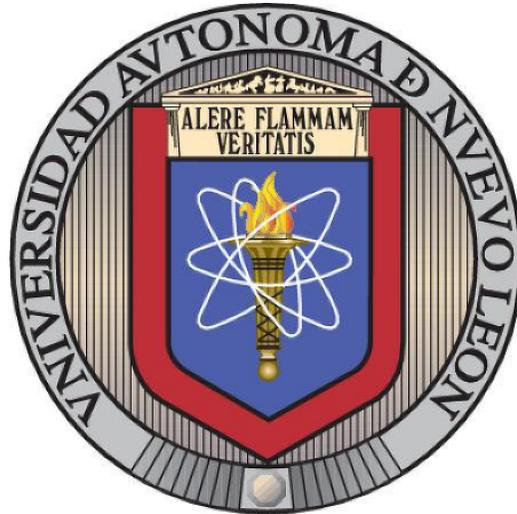


UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN

FACULTAD DE PSICOLOGÍA



TESIS

**APLICACIÓN Y RESULTADOS DE UN TALLER EN LA AUTOEFICACIA
PROFESIONAL DE ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA**

PRESENTA

MARCELA ALEJANDRA GARCÍA BOTELLO

**PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CON ORIENTACIÓN
EN TERAPIA BREVE**

JULIO 2016

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**



**TESIS
APLICACIÓN Y RESULTADOS DE UN TALLER EN LA AUTOEFICACIA
PROFESIONAL DE ESTUDIANTES DE PSICOLOGÍA**

PRESENTA

MARCELA ALEJANDRA GARCÍA BOTELLO

**PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CON ORIENTACIÓN
EN TERAPIA BREVE**

DIRECTOR

DRA. MÓNICA TERESA GONZÁLEZ RAMÍREZ

REVISORES

**DRA. ALMA ISABEL NAVA RODRÍGUEZ
MTRA. KARLA DANIELA DÁVILA RODRÍGUEZ**

MONTERREY, NUEVO LEÓN, MÉXICO,

JULIO 2016

Índice

Resumen.....	4
Abstract	5
Introducción	6
La formación del psicólogo	7
Autoeficacia	8
Objetivo	12
Método	12
Participantes	13
Instrumentos de evaluación	14
Procedimiento	14
Resultados	17
Discusión	18
Conclusión	20
Referencias	22

Resumen: Dentro de esta investigación se llevó el taller “Las claves del éxito para un terapeuta que empieza” donde por medio de información y dinámicas se les informa a los participantes sobre cómo crear un clima de confianza con el cliente, manejar pacientes difíciles, entre otras. Esto, con el objetivo de evaluar el cambio en sus niveles de autoeficacia personal y profesional reportados por estudiantes de psicología, después de haber realizado un taller sobre el manejo de situaciones difíciles en terapia. Esta investigación empírica contó con 14 participantes de los cuales se reportan los resultados de 11 estudiantes ya que eran los que se encontraban realizando prácticas clínicas. Se utilizaron dos instrumentos: La Escala General de Autoeficacia y el Cuestionario de Autoeficacia Laboral. Aunque los resultados no reflejaron diferencia en los niveles de autoeficacia general, se encontró un aumento significativo en los niveles de autoeficacia profesional.

Palabras clave: *estudiantes de psicología, autoeficacia profesional, enfoque cognitivo conductual, enfoque centrado en soluciones.*

Abstract: During this investigation it took place the workshop “The keys of success for a therapist that is beginning” where with information and activities it was informed to the participants how to create a climate of trust with the client, manage difficult situations with patients, among other topics. This, with the objective of evaluating the change in the reported levels of personal and professional self-efficacy by students of psychology, after a workshop of how to deal with difficult situations in therapy. In this empiric investigation participated 14 students and only 11 results were considered, since those were the students in clinical practice. There were used two instruments: The General Scale of Self-efficacy and the Professional Self-Efficacy Questionnaire. Although in the results there were no difference in the levels of general self-efficacy, there was a significant increase in the levels of professional self-efficacy.

Keywords: *students of psychology, professional self-efficacy, cognitive behavioral approach, solution focused approach.*

Introducción

Durante la formación del psicólogo clínico hay una gran variedad de materias indispensables para obtener el grado de licenciatura. Entre esas materias esta psicopatología, psicología del desarrollo, psicología general, entre otras. Donde se revisan las distintas corrientes teóricas y prácticas que hay dentro de esta profesión, así como las diferentes técnicas que se pueden aplicar, según el caso lo requiera. Sin embargo, en muy pocas universidades se ofrece una materia que de instrucción a los estudiantes sobre cómo ser un terapeuta en la práctica y manejar casos complicados.

Es decir, la formación de un psicólogo no solo depende de libros, cursos y seminarios, además de este aprendizaje académico y formal, también