizar cargas afectivas.
- **Interpretación:** esta intervención se utiliza para ayudar al cliente en la búsqueda de significado de su problemática y que comprenda sus sentimientos, pensamientos y comportamientos. De igual forma, se

interpretan los resultados de los instrumentos psicométricos (Kleinke, 2002).

Estimado(a) estudiante, para finalizar el estudio del tema le invito a leer el texto básico sobre “**Interpretación de las comunicaciones no verbales**”, para profundizar en la temática y posterior a ello realizar las actividades recomendadas para obtener una mayor comprensión sobre la relación terapéutica y las comunicaciones dentro del proceso terapéutico.

Perfecto, continuemos.



Semana 14

3.4. Psicopatología

3.4.1. Trastornos depresivos

▪ **¿Qué son los trastornos depresivos?**

La depresión es una alteración del estado anímico que tiene una sintomatología similar en niños y adultos presentándose sentimientos de tristeza, desesperanza, desesperación y falta de energía, entre otros (Martínez, 1995).

La depresión en etapas tempranas de la vida puede estar influenciada por múltiples factores, entre ellos están las vulnerabilidades biológicas consecuencia de la genética o aspectos prenatales; influencias ambientales como el estilo de crianza, eventos estresantes en la vida o características del ambiente en el que se desenvuelven; y, finalmente, está la forma de percibir el mundo, la mayoría de personas con depresión tienen una visión obscura del pasado, presente y futuro (Rey, Bella-Awusah y Liu, 2015).

Continuemos con el aprendizaje mediante su participación en la actividad que se describe a continuación:

[Tipos de trastornos depresivos](#)

Para una mejor comprensión de la temática abordada es recomendable que revise el apartado “trastornos depresivos” en su texto base.

3.4.2. Trastornos de ansiedad

- ¿Qué son los trastornos de ansiedad?**

Los trastornos de ansiedad se caracterizan por generar miedo y ansiedad excesivos. A diferencia del sentimiento de ansiedad que se da cuando enfrentamos una situación de peligro real, en los trastornos de ansiedad el miedo o ansiedad son excesivos, sobredimensionados y persisten durante largos períodos de tiempo. Es muy importante tomar en cuenta el contexto cultural en el trastorno de ansiedad, ya que hay ciertas situaciones u objetos que se perciben diferentes en determinadas sociedades (APA, 2014).

Los trastornos de ansiedad afectan a todas las edades, pueden desencadenarse en la niñez, como en el caso del mutismo selectivo o por una experiencia traumática en la vida adulta como en las fobias específicas.

- Tipos de trastornos de ansiedad**

Entre los trastornos de ansiedad tipificados en el DSM 5 se encuentran:

- El trastorno de ansiedad por separación**

Este trastorno se caracteriza porque el sujeto experimenta una ansiedad excesiva y superior a la esperada para su nivel de desarrollo cuando se aleja del hogar de las personas más cercanas. Es característico de este trastorno el creer que a las personas queridas les pasara algo o morirán, por lo que quieren pasar el mayor tiempo posible con ellas, también suele ser común que piensen que les puede pasar algo malo a ellos mismos que les impida reunirse con sus seres queridos (APA, 2014).

- La fobia específica**

En este trastorno hay un temor o ansiedad recurrente a objetos o situaciones específicas, tales como suciedad, bacterias, algún tipo de animal, volar en avión, etc. Este miedo va más allá de los temores normales y transitorios que se producen en la población. La evitación activa del estímulo fóbico es frecuente en el trastorno (APA, 2014).

- El trastorno de ansiedad social**

Trastorno caracterizado por un miedo o ansiedad reiterada y severa a las situaciones sociales en las que se cree habrá una evaluación de los

demás. Se considera que el miedo experimentado por la persona es desproporcionado (APA, 2014).

- **Trastorno de pánico**

En el trastorno de pánico el individuo experimenta un conjunto de síntomas físicos y cognitivos conocidos como ataques de pánico de forma recurrente e inesperada. En este trastorno es común experimentar palpitaciones, sudoración, temblores, dificultad para respirar, sensación de ahogo, dolor o molestias en el tórax, náuseas o malestar abdominal, sensación de mareo, escalofríos o sensación de calor, parestesias, desrealización o despersonalización, miedo a perder el control y miedo a morir (APA, 2014).

- **Agorafobia**

La agorafobia se caracteriza por la presencia de un miedo intenso a dos o más de las siguientes situaciones: usar el transporte público, estar en espacios abiertos, estar en sitios cerrados, hacer cola o estar en medio de una multitud, estar fuera de casa solo. Los individuos con este trastorno consideran que experimentarán una crisis ante estas situaciones y no podrán escapar a un lugar seguro (APA, 2014).

- **Trastorno de ansiedad generalizada**

A diferencia de la fobia específica, en el trastorno de ansiedad generalizada nos encontramos con un miedo o ansiedad recurrente a diversas situaciones de la vida, esta ansiedad es desproporcionada, es decir, no se corresponde con el peligro real que representa la situación. Este trastorno se manifiesta con una serie de síntomas tales como inquietud, fatigabilidad, problemas para concentrarse, tensión muscular y alteraciones en el sueño (APA, 2014).

- **Trastorno de ansiedad inducido por sustancias/medicamentos**

Como su nombre lo indica, en este trastorno los síntomas de ansiedad o ataques de pánico se producen como consecuencia de la intoxicación o abstinencia a una sustancia o medicamento, entre ellos se encuentran el alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, opiáceos, cocaína, entre otros (APA, 2014).

- **Trastorno de ansiedad debido a otra afección médica**

En este trastorno los síntomas de ansiedad o ataques de pánico son la consecuencia fisiopatológica directa de otra afección médica. El trastorno generará consecuencias en las distintas esferas de la vida del individuo (APA, 2014).

Perfecto, llegados a este punto debemos retomar el texto básico y profundizar en aquellos aspectos más importantes sobre depresión y ansiedad.

3.4.3. Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos

- **Conceptualización de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos**

Estimados estudiantes, en la primera unidad del segundo bimestre nos enfocaremos en la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, para lo cual es importante que revisen el Manual Diagnóstico DSM-5. La clasificación actual de trastornos mentales especifica nueve subcategorías para la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos: (1) trastorno delirante, (2) trastorno psicótico breve, (3) trastorno esquizofreniforme, (4) esquizofrenia, (5) trastorno esquizoafectivo, (6) trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos, (7) trastorno psicótico debido a otra afección médica, (8) catatonía asociada a otro trastorno mental y (9) trastorno catatónico debido a otra afección médica.

Los trastornos psicóticos se definen por anomalías en uno o más de los siguientes cinco dominios: delirios, alucinaciones, pensamiento desorganizado, comportamiento motor desorganizado o anómalo y síntomas negativos (APA, 2014). Los cuatro primeros se los consideran como síntomas positivos, ya que son menos graves y generalmente mejoran con ayuda de medicación.

- **Clasificación de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos**

Los trastornos que se encuentran en la categoría "esquizofrenia y otros trastornos psicóticos" son el **trastorno delirante**, caracterizado por la presencia de uno o más delirios que persisten durante al menos un mes.

El **trastorno psicótico breve**, que se caracteriza por presentar alteración que implica el inicio brusco de, al menos, uno de los siguientes síntomas positivos: delirios, alucinaciones, discurso desorganizado o comportamiento

psicomotor muy anómalo incluyendo la catatonía. El inicio brusco se define como un cambio de un estado no psicótico a otro claramente psicótico dentro de un periodo de dos semanas, habitualmente sin pródromo, un episodio del trastorno dura al menos un día, pero menos de un mes y el individuo al final retorna por completo al nivel del funcionamiento premórbido.

En el **trastorno esquizofreniforme** los síntomas característicos son idénticos a los de la esquizofrenia, se distingue por su diferente duración: la duración total de la enfermedad, incluidas la fase prodrómica, activa y residual, es de al menos un mes, pero menor de seis meses. El diagnóstico de trastorno esquizofreniforme se realiza en dos situaciones: (1) cuando un episodio de la enfermedad dura entre uno y seis meses, y el sujeto ya se ha recuperado, y (2) cuando el individuo tiene síntomas durante menos de los seis meses requeridos para diagnosticar una esquizofrenia, pero todavía no se ha recuperado.

Por su lado, la **esquizofrenia** tiene todo un abanico de disfunciones cognitivas, conductuales y emocionales. El diagnóstico conlleva la identificación de una constelación de signos y síntomas asociados con un deterioro del funcionamiento laboral o social. Los sujetos con este trastorno variarán de manera sustancial en la mayoría de las características, ya que la esquizofrenia es un síndrome clínico heterogéneo, abarcando los síntomas positivos y negativos anteriormente nombrados.

En cambio, para el diagnóstico del **trastorno esquizoafectivo** se debe valorar la manifestación ininterrumpida de los síntomas, periodo durante el cual el individuo sigue manifestando síntomas activos o residuales de la patología psicótica, acompañados de un episodio mayor del estado anímico (maníaco o depresivo).

En el **trastorno psicótico inducido por sustancias/medicamentos** las características esenciales son los delirios o alucinaciones prominentes que se consideran debido a los efectos fisiológicos de una sustancia/medicamento. Este trastorno se distingue de un trastorno psicótico primario considerando el inicio, el curso y otros factores, surgen durante o poco después de la exposición de un medicamento o tras la intoxicación o abstinencia de sustancias, pero pueden persistir durante semanas, mientras que los trastornos psicóticos primarios pueden preceder al inicio del uso de sustancias/medicamentos o pueden presentarse durante periodos de abstinencia prolongada.

De igual forma sucede en el **trastorno psicótico debido a otra afección médica**, las características esenciales son los delirios o alucinaciones prominentes que se consideran atribuibles a los efectos fisiológicos de otra afección médica y que no se explican mejor por otro trastorno mental. Finalmente, el diagnóstico de **catatonía asociada a otro trastorno mental** puede utilizarse cuando se cumplen los criterios de la catatonía durante el curso de un trastorno del neurodesarrollo, psicótico, bipolar, depresivo o mental de otro tipo y la **catatonía no especificada**, se aplica cuando los síntomas característicos de la catatonía causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento, pero la naturaleza del trastorno mental subyacente u otra afección médica no está clara, no se cumple todos los criterios de catatonía o no existe información suficiente para hacer un diagnóstico más específico.

3.4.4. Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos

- Conceptualización de los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos**

Estimados estudiantes, en la siguiente unidad abordaremos los trastornos relacionados con sustancias, para lo cual es de suma importancia realizar una revisión previa de los criterios diagnósticos en el Manual Diagnóstico DSM-5. Dicha clasificación específica diez subcategorías relacionadas con distintas sustancias: (1) alcohol, (2) cafeína, (3) cannabis, (4) alucinógenos, (5) inhalantes, (6) opiáceos, (7) sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, (8) estimulantes, (9) tabaco y (10) otras sustancias (o sustancias desconocidas).

Todos los trastornos por consumo de sustancias del DSM-5 requieren que exista deterioro o malestar clínicamente significativo y la presencia de al menos dos consecuencias físicas, psicológicas y sociales del consumo. El DSM-5 contempla varios especificadores para caracterizar los trastornos por consumo de sustancias; estos especificadores tienen que ver con el curso y la gravedad (APA, 2014).

- Clasificación de los trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos**

Los trastornos relacionados con sustancias engloban diez clases diferentes de drogas, no son radicalmente distintas entre sí. Cualquier droga consumida en exceso provoca una activación directa del sistema de recompensa del cerebro que participa en el refuerzo de los

comportamientos y la producción de recuerdos, dicha activación es tan intensa que se ignoran las actividades normales. Los trastornos relacionados con sustancias se dividen en dos grupos: los trastornos por consumo de sustancias y los trastornos inducidos por sustancias.

Los **trastornos por consumo de sustancias** tienen como característica esencial la asociación de síntomas cognitivos, comportamentales y fisiológicos que indican que la persona continúa consumiendo la sustancia a pesar de los problemas significativos relacionados con dicha sustancia. En cambio, en los **trastornos inducidos por sustancias** se incluyen la intoxicación, la abstinencia y otros trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos. Hablamos de **intoxicación** cuando hay el desarrollo de un síndrome específico y reversible debido a la ingesta reciente de las sustancias. En cambio, la **abstinencia** se caracteriza por el desarrollo de cambios significativos y problemáticos comportamentales, junto con cambios fisiológicos y cognitivos debido al cese o a la reducción del consumo prolongado y frecuente de la sustancia. Y los **trastornos mentales inducidos por sustancias/medicamentos** son síndromes potencialmente graves y frecuentemente temporales, aunque algunas veces son persistentes, que se desarrollan como consecuencia de los efectos del abuso de sustancias de medicamentos o de algunas toxinas.



Actividades de aprendizaje recomendadas

1. Realice un mapa mental con los principios de la organización conceptual.
2. Redacte su propia definición de percepción.
3. Busque tres anuncios visuales donde utilizan las leyes de la Gestalt en la publicidad.
4. Elabore un mandala donde se evidencie el proceso perceptivo.

Estrategias de trabajo

1. Desarrolle sus actividades impregnado/a de concentración y curiosidad.
2. Escoja un espacio iluminado, ordenado y limpio para trabajar.
3. Lea comprensivamente el capítulo asignado para esta unidad.
4. Utilice las técnicas del subrayado, resumen y extracción de ideas principales.

Nota. Conteste las actividades en un cuaderno de apuntes o en un documento Word.

Si usted desarrolla correctamente los ejercicios propuestos, su nivel de comprensión es satisfactorio. En caso contrario, revise nuevamente toda la unidad, solo así podrá continuar con el estudio siguiente.



Autoevaluación 3

DESARROLLO DE LA INFANCIA

Elija un solo literal como respuesta correcta:

1. Los bebés que nacen con bajo peso o son prematuros o ambas cosas inclusive para ayudar a que se desarrollen mejor son colocados en:
 - a. Plancha antiséptica.
 - b. Incubadora.
 - c. Tratamiento.

2. A la capacidad de percibir objetos y superficies en tres dimensiones se la conoce como:
 - a. Percepción de la profundidad.
 - b. Percepción háptica.
 - c. Guía visual.

3. El feto que nace después de las cuarenta y dos semanas de gestación, contando desde la fecha de la última menstruación de la madre, es considerado como:
 - a. Prematuro.
 - b. Posmaduro.
 - c. Neonato.

4. La proporción de los bebés que nacen vivos y que mueren durante el primer año de vida se la conoce como:
 - a. Niños mortinatos.
 - b. Decesados.
 - c. Tasa de mortalidad infantil.

5. Durante la infancia la probabilidad de sufrir una muerte por lesión es más frecuente en:
- Niñas.
 - Niños.
 - En ambos sexos por igual.

DESARROLLO EN LA ADOLESCENCIA, MADUREZ Y SENECTUD

Lea cada una de las preguntas y seleccione la respuesta correcta a cada planteamiento.

6. La etapa de la adultez emergente comprende:
- Entre los 18 y los 21 años.
 - Entre los 19 y 25 años.
 - Entre 18 o 19 años hasta los 25 o 29 años.
 - A partir de los 20 años.
7. Los factores conductuales que influyen en la salud y condición física en la adultez emergente son:
- Depresión y alcoholismo.
 - Trastornos alimentarios, estrés, tabaquismo, consumo de alcohol.
 - Conductas antisociales, drogadicción.
 - Ansiedad, estrés y depresión.
8. Los problemas de salud mental en la adultez emergente pueden estar influenciados por:
- Depresión, intento de suicidio.
 - Ansiedad, conductas de riesgo antisocial.
 - Alcoholismo, consumo y abuso de drogas, depresión.
 - Abuso de sustancias, conductas sexuales de riesgo.

9. Algunas características de la conducta y actitudes sexuales en la adultez emergente y temprana son:
- Trastornos relacionados con la menstruación, ITS e infertilidad.
 - Demostraciones de su orientación sexual, incremento de su actividad sexual, acoso sexual a mujeres en algunos casos.
 - Conductas sexuales de riesgo, doble moral, declaración de su identidad sexual.
 - Más parejas sexuales, sexo casual, tendencia a ataques sexuales de mujeres, menos críticos y prejuiciosos a la actividad sexual, doble moral, clara identidad sexual.
10. La capacidad para el pensamiento reflexivo surge entre:
- Entre 18 a 22 años.
 - Entre 20 a 25 años.
 - Entre 19 y 29 años.
 - Entre 20 y 29 años.

BASES TEÓRICAS DE LA PSICOTERAPIA

11. Cuando un compromiso familiar influye en el primer encuentro entre el paciente y el terapeuta. Estamos hablando de un:
- Factor interno.
 - Factor externo.
 - Factor interno y externo.
12. () El diagnóstico clínico etiopatogénico es una búsqueda selectiva que exige un trabajo analítico – sintético.
13. Definir a qué tipo de diagnóstico corresponden las condiciones de vida del paciente como: factores físicos, económicos y socioculturales:
- Diagnóstico clínico etiopatogénico.
 - Diagnóstico del entorno del paciente.
 - Diagnóstico de la personalidad, actitudes y motivaciones para el tratamiento.

14. El terapeuta no solamente permite, sino que facilita el relato libre para eliminar la tensión en el sujeto y buscar el alivio, es recomendable presentar (seleccionar varias alternativas).
- Una posición directiva.
 - Ausencia de críticas.
 - Manifestaciones empáticas.
 - Asombro de las situaciones.
15. () Las técnicas que se utilizarán en el proceso terapéutico están acorde a los objetivos propuestos.
16. () Durante la aplicación de la técnica de un proceso terapéutico no se pueden realizar ningún tipo de rectificación o cambio.
17. ¿A qué técnica de comunicación nos referimos cuando el terapeuta repite o reformula con ciertas modificaciones lo manifestado por el paciente?
- Recapitulación.
 - Reformulación de contenido.
 - Interrogación.
18. La técnica de comunicación de recapitulación hace referencia a :
- Repetición o reformular con ciertas modificaciones, lo manifestado por el paciente.
 - Reflejar al cliente la comprensión correctamente de lo que él siente o experimenta.
 - Sintetizar las comunicaciones con el objetivo de recortar aspectos importantes del relato del paciente.
19. () El reflejo de sentimientos permitirá mejorar la relación terapéutica y el paciente puede sin temor expresar sus sentimientos.
20. Las expresiones personales que se encuentran vinculados con los estados de tensión, son gestos:
- Conscientes.
 - Técnicos.
 - Autodirigidos.

PSICOPATOLOGÍA

Estimado estudiante, la presente autoevaluación no es calificada, sin embargo, le recomiendo que la lleve a cabo para que ponga a prueba sus conocimientos sobre la temática.

21. ¿Cuál de los siguientes criterios invariablemente debe estar presente en un trastorno de estrés postraumático?
 - a. Fuga disociativa.
 - b. Ideación suicida.
 - c. Manía.
 - d. Eventos traumáticos o estresantes.
 - e. Ninguno de ellos.

22. () Según el DSM - 5 los siguientes trastornos: trastorno de estrés postraumático y el trastorno de estrés agudo son tipos de trastornos de ansiedad.

23. ¿Cuál de los siguientes es el tiempo mínimo requerido para poder diagnosticar un trastorno de estrés agudo.
 - a. 1 día.
 - b. 1 semana.
 - c. 1 mes.
 - d. 1 año.

24. ¿Qué trastorno afecta a las mujeres días antes del inicio de su periodo y genera: cansancio, frustración, cambios intensos del estado de ánimo, y en algunos casos ideación suicida remitiendo una vez ha finalizado el periodo.
 - a. Trastorno bipolar.
 - b. Agorafobia.
 - c. Trastorno disfórico premenstrual.
 - d. Ninguno de los anteriores.

25. Los trastornos de desregulación disruptiva del estado de ánimo se contemplan en los:
 - a. Trastornos de ansiedad.
 - b. Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés.
 - c. Trastornos depresivos.

26. Cuando un niño presenta un estado de ánimo persistentemente irritable, con accesos de cólera graves y recurrentes que se pueden manifestar verbal o comportamentalmente puede tener un:
- Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo.
 - Trastorno de depresión mayor.
 - Trastorno disfórico premenstrual.
 - Ninguna de las anteriores.
27. () El trastorno depresivo mayor se conoce también como distimia.
28. () Un trastorno de fobia específica se da ante todas las situaciones de la vida.
29. La agorafobia es un tipo de:
- Trastorno de ansiedad.
 - Trastorno depresivo.
 - Trastorno relacionado con traumas o factores de estrés.
30. Seleccione los criterios correctos para el trastorno de ansiedad por separación:
- Miedo o ansiedad excesiva e inapropiada para el nivel de desarrollo del individuo concerniente a su separación de aquellas personas por las que siente apego.
 - Preocupación excesiva y persistente por la posible pérdida de las figuras de mayor apego o de que puedan sufrir un posible daño, como una enfermedad, daño, calamidades o muerte.
 - Preocupación excesiva y persistente por la posibilidad de que un acontecimiento adverso (puede ser raptado, tener un accidente) cause la separación de una figura de gran apego.
 - Todas las anteriores.

Ir al solucionario que se encuentra al final de la guía para que verifique sus respuestas.

[Ir al solucionario](#)



Semana 15 y 16

REPASO CONTENIDOS SEGUNDO BIMESTRE:

- Redacción de informes psicológicos.
- Psicometría
- Desarrollo de la Infancia
- Desarrollo en la madurez
- Bases Teóricas de la psicoterapia
- Psicopatología



4. Solucionario

Autoevaluación 1		
Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	b	El estudio de la conciencia según Wundt, consiste en estudiar los componentes de la misma al momento en que es vivida es decir de manera inmediata.
2	a	La introspección era un método asistemático y sin control por lo que no era posible esperar que arroje resultados positivos para la psicología científica.
3	c	En su trabajo clínico Freud identificó a lo que llamó "neurosis reales" que son verdaderas enfermedades físicas causadas por "exceso o deficiencia de determinadas toxinas nerviosas", originadas por la masturbación.
4	c	William James médico pragmatista, definió la psicología como la "ciencia de la vida mental".
5	a	La conciencia posee el valor para la supervivencia, dirige cadenas asociativas al servicio de nuestros intereses y al dirigir esta asociación se dirige el pensamiento y por lo tanto la acción.
6	c	James decía que los contenidos mentales eran algo evanescente y fugaz, mientras que las funciones mentales, particularmente la función de elegir sí tenía carácter permanente.
7	c	
8	a	Para Pavlov, no había necesidad de ningún constructo mental, pues el sistema nervioso ofrece los mecanismos para la reflexología; todo el aprendizaje se reduce a la relación entre estímulos del medio y función mediadora del córtex.
9	a	Skinner creía que la conducta se manifiesta una vez que su condición aparece sin la necesidad de reforzarlo cada vez, este comportamiento es el que se denomina operante.
10	a	La idea de Rogers en su terapia era que no se sienta como tal, sino más bien, en una conversación casual en la cual el ahora llamado cliente libera la tensión y ansiedad del problema a través del diálogo.
11	c	Los nociceptores son los receptores que se encargan de captar estímulos dolorosos.
12	d	La adaptación sensorial ocurre cuando un sujeto se acostumbra a determinado estímulo por el tiempo en el que fue expuesto, por lo tanto, deja de responder ante él de la misma forma en que lo hacía.

Autoevaluación 1		
Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
13	d	Existen solo dos tipos de umbrales, el absoluto y el diferencial, cada uno con funciones distintas.
14	a	La sensación es un proceso a través del cual los órganos sensitivos dan respuesta a los estímulos del entorno. Al tener tanta relevancia en la vida del humano, se cataloga como una función básica del cerebro.
15	b	La percepción es el proceso encargado de decodificar las señales provenientes del entorno captadas por los órganos de los sentidos.
16	F	Las ondas delta se presentan en la última etapa del sueño.
17	F	La catalepsia es un trastorno repentino en el sistema nervioso caracterizado por la pérdida momentánea de la movilidad muscular voluntaria e involuntaria.
18	F	En la meditación de concentración nos centramos en un solo punto focal, como un objeto, un pensamiento o la respiración
19	V	La cocaína es un estimulante del sistema nervioso. Se deriva de las hojas de coca.
20	F	Los calmantes tienen como función relajar, por lo tanto, disminuyen los niveles de ansiedad y tensión.
21	c	En la conceptualización de la personalidad los temas que se destacan están relacionados con las diferencias individuales y funcionamiento intrapersonal.
22	a-c	En el estudio científico de la personalidad, los propósitos de las teorías están vinculados con explicar un fenómeno que ya se conoce y también predecir nueva información.
23	a	Las teorías de la personalidad se enfocan en la naturaleza de la personalidad humana.
24	a-b	Para los psicólogos es importante la evaluación de la personalidad, porque les ayuda a diagnosticar problemas y estudiar las características de la personalidad.
25	b	La perspectiva de los rasgos refiere que las personas tienen cualidades relativamente estables, que se evidencian en diferentes escenarios y se encuentran profundamente incrustados en la persona.
26	b	La perspectiva del aprendizaje social postula que la personalidad de un individuo es la suma integrada de todo lo que la persona ha aprendido hasta la actualidad.
27	a	La investigación en la que se busca determinar en un grupo de estudiantes, establecer la relación entre inteligencia (coeficiente intelectual), estado nutricional y nivel educación de los padres; es de tipo correlacional.

Autoevaluación 1		
Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
28.	a-d	En la medición de la personalidad los cuestionarios e inventarios al ser autorreportes, se solicita a los sujetos que respondan a preguntas específicas, por lo general en el formato de opción múltiple.
29.	c	Cuando un investigador del ámbito de la personalidad aplica un retest, busca determinar la confiabilidad y la estabilidad a través del tiempo
30.	a	La validez predictiva está determinada por el grado en que la medición predice otras variables a pronóstico.
31.	d	Un mosaico sensorial donde se realiza la transducción.
32.	d	Las fibras musculares intrafusales.
33.	b	Al cambio de portadora que ocurre a dicho nivel se lo denomina transducción.
34.	a	En el proceso de transducción, los cambios en el potencial de membrana denominados potencial receptor de una célula receptora reflejan los estímulos.
35.	c	Los mecanismos involucrados en este proceso pueden depender de procesos pre-receptoriales, como en el caso del corpúsculo de Pacini.
36.	a	Molestia persistente, presenta pesadez, tensión y torpor.
37.	d	Termoanelgesia.
38.	d	Recuperación instantánea.
39.	c	Pérdida súbita de la conciencia.
40.	D	Estrés.
41.	a	Estrechar o focalizar la conciencia selectivamente en una parte del entorno sensitivo o en una clase de estímulo.
42.	V	Es sinónimo de reconocimiento del conocimiento.
43.	d	Solo se puede procesar una determinada cantidad de información a la vez.
44.	V	Solo se activa la corteza parietal derecha.
45.	a	El sistema activador reticular ascendente.
46.	a	Es la incapacidad para recordar acontecimientos de los primeros años de vida.
47.	b	Que las memorias se almacenan de forma permanente.
48.	V	Se clasifica en episódica y semántica.
49.	c	Corresponde a todo el conocimiento no autobiográfico.
50.	a	El hipocampo, las cortezas renales, y la corteza prefrontal.

[Ir a la autoevaluación](#)

Autoevaluación 2		
Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	c	Los roles que cada uno desempeña en el contexto de la entrevista no deben ser simétricos como sucedería en ambos ejemplos; no se espera que el cliente disponga de recursos o habilidades específicas para propiciar una interacción fluida y productiva, pero sí debe exigir el profesional.
2	a	En ese contexto de relación profesional mutuamente acordada, ambos protagonistas interactúan tanto verbalmente como de manera no verbal, pero el entrevistador debe aportar además sus conocimientos y habilidades técnicas específicas para evaluar, comprender y ayudar al cliente a conseguir sus objetivos.
3	b	Ser empáticos significa que somos capaces de ponernos en el lugar de otra persona y de comprender lo que le sucede, de entender sus sentimientos, aunque no nos agrada como persona o no nos sintamos inclinados afectivamente ni de ningún otro modo hacia ella.
4	c	El rapport es definido como una relación agradable y de compromiso mutuo, con alto nivel de afecto positivo, atención mutua, relación armoniosa, comunicación tranquila, alto grado de sincronía y simetría en la interacción.
5	a	El segundo paso consiste en que el entrevistador debe dedicar unos minutos a una charla informal.
6	b	En el ámbito de la salud, los elementos de los pasos de la entrevista psicológica son la historia clínica y examen de estado mental.
7	a	En el ámbito de la salud, el evaluador de la entrevista tiene como objetivo principal establecer y mantener rapport en la fase inicial de la entrevista.
8	b	La propia naturaleza del problema es uno de los motivos por el cual los individuos presentan una serie de resistencias o barreras a la entrevista.
9	c	Las entrevistas estructuradas son más largas y tediosas, las preguntas están previamente establecidas, existe un orden de dirección de entrevista y suelen ser las indicadas para realizar diagnósticos.
10	a	Las entrevistas no estructuradas tienen una mayor brevedad, ya que se realizan en función de algunas líneas muy generales.
11	V	Los modelos que han servido de base a la evaluación son: el atributo, dinámico, médico, conductual, cognitivo y constructivista.
12	F	En el modelo conductual, se trata de realizar un análisis funcional entre variables ambientales y la conducta, por la que se consulta mediante técnicas de observación, de autoinforme o instrumentos psicofisiológicos, así como también la relación entre esa conducta y otras variables que desde la persona pueden estar explicando esa conducta objeto de estudio.

Autoevaluación 2		
Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
13	c	Modelo del atributo.
14	a	Modelo del atributo.
15	V	Un niño, con retardo psicomotor, informa estar triste, comer escasamente, sentirse triste, tener dificultades para la atención y concentración, pensar que la vida no merece la pena, el psicólogo probablemente infiera que está deprimido. En este ejemplo estamos ante un nivel de inferencia II.
16	V	La evaluación psicológica es el estudio científico que se realiza del comportamiento humano, sea esta individual o grupal, e independientemente del tipo de enfoque con el cual se maneje dicho proceso.
17	b	Como un planteamiento experimental.
18	a	Porque le permite identificar si la demanda es lícita y si está en capacidad.
19	a	Porque son recursos objetivos y le permiten más elementos para comprender la realidad del paciente.
20	c	En función de las observaciones realizadas e informaciones recibidas, tanto por medio de las entrevistas como por los datos de archivo.
21	V	El informe psicológico es un documento legal, que permite plasmar la actividad profesional del psicólogo.
22	F	El informe psicológico carece de rigor científico, dado que es un documento que carece de credibilidad.
23	V	Para elaborar un correcto informe psicológico es necesario tener en cuenta el código deontológico.
24	V	El informe psicológico es un documento duradero que deja constancia de los resultados de evaluación.
25	b-c	Derecho del evaluado de conocer sus resultados. Confidencialidad.
26	V	La tarea diagnóstica es la acción que realiza un profesional clínico cualificado cuando asigna a un patrón de comportamientos una categoría de algún sistema de clasificación.
27	b	Cuando es sugerido como requisito para llevar a cabo varios procesos (tratamiento).
28	F	Para realizar un diagnóstico formal, el profesional debe tener poco conocimiento de los sistemas nosológicos para clasificar comportamientos problemáticos
29	a	La primera entrevista.
30	V	Con la primera recogida de datos se puede determinar el motivo de consulta, los aspectos relevantes de la problemática y las circunstancias en la que se presenta.
31	F	La confiabilidad será más baja mientras más alto sea el error.

Autoevaluación 2		
Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
32	F	La consistencia de las puntuaciones obtenidas por una misma persona se la denomina confiabilidad.
33	F	El método que incluye división por mitades de Spearman, las fórmulas de Kuder-Richardson y el coeficiente de alfa de Cronbach es la consistencia interna.
34	F	La medición tiene que ver con lo que miden.
35	V	La confiabilidad entre calificadores es hacer que dos personas califiquen las respuestas de un número considerable de examinados y calcular luego la correlación entre los dos conjuntos de calificaciones.
36	c	El grado en que una prueba mide lo que está diseñado para medir se denomina validez.
37	b	La validez de constructo es la que se refiere al grado en que el instrumento mide un constructo en particular, o concepto psicológico.
38	a	Dos de los criterios fundamentales para tener cierta seguridad es conocer acerca de la confiabilidad y validez de la prueba.
39	c	La validez del constructo es de mayor importancia para las pruebas de personalidad.
40	b	El test- retest también se lo denomina coeficiente de estabilidad.

[Ir a la
autoevaluación](#)

Autoevaluación 3		
Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
1	b	Los bebés que nacen con bajo peso o son prematuros o ambas cosas inclusive para ayudar a que se desarrollen mejor son colocados en incubadora.
2	a	A la capacidad de percibir objetos y superficies en tres dimensiones se la conoce como percepción de la profundidad.
3	b	El feto que nace después de las cuarenta y dos semanas de gestación, contando desde la fecha de la última menstruación de la madre, es considerado como posmaduro.
4	c	La proporción de los bebés que nacen vivos y que mueren durante el primer año de vida se la conoce como tasa de mortalidad infantil.
5	b	Durante la infancia, la probabilidad de sufrir una muerte por lesión es más frecuente en niños.
6	c	Algunos científicos del desarrollo sugieren que la adultez emergente es una etapa distinta del curso de la vida, una etapa exploratoria, época de posibilidades, una oportunidad para probar nuevas y diferentes formas de vida. En esencia, es un período en el que los jóvenes ya no son adolescentes pero todavía no se han asentado en los roles adultos.
7	b	Los factores conductuales pueden influir de forma negativa o positiva en las condiciones de salud y condición física en la adultez emergente, estos factores están determinados por la dieta y nutrición que forma parte de los estilos de vida, existen algunos trastornos alimenticios que pueden llevar a situaciones de obesidad y sobrepeso, la falta de actividad física y situaciones de estrés también pueden influir en la salud, así como el tabaquismo, y el consumo de alcohol.
8	c	Para la mayoría de los adultos emergentes, la salud mental y el bienestar mejoran y los problemas de conducta disminuyen. Sin embargo, al mismo tiempo se incrementa la incidencia de trastornos psicológicos como la depresión mayor, la esquizofrenia y los trastornos bipolares. Problemas afectados por el alcoholismo, consumo y abuso de drogas y depresión.
9	d	Suelen tener más parejas sexuales que grupos de mayor edad, pero tienen sexo con menos frecuencia, el sexo casual es bastante común, pueden existir ataques sexuales a mujeres por conductas de riesgo asociadas al consumo de alcohol o drogas, menos críticos y prejuiciosos a la actividad sexual, existe una doble moral orientada a la libertad sexual más de hombres que de mujeres, la mayoría tienen clara su identidad sexual y la declaran a los demás.

Autoevaluación 3		
Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
10	b	La capacidad para el pensamiento reflexivo parece surgir entre los 20 y 25 años de edad. Sólo entonces las regiones completamente mielinizada de la corteza cerebral pueden manejar el pensamiento de nivel superior, al mismo tiempo que el cerebro forma nuevas neuronas, sinapsis y conexiones dendríticas.
11	b	Los factores externos que influyen en el primer contacto terapeuta paciente son: factores climáticos, ubicación geográfica, compromisos sociales y familiares.
12	V	El diagnóstico clínico y etiopatogénico hace referencia a una búsqueda selectiva que exige un trabajo analítico-sintético; donde el terapeuta debe atender a los principales síntomas de estructuración familiar, formas adaptativas y aspectos interaccionales de la primera entrevista.
13	b	El diagnóstico del entorno del paciente, son aquellas condiciones de vida del individuo que se encuentran relacionados con los factores físicos, económicos y socioculturales, que puedan favorecer o impedir el tratamiento
14	b-c	El terapeuta no solamente permite, sino que facilita el relato libre para eliminar la tensión en el sujeto y buscar el alivio y es recomendable presentar una posición no directiva, ausencia de críticas y manifestaciones empáticas.
15	V	Las técnicas que se utilizarán dentro del proceso terapéutico van acorde a los objetivos propuestos.
16	F	Durante la aplicación de las técnicas se puede realizar rectificaciones si el caso lo requiere, se debe mantener una postura abierta, crítica y flexible ante el tratamiento.
17	b	La reformulación de contenido hace referencia a repetir o reformular con ciertas modificaciones, lo manifestado por el paciente.
18	c	La recapitulación es la síntesis de las comunicaciones, tiene como objetivo recortar aspectos importantes del relato del paciente.
19	V	El reflejo de sentimientos permitirá mejorar la relación terapéutica y el paciente puede sin temor expresar sus sentimientos.
20	c	Los gestos autodirigidos son aquellas expresiones personales que se encuentran vinculados con los estados de tensión.
21	V	Los trastornos del desarrollo afectan generalmente a los individuos desde etapas tempranas de la vida.
22	F	También debe presentar déficits en el funcionamiento adaptativo.
23	F	En el TDAH la articulación de palabras no es una característica fundamental para el diagnóstico.
24	a	Un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad.

Autoevaluación 3

Pregunta	Respuesta	Retroalimentación
25	V	En la dislexia se presentan problemas con el reconocimiento de las palabras en forma precisa o fluida, deletrear mal y poca capacidad ortográfica.
26	c	En el trastorno de movimientos estereotipados existen movimientos o vocalizaciones súbitas, rápidas, recurrentes y no rítmicas.
27	F	El trastorno de Tourette pertenece a la categoría trastornos de tics.
28	F	En los trastornos de tics también se pueden presentar movimientos.
29	b	Cuando se presenta un comportamiento repetitivo, aparentemente guiado y sin objetivo, hablamos de un trastorno de movimientos estereotipados.
30	V	En el trastorno de desarrollo de la coordinación, puede haber un retraso para habilidades motoras (pedalear, abrocharse la camisa, usar escaleras), en comparación a otros niños de la misma edad.

Ir a la
autoevaluación



5. Referencias bibliográficas

FUNDAMENTOS HISTÓRICOS Y TEÓRICOS DE LA PSICOLOGÍA

Alvarado, J. (2021). Guía didáctica de Fundamentos Teóricos e Históricos de la Psicología, Loja-Ecuador; Editorial: Universidad Técnica Particular de Loja.

Hardy, T. (2013). *Historia de la Psicología* (7^a edición). Madrid, España: Pearson.

Brennan, J. (1999). *Historia y Sistemas de la Psicología*. México: Pearson Education.

Sánchez, A. y Ruiz, B. (2006). *Historia de la Psicología, sistemas, movimientos y escuelas*, Madrid, Pirámide.

Hothersall, D. (2005). *Historia de la Psicología*, México D.F., McGraw Hill.

PROCESOS PSICOLÓGICOS BÁSICOS

Aguado, L. (2001). Aprendizaje y memoria. *Revista de Neurología*. 32, 373-381.

Aiken, L. (1996). Tests psicológicos de evaluación. México: Prentice-Hall.

Álvarez, B. (2008). Entre el recuerdo y el olvido: un estudio filosófico-literario de la memoria en la poesía de José Emilio Pacheco. *Ciencia Ergo*, 15 (3), 259-268.

Baddeley, A. (2003). Working memory: looking back and looking forward. *Nature Reviews Neuroscience*. 4, 829-839.

Baddeley, A. y Hitch, G. (1971). Working memory. *Psychology of Learning and Motivation*, 8, 47-89.

- Ballesteros, S., Reales, J. y Manga, D. (1999). Memoria implícita y memoria explícita intramodal e intermodal: influencia de las modalidades elegidas y del tipo de estímulos. *Psicothema*. 11 (4), 831-851.
- Barrera, L y Fraca, L. (1991). Psicolingüística y desarrollo del español II. Caracas: Monte Ávila Editores Latinoamericana.
- Beltrán, J., Moreno, N., Polo, J., Zapata, M. y Acosta, M. (2011). Memoria autobiográfica: un sistema funcionalmente definido. International. *Journal of Psychological Research*. 5(2), 108-123.
- Bericat, E. (2012). Emociones. Sociopedia. 1-13. DOI: 10.1177/2056846012661
- Brody, L. (1999). Emotion and the Family. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Cabrera, Y., López, E., Ramos, Y., González, M., Valladares, A. y López, L. (2013). La hipnosis: una técnica al servicio de la Psicología. *MediSur*, 11 (5), 534-541.
- López, V. (2020). Guía didáctica de Procesos Psicológicos Básicos II, Loja-Ecuador; Editorial: Universidad Técnica Particular de Loja.
- Carrillo, P., Ramírez, J. y Magaña, K. (2013). Neurobiología del sueño y su importancia: antología para el estudiante universitario. *Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM*, 56 (4), 5-15.
- Carrillo-Mora, P. (2010a). Sistemas de memoria: reseña histórica, clasificación y conceptos actuales. Primera parte: Historia, taxonomía de la memoria, sistema de la memoria de largo plazo: la memoria semántica. *Salud Mental*. 33, 85-93.
- Carrillo-Mora, P. (2010b). Sistemas de memoria: reseña histórica, clasificación y conceptos actuales. Segunda parte: Sistemas de memoria de largo plazo: Memoria episódica, sistema de la memoria no declarativa y memoria de trabajo. *Salud Mental*. 33, 195-205.
- Colvin, M. y Rutland, F. (2008). Is Maslow's Hierarchy of Needs a Valid Model of Motivation. Louisiana Tech University. Consultado en: [enlace web](#)

- Coon, D. y Mitterer, J. (2014). Introducción a la psicología: el acceso a la mente y la conducta (13^a ed.). México: Cengage Learning.
- Chaigneau, S. y Romero, J. (1996). Habilidades Comunicativas Básicas: Un Análisis Factorial del Protocolo de Evaluación Pragmática. *Revista Latinoamericana de Psicología*. 38(3), 567-577.
- Chomsky, N. (1988). La nueva sintaxis: teoría de la reacción y el ligamento. Barcelona: Paidós.
- Crespo, L. (1998). Psicología general: Memoria, pensamiento y lenguaje. Madrid: Editorial Centro de Estudios Ramón Areces
- Domjan, M. (2007). Principios de Aprendizaje y Conducta. (5^a ed.). Madrid: Thomson.
- Eco, U. (2005). La misteriosa llama de la reina Loana. Barcelona: Lumen
- Evans, J. (2008). Dual-processing accounts of reasoning, judgment and social cognition. *Annual Review of Psychology*, 59, 255-278.
- Espinosa, J. (2021). Guía didáctica de Procesos Psicológicos Básicos I, Loja-Ecuador; Editorial: Universidad Técnica Particular de Loja.
- Feldman, R. (2002). Understanding psychology (3^a ed.). New York. McGraw Hill.
- Froufe, M. (2004). Aprendizaje Asociativo Principios y Aplicaciones. Madrid: Thomson.
- Gallup, G. (1970). Chimpanzees: self-recognition. *Science*, 167, 86-87.
- Gross, R. (1998). Psicología humana: la ciencia de la mente y la conducta. México: Manual Moderno.
- Hernández, A. (2012). Procesos psicológicos básicos. México: Red tercero milenio
- Hockenbury, D. y Hockenbury, S. (2007). Discovering Psychology. Nueva York: Worth Publishers.
- Kelly, W. (1956). Psicología de la educación. Madrid: Morata.

- Klein, S., Cosmides, L., Gangi, C. y Jackson, B. (2009). Evolution and episodic memory: an analysis and demonstration of social function of episodic recollection. *Social Cognition*, 27 (2), 283-320.
- Luger, J. y Stubblefield, A. (1989). Artificial Intelligence and the Design of Expert Systems. The Benjamin/Cummings Publishing Company, Inc. Estados Unidos.
- Marchetti, P. y Pereno, G. (2015). Introducción a los procesos psicológicos básicos. En G. Pereno, L. Luque, E. Sellán, P. Marchetti, L. Juaneu y L. Ponce (Eds.). Manual Ciclo de Nivelación (pp. 113-141). Córdoba, Argentina: Universidad Nacional de Córdoba.
- Martin, A., y Chao, L. (2001). Semantic memory and the brain: Structure and processes. *Current Opinion in Neurobiology*, 11, 194-201.
- Martínez, Y. (2003). Comunicación animal, un punto de vista humano. *Revista la Tadeo*, 68, 31-39.
- Myers, D.G. (2006). Psicología. Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Neisser, U. (1967/1976). Psicología Cognitiva. México: Trillas.
- Ocanto, I. (2009). La creación de imágenes mentales y su implicación en la comprensión, el aprendizaje y la transferencia. *Sapiens*. 10 (2), 243-253.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Recuperado de [enlace web](#)
- Organización Mundial de la Salud (2004). Neurociencia del consumo y dependencia de sustancias psicoactivas. Recuperado de [enlace web](#)
- Palmero, F., Fernández-Abascal, E., Martínez, F. y Chóliz, M. (2002). Psicología de la Motivación y la Emoción. Madrid: McGraw Hill.
- Parra, A. (2010). Experiencias extrasensoriales y experiencias alucinatorias: examinando la hipótesis del continuo de experiencias esquizotípicas. *Liberabit*, 16(1), 61-70.

- Pavlov, I. (1929). Los reflejos condicionados. Madrid: Ediciones Morata.
- Peña, G. y Cañoto, Y. (2016). Introducción a la Psicología General. Caracas: UCAB Ediciones.
- Pérez, G. J., Toledo, J. B., Urrestarazu, E. e Iriarte, J. (2007). Clasificación de los trastornos del sueño. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*, 30(1), 19-36.
- Piaget, J. (1945). Lenguaje y Pensamiento del niño. Teorías (31-46). México: Trillas.
- Prieto, G. y Delgado, A. (2010). Fiabilidad y validez. *Papeles del Psicólogo*, 31 (1), 67-74.
- Rathbone, C., Moulin, C. y Conway, M. (2009). Self-centered memories: the reminiscence bump and the self. *Memory & Cognition*, 36 (8), 1403-1415.
- Ribes, E. (2004). El problema del aprendizaje: un análisis conceptual e histórico [versión electrónica]. Recuperado el 22 de julio de 2017 de [enlace web](#)
- Ribes, E. (2008). Psicología y salud. México: Trillas.
- Ruiz, J., y Santibáñez, G. (2008). Definiendo la hipnosis desde la psicobiología: algunas líneas de desarrollo científico de los fenómenos hipnóticos. *Cuadernos de Neuropsicología*, 2(2), 150-166.
- Santalla, Z. (2016). Memoria. En G. Peña y Y. Cañoto (Eds.). Una introducción a la Psicología General (pp. 139-161). Caracas: UCAB.
- Siegel, S. (2008). Learning and the wisdom of the body. *Learning & Behavior*, 36 (3), 242-253.
- Sola, S. (2013). Memoria mediática y construcción de identidades. *Tabula Rasa*. 19, 301-314.
- Sonderegger, T. (1998). Psychology. Lincoln: Cliffs Notes Incorporated.
- Turving, E. (2002). Episodic memory: from mind to brain. *Annual Review of Psychology*, 53, 1-25.

- Vargas, L. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, 4 (8), 47-53
- Vidal, R. (2009). La creatividad: conceptos. Métodos y aplicaciones. *Revista Iberoamericana de Educación*, 49(2), 1-11.
- Vidales, I. (2005). Psicología General (2^a ed.). México: Limusa.
- Villamizar, G. (2012). La creatividad desde la perspectiva de estudiantes universitarios. *Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación*, 10 (2), 212-237.
- Yale, M. (1996). Ambiente, herencia y conducta. *Psicothema*, 8, 187-228.
- Zeledón, C., Arce, J., Mejía, F., y Naranjo, A. (2003). Trastorno de estrés postraumático en adolescentes agredidos. *Medicina Legal de Costa Rica*, 20 (2), 15-25.

PSICOLOGÍA DE LA PERSONALIDAD

- Bermúdez, J., Pérez-García, A., Ruiz Caballero, J., Sanjuán, P. y Rueda, B. (2011). Psicología de la Personalidad. Madrid: UNED
- Carver, C. y Scheier, M. (2014). Teorías de la personalidad. México: Pearson Educación (7^a edición)
- Cloninger, S. (2003). Teorías de la personalidad. México. Pearson Educación.
- Marín, T. (2019). Guía didáctica Psicología de la personalidad. Loja-Ecuador: Editorial Ediloja.
- Marín, T. (2020). Guía didáctica de Psicología de la Personalidad, Loja-Ecuador; Editorial: Universidad Técnica Particular de Loja.
- Montaño, M., Palacios, J. y Gantiva, C. Teorías de la personalidad. Un análisis histórico del concepto y su medición. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 3 (2), 81-107. Recuperado de: Teorías de la personalidad. Un análisis del concepto y su medición

PSICOFISIOLOGÍA

- Aguado-Aguilar, L. (2001). Aprendizaje y memoria. *Revista de neurología*, 32(4), 373-381.

- Amodio, D. M., & Frith, C. D. (2006). Meeting of minds: the medial frontal cortex and social cognition. *Nature Reviews Neuroscience*, 7(4), 268.
- Ardila, A. (2006). Orígenes del lenguaje: un análisis desde la perspectiva de las afasias. *Revista de neurología*, 43(11), 690-698.
- Baddeley, A. (2000). The episodic buffer: a new component of working memory? *Trends in cognitive sciences*, 4(11), 417-423.
- Baddeley, A. D. (2002). Is working memory still working? *European psychologist*, 7(2), 85.
- Baddeley, A. D., & Hitch, G. J. (2000). Development of working memory: Should the Pascual-Leone and the Baddeley and Hitch models be merged? *Journal of experimental child psychology*, 77(2), 128-137.
- Boller, F. (2004). Rational basis of rehabilitation following cerebral lesions: a review of the concept of cerebral plasticity. *Functional neurology*, 19, 65-72.
- Cisneros, M. (2020). Guía didáctica de Psicofisiología, Loja- Ecuador; Editorial: Universidad Técnica Particular de Loja.

NEUROPSICOLOGÍA

- Baralezo, L., & Mancheno, S. (2009). La neuropsicología en Ecuador. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 9(2), 77-83.
- Berthier, M. L., Casares, N. G., & Dávila, G. (2011). Afasias y trastornos del habla. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 10(74), 5035-5041.
- Capilla, A., Romero, D., Maestú, F., Campo, P., Fernández, S., González-Marqués, J., ... & Ortiz, T. (2004). Emergencia y desarrollo cerebral de las funciones ejecutivas. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 32(6), 377-386.
- Dávila, J. C. (2009). El caso de HM Una vida sin recuerdos. *Encuentros en la Biología*, (2) 125, 1-2.
- Diamond, A. (2013). Executive functions. *Annual Review of Psychology*, 64, 135-168.

- Petersen, S. E. & Posner, M. I. (2012). The attention system of the human brain: 20 years after. *Annual Review of Neuroscience*, 35, 73-89.
- Rubén, A. C. (2002). Rehabilitación neuropsicológica en el siglo XXI. *Revista Mexicana de Neurociencias*, 3(4), 223-30.
- Sánchez, R. (2020). Guía didáctica de Neuropsicología, Loja-Ecuador; Editorial: Universidad Técnica Particular de Loja.
- Tirapu-Ustároz, J., Pérez-Sayes, G., Erekatxo-Bilbao, M. & Pelegrín-Valero, C. (2007). ¿Qué es la teoría de la mente? *Revista de Neurología*, 44(8), 479-489.

ENTREVISTA PSICOLÓGICA

Magato, C. y Cruz, S. (2009). La entrevista psicológica. En Carmen Moreno Rosset (coord.) Ejercicios prácticos de evaluación psicológica concepto, proceso y aplicación en las áreas del desarrollo y de la inteligencia.

Perpiñá (coord.) (2012). Manual de la entrevista psicológica. Madrid: Pirámide.

Ortega, D. (2020). Guía didáctica de Entrevista Psicológica, Loja-Ecuador; Editorial: Universidad Técnica Particular de Loja.

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

Vivanco, M. (2020). Guía didáctica de Evaluación Psicológica, Loja-Ecuador; Editorial: Universidad Técnica Particular de Loja.

Fernández, R. (2010). Evaluación psicológica: Conceptos, métodos y estudio de casos. Madrid; PIRÁMIDE

Arlington, VA. (2013). Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5. Recuperado de DSM 5 [enlace web](#)

Beatón, G. (2003). La evaluación y el diagnóstico educativo y psicológico y el enfoque histórico-cultural. *Perspectivas Psicológicas*, 3(4). Recuperado de Evaluación y diagnóstico [enlace web](#)

Muñoz, M. (2010). Manual Práctico de Evaluación Psicológica Clínica. Madrid: Editorial Síntesis, S.A.

Paladines, M. y Manzanillas, T. (2020). Guía didáctica de Evaluación Psicológica, Loja-Ecuador; Editorial: Universidad Técnica Particular de Loja.

Vivanco, M. (2013). Guía Didáctica del Prácticum 3.1. Loja: Ediloja.

REDACCIÓN DE INFORMES PSICOLÓGICOS

Amador, J., Forns, M., & Kirchner, T. (2006). La escala de inteligencia de Wechsler para niños revisada (WISC-R). Departamento de Personalidad, Evaluación y Tratamiento Psicológico Facultad de Psicología. Universidad de Barcelona.

Amoros, V. (1980). Acerca del psicólogo clínico. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 12(2), 363-369.

Aristizábal, E., & Amar, J. (2012). Psicología forense. Estudio de la mente criminal. Colombia: Editorial Universidad del Norte.

Balarezo, L. (2007). Psicoterapia. Quito: Centro de Publicaciones de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

Bravo, E. (25 de 11 de 2009). Travesías Filosóficas. Recuperado el 12 de 2019, de [enlace web](#)

Caballo, V. (2006). Manual para la evaluación psicológica de los trastornos psicológicos: Trastornos de la edad adulta informes psicológicos. Madrid: Pirámide.

Cabrera, Y., & López, E. (2007). Psicodiagnóstico, una mirada a su historia. *Revista Electrónica de las Ciencias Médicas en Cienfuegos*, 5(3), 85-91.

Cattaneo, B. (2005). Informe psicológico: elaboración y características en diferentes ámbitos. Argentina: Editorial Universitaria de Buenos Aires.

Cisneros, M., & Olave, G. (2012). Redacción y publicación de artículos científicos: Enfoque discursivo. Colombia: Ecoe Ediciones.

Colegio Oficial de Psicología de Catalunya. (2014). Guía de buenas prácticas para la evaluación psicológica forense y la práctica pericial. España: Colegio Oficial de Psicología de Catalunya.

Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid. (2008). Guía de buenas prácticas para la elaboración de informes psicológicos periciales sobre custodia y régimen de visitas de menores adaptada a casos de violencia de género. Madrid: Colegio Oficial de Psicólogos de Madrid.

Esquivel, F., Heredia, M., & Gómez-Maqueo, E. (2007). Psicodiagnóstico clínico del niño. México: Manual Moderno.

Esquivel, F., Heredia, M., & Gómez-Maqueo, E. (2017). Psicodiagnóstico clínico del niño. México: Manual Moderno.

Fernández-Ballesteros, R. (2011). Evaluación psicológica. Madrid: Pirámide.

Fierro, I. (2016). Los mecanismos de defensa del cuidador primario según el estadio de la enfermedad del paciente en una unidad oncológica. Ambato: Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

González, D., & Delgado, S. (2008). Informe pericial: un caso de acoso laboral. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 24(1), 113-124.

González, E. (2014). Psicología general. México: Grupo Editorial Patria.

González, L. (2009). Formulaciones clínicas en Psicoterapia. Terapia Psicológica, 93-102.

González, M., González, I., & Vicencio, K. (2014). Descripción del rol autopercebido del psicólogo y sus implicancias en los procesos de formación de pregrado. *Psicoperspectivas*, 13(1), 108-120.

Heredia, C., Santaella, G., & Somarriba, L. (2012). Informe psicológico. México: Departamento de Publicaciones de la Facultad de Psicología de la UNAM.

Jaramillo, M. (2020). Guía didáctica de Redacción de Informes Psicológicos, Loja-Ecuador; Editorial: Universidad Técnica Particular de Loja.

Jiménez, F. (2018). Evaluación psicológica forense: la custodia de los menores. México: El Manual Moderno.

Kendall, K. & Kendall, J. (1997). Análisis y diseños de sistemas. México: Pearson Education.

- León, O. (2005). Cómo redactar textos científicos en Psicología y Educación. España: Netbiblo.
- Lichtenberger, E., Mather, N., Kaufman, N. & Kaufman, A. (2015). Claves para la elaboración de informes de evaluación. Madrid: TEA.
- Louwerse, M. (2004). Un modelo conciso de cohesión en el texto y coherencia en la comprensión. *Revista signos*, 37(56), 41-58.
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (01 de 2019). Ministerio de Inclusión Económica y Social. Recuperado el 12 de 2019, de Ficha Nº. 3 Evaluación Psicológica e Informe Psicológico: [enlace web](#)
- Nicholson, R. & Norwood, S. (2000). The Quality of Forensic Psychological Assessments, Reports, and Testimony: Acknowledging the Gap Between Promise and Practice. *Law and Human Behavior*, 24(1), 9-44.
- Nieto, C. (2000). Análisis y valoración en la prueba pericial, social, educativa y psicológica. Madrid: Dykinson.
- Pereira, R. (2009). Concluyendo la entrevista: la devolución en terapia familiar. *Norte de Salud Mental*(35), 8-19.
- Pérez, E., Muñoz, M. & Ausín, B. (2003). Diez claves para la elaboración de informes psicológicos clínicos (de acuerdo a las principales leyes, estándares, normas y guías actuales). *Papeles del Psicólogo*, 24(86), 48-60.
- Perpiñá, C. (2012). Manual de Entrevista Psicológica. Madrid: Pirámide.
- Psicólogo de la Xunta Galicia. (2007). Test. España: Editorial MAD.
- Retuerto, M., Vázquez, J., Gaite, L. & Alquézar, A. (2007). Psiquiatría en atención primaria. Madrid: Grupo Aula Médica.
- Rivera, O., Esquivel, F. & Lucio, E. (1987). Integración de estudios psicológicos. México: Editorial Diana.
- Saborío, C. (2005). Estrategias de evaluación psicológica en el ámbito forense. *Medicina legal de Costa Rica*, 22(1).
- Sánchez, A. (2003). Elementos de escritura académica. *Revista Virtual Católica del Norte*, (11), 1-18.

- Sanez, S. (2017). Asperger en la niñez: un caso clínico - educativo al Sur de Lima. *Avances en Psicología: Revista de la Facultad de Psicología y Humanidades*, 25(2), 239 - 252.
- Sattler, J. (2010). Evaluación infantil. México: Manual Moderno.
- Soldevilla, E. (2011). El texto sentido: Guía Pragmática de Redacción en Español. Cuba: Enrique Soldevilla.
- Tapias, Á. (2017). Psicología forense: casos y modelos de pericias para América Central y del Sur. Colombia: Ediciones de la U.
- Valdivieso, S. & Ramírez, C. (2002). El insight en psicoanálisis y sus dimensiones. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 40(4), 371-380.
- Vallejo, J. (2011). Introducción a la Psicopatología y Psiquiatría. Barcelona, España: Elsevier España, S.L.
- Varela, B., De Souza, L., Miller, D., Oyenard, R., Villalba, L., Zytner, R. & Bernardi, R. (2014). La formulación psicodinámica del caso. *Revista de Psiquiatría del Uruguay*, 78(2), 173-195.
- Velasco, C. (2008). El psicodiagnóstico en la formación del psicólogo clínico cognitivo comportamental. *Revista de Difusión cultural y científica de la Universidad La Salle en Bolivia*, 2(2), 79-85.
- Vives, M. (2008). Psicodiagnóstico clínico infantil. Barcelona: Edicions Universitat Barcelona.
- Zarzar, C. (2014). Ortografía. México: Grupo Editorial Patria.
- ## PSICOMETRÍA
- Aragón, L. (2015) Evaluación Psicológica: Historia, fundamento teórico conceptual y psicometría. México: editorial el Manual Moderno.
- Abad, F. J., García, C., Gil, B., Olea, J., Ponsoda, V., & Revuelta, J. (2006). Aprendiendo en línea, Universidad de Antioquia. Recuperado de: [enlace web](#)
- Aiken, L. R. (2003). Tests psicológicos y evaluación. Pearson Educación.

- Anastasi, A., & Urbina, S. (1998). Test Psicológicos. México: Pearson Educación.
- Benito, Y., & Alonso, J. (2004). Sobredotación Intelectual: Definición e identificación. Loja: UTPL.
- Gajardo, A. (2015). Guía Didáctica de Psicometría. Loja-Ecuador: Ediloja.
- González Llaneza, F. M. (2007). Instrumentos de Evaluación Psicológica. Ciudad de La Habana: Editorial Ciencias Médicas. Necesidades Educativas Específicas: Intervención psicoeducativa. Madrid: CCS.
- Matud, M. P., Marrero, R. J. & Carballeira, M. (2010). Psicología diferencial. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Ministerio de Educación Dirección General de Evaluación de la Calidad de la Educación. (2012). Ministerio de Educación de República Dominicana. Recuperado de [enlace web](#)
- Muñiz, J. (1998). La Medición de lo Psicológico. *Psicothema*, 1-21.
- Muniz, J. (2010). Las Teorías de los tests: Teoría Clásica y Teoría de Respuesta a los Ítems. *Papeles del Psicólogo*, 57-66.
- Roeber, E. C. (1957). Chapter VI: Vocational Guidance. *Review of Educational Research*, 27(2), 210-218.
- Sternberg, R. J. & O'Hara, L. (2005). Creatividad e inteligencia. CIC. *Cuadernos de Información y Comunicación*, (10), 113-149.
- Tornimbeni, S., Pérez, E. & Olaz, F. (2013). Introducción a la psicometría. Buenos Aires: Paidós.
- Vallejo Ruiloba, J. (2011). Introducción a la Psicopatología y la Psiquiatría. Barcelona: Elsevier Masson.
- Ontaneda, M. (2020). Guía didáctica de Psicometría, Loja-Ecuador; Editorial: Universidad Técnica Particular de Loja.

DESARROLLO DE LA INFANCIA

- Papalia, E., y Martorell, G. (2017). Desarrollo Humano. México: McGraw-Hill/ Interamericana.

- Alonso, J., Benito, Y (2004). Sobredotación intelectual definición e identificación. Loja. Editorial UTPL.
- Barajas, C. (2012). Psicología del desarrollo y de la educación/Desarrollo comunicativo y lingüístico, Cap 4. Madrid: Pirámide. Trianes, T. M.V.
- García Madruga, J. y Delval, J. (2013).Psicología del desarrollo I. Madrid. Lerko Print SA. Recuperado de [enlace web](#)
- Zabaleta, L. (2020). Guía didáctica de Desarrollo de la Infancia, Loja-Ecuador; Editorial: Universidad Técnica Particular de Loja.
- DESARROLLO EN LA ADOLESCENCIA, MADUREZ Y SENECTUD**
- Alonso Galbán, P., Sansó Soberats, F. J., Díaz-Canel Navarro, A. M., Carrasco García, M. & Oliva, T. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Revista cubana de salud pública*, 33. Recuperado de [enlace web](#)
- Aranda, C., Pando, M., Flores, M., & García, T. (2001). Depresión y redes sociales de apoyo en el adulto mayor institucionalizado de la zona metropolitana de Guadalajara, Jalisco. *Revista Psiquiatría Facultad de Medicina Barna*, 28(2), 70.
- Bayés, R. [Compañeros de Viaje]. (2013, septiembre 11). Ramón Bayés, [Archivo de video]. Recuperado de: [enlace web](#)
- Cerquera, C. A. M. (2008). Relación entre los procesos cognitivos y el nivel de depresión en las adultas mayores institucionalizadas en el asilo San Antonio de Bucaramanga. *Universitas Psychologica*, 7(1), 271-281.
- Cloninger, C. Susan. (2003). Teorías de la personalidad. México. Prentice Hall.
- Coleman, J. C. & Hendry, L. B. (2003). Psicología de la adolescencia. Ediciones Morata.
- Cornachione, L. M. (2006). Vejez Psicología del Desarrollo. Argentina: Editorial Brujas.
- Delgado, A., Sánchez, M. C., Galindo, I., Pérez, C. & Duque, M. J. (2001). Actitudes de las mujeres ante la menopausia y variables predictoras. *Atención primaria*, 27(1), 3-11.

- Espinosa, V. (2017). Plan Nacional de Salud Sexual y Reproductiva. Recuperado de: [enlace web](#).
- Freixas, A. (1997). Envejecimiento y género: otras perspectivas necesarias. *Anuario de psicología*, 73(3), 1-42.
- Gómez. (s.f.). Desarrollo físico y sexual en la adolescencia. Sociedad Peruana de Pediatría. Recuperado de [enlace web](#)
- Guzmán, J. M., Huenchuan, S., & Montes de Oca, V. (2003). Redes de apoyo social de las personas mayores: marco conceptual. *Notas de población*, 77, 35-70.
- Lagarde, M. (2016). Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas. Siglo XXI Editores México
- Ludeña, F. (2020). Guía didáctica de Desarrollo en la adolescencia, madurez y senectud, Loja-Ecuador; Editorial: Universidad Técnica Particular de Loja.
- Ortiz, M. J., Sánchez, F. L., Rebollo, M. J. F. & Etxebarria, I. (2013). Desarrollo afectivo y social. Madrid: Ediciones Pirámide. Madrid, M. [Manuel Madrid]. (2015, octubre 26). Edad Adulta Intermedia. [Archivo de video]. Recuperado de: [enlace web](#)
- Martí, E., Onrubia, J., Fierro, Alfredo, M., García M. y De Gispert, I. (1997). Psicología del desarrollo. El mundo del adolescente. Barcelona: Horsori.
- Meléndez, J., Aleixandre, M. & Sáez, N. (1993). Análisis de la evolución de la satisfacción marital durante el periodo de la edad adulta y tercera edad. In2ND. International Conference of Psychological Intervention and Human Development: Educational and community Intervention. Recuperado de [enlace web](#)
- OMS (2011). Salud de la Madre, el recién nacido, el niño y el adolescente. Departamento de Salud de la madre, el recién nacido, del niño y del adolescente de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de: [enlace web](#)
- Papalia, D. E., & Martorell, G. (2017). Desarrollo Humano. México: Mc Graw-Hill.

Kail, R. y Cavanaugh, J. (2015). Desarrollo Humano. Una perspectiva del ciclo vital. México D.F: Cengage Learning

Ramos, M. [Marce Ramos]. (2016, octubre 14). Salud en la Edad Adulta Intermedia [Archivo de video]. Recuperado de: [enlace web](#)

Rodríguez, M. [Airam Vadillo]. (2013, julio 1). Psicología en la edad adulta mayor. Mónica Rodríguez Zafra [Archivo de video]. Recuperado de: [enlace web](#)

Zero.1992a. [Arbeláez, J]. (2012, Noviembre 9). Desarrollo Social del Adulto (Vídeo introductorio) [Loquendo] [Archivo de video]. Recuperado de: [enlace web](#)

BASES TEÓRICAS DE LA PSICOTERAPIA

ALAPSI. (s.f.). ASOCIACIÓN LATINOAMERICANA DE PSICOTERAPIAS INTEGRATIVAS. Obtenido de <https://www.alapsiweb.org/historia.html>

Alonso, R. S. (2001). Los juegos psicológicos según el análisis transaccional . CCS.

Álvarez, M. (2014). Las terapias de tercera generación como terapias contextuales. Síntesis.

Ávila, A., Roji, B. & Saúl, L. (2015). Introducción a los tratamientos psicodinámicos. Universidad Nacional de Educación a Distancia.

Balarezo, L. (2017). Psicoterapia (2^a ed.). Editorial de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador. Obtenido de [enlace web](#)

Camacho, J. (2006). Panorámica de la Terapia Sistémica. Obtenido de [enlace web](#)

Castanedo, C. (2008). Seis Enfoques psicoterapéuticos, 2^a edición. El manual moderno.

Fernández, H. & Opazo, R. (2004). La integración en psicoterapia. Paidós Ibérica.

García, H. & Fantin, M. (2012). Integración en psicoterapia, consideraciones para el desarrollo de un modelo metateórico. Interamerican Journal of Psychology, 46(3), 447-457.

- Garibay, S. (2013). Enfoque sistémico: Una introducción a la psicoterapia familiar (2^a ed.). El manual moderno.
- Germer, C., Siegel, R. & Fulton, P. (2015). Mindfulness y psicoterapia (2^a ed.). Desclée de Brouwer.
- González, J. (2002). Teoría y técnica de la psicoterapia psicoanalítica. Plaza y Valdez.
- Kaholokula, J., Godoy, A., O'Brien, W., & Gavino, A. (2014). Análisis funcional en evaluación conductual y formulación de casos clínicos. Clínica y Salud, 117-127.
- Kleinke, C. (2002). Principios comunes en psicoterapia. Desclée de Brouwer.
- Martín, Á. (2011). Manual práctico de psicoterapia Gestalt (7^a ed.). Desclée de Brouwer. Obtenido de [enlace web](#)
- Martorell, J. L. (2014). Psicoterapias. Escuelas y conceptos básicos (2^a edición). Pirámide.
- Moreno, A. (2014). Manual de Terapia Sistémica: principios y herramientas de intervención. Desclée de Brouwer.
- Moreno, G., Guerra, P., Montero, D., Pérez, P., Mariño, C., Subía, A., & Ramos, C. (2019). Fundamentos de Psicología para principiantes. Quito.
- Morrison, J. (2015). La entrevista psicológica. Manual Moderno.
- Muñoz, M., Ausín, B., & Panadero, S. (2019). Manual práctico de evaluación psicológica clínica. Síntesis S.A.
- Naranjo, M. L. (2011). Una revisión de la teoría de Análisis Transaccional. *Revista educación*, 69-94.
- Oblitas, L. (2008). Psicoterapias contemporáneas. Cengage Learning.
- Olivarez, J., Macia, D., Rosa, A. & Olivares, P. (2014). Intervención psicológica. Estrategias, técnicas y tratamientos. Pirámide.
- Rodríguez, A. (2019). Manual de Psicoterapias. Teoría y técnicas. Herder.

- Roji, B., & Gutiérrez, L. (2014). Introducción a los tratamientos psicodinámicos, experienciales, constructivistas, sistémicos e integradores . Universidad Nacional de Educación a Distancia.
- Rosado, M. (2007). El enfoque integrativo en psicoterapia. *Psicología y Educación*, 1(2), 42-50.
- Ruiz, M., Díaz, M., & Villalobos, A. (2012). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer.
- Ruiz, M., Díaz, M., & Villalobos, A. (2017). Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales. Desclée de Brouwer.
- Sierra, M. (2009). Los sueños de Sigmund Freud. *Historia y Grafía*, (33), 85-111.
- Tobías, C. & García-Valdecasas, J. (2009). Psicoterapias humanístico-existenciales: fundamentos. *Asociación Española de Neuropsiquiatría*, XXIX(104), 437-453.
- Valle, V. (2020). Guía didáctica de Bases Teóricas de la Psicoterapia, Loja-Ecuador; Editorial: Universidad Técnica Particular de Loja.
- Vargas, L., & Ronald, R. (2012). Terapia de aceptación y compromiso: descripción general de una aproximación con énfasis en los valores personales. *Ciencias Sociales*, IV(138), 101-110.
- Vásquez, E. (2016). Mindfulness: Conceptos generales, psicoterapia y aplicaciones clínicas. *Revista Neuropsiquiátrica*, 79(1), 42-51.

PSICOPATOLOGÍA

- Arias, P. R., & García, F. E. (2019). Crecimiento postraumático en sobrevivientes de los terremotos en Ecuador y Chile. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 17(2), 317-331.
- American Psychiatric Association. (2014). Manual Diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), 5^a Ed. Madrid: Editorial Médica Panamericana.

- American Psychiatric Association. (APA). (2002). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-IV-TR. Barcelona: Masson.
- Andrade, R. (2015). El reconocimiento jurídico de la identidad de género en Ecuador (Tesis de pregrado). Universidad Regional Autónoma de los Andes. Ecuador.
- Caballo y Simón (2006). Manual de psicología clínica, infantil y adolescente. Pirámide: Madrid
- De la Pava, G., Y Pérez G. (2018). Factores que inciden en la depresión infantil (Tesis de pregrado). Universidad Cooperativa de Colombia. Colombia.
- Díaz, E., Andrade E. (2015). El trastorno del Espectro Autista (TEA) en la educación regular: estudio realizado en instituciones educativas de Quito-Ecuador.
- Morla, R., Saad, E y Saad, J. (2006). Depresión en adolescentes y desestructuración familiar en la ciudad de Guayaquil, Ecuador. *Revista colombiana de psiquiatría*, 35(2), 149-166.
- Isorna, M. (2016). El niño hiperactivo y las polémicas en torno al diagnóstico y al tratamiento del TDAH. *Innovación educativa*, (26), del DSM-5. Washington, DC.
- Macas, E. (2020). Guía didáctica de Psicopatología del niño y adolescente, Loja-Ecuador; Editorial: Universidad Técnica Particular de Loja.
- Macas, E. (2020). Guía didáctica de Psicopatología del adulto, Loja-Ecuador; Editorial: Universidad Técnica Particular de Loja.
- Tamayo, C. (2014). El divorcio y la enuresis secundaria en niños de 6 a 12 años de edad de la escuela fiscal Doctor Alonso Castillo de la ciudad de Ambato (tesis de pregrado). Universidad Técnica de Ambato. Ecuador



6. Recursos

Entrevista psicológica

The image shows the cover of a document titled "ENTREVISTAS PSICOLÓGICAS". At the top left is the logo of UTPL (Universidad Católica de Loja) featuring a crest and the letters "UTPL". Below the logo, the text "La Universidad Católica de Loja" is written. The title "ENTREVISTAS PSICOLÓGICAS" is centered in a yellow bar. In the bottom right corner, there is a small logo with the text "soy+ utpl". The background of the cover is dark blue with a light blue circular pattern.

Elaborado: María Elena Vivanco Vivanco.
Departamento de psicología.

Entrevistas psicológicas



[Enlace](#)

soy+ utpl

Preguntas a utilizar en la entrevista psicológica

- **Preguntas abiertas;** las mismas que facilitan mucha información. *Ejemplo: Hábleme de su problema.*
- **Preguntas cerradas;** señala información en un sentido predeterminado. *Ejemplo: ¿Ese fue su primer ataque de pánico?*

soy+ utpl

Preguntas a utilizar en la entrevista psicológica

- **Expresiones mínimas verbales;** indica nuestra atención, además ayudan a continuar y sirven de recompensa durante la entrevista. Ejemplo: "aja", "bien", "mmm", etc., mover la cabeza afirmativamente, cerrar los labios con fuerza, etc.
- **Reflejo;** confirma que el entrevistador está escuchando. Ejemplo: ¡Así que usted suda mucho y le late el corazón muy rápido!

Preguntas a utilizar en la entrevista psicológica

- **Estructuración verbal de la entrevista;** especifica la estructura de la entrevista, especialmente los puntos de transición. Ejemplo: Hemos hablado en gran detalle sobre su problema, pero ¿hay algo más que le preocupe?
- **Parafraseo;** permite confirmar información, clarifica y resumen, ofreciendo al paciente nuevas perspectivas sobre su situación. Ejemplo: ¿Así que el problema comenzó hace 18 años y...?, es así?



Enlace

soy+ utpl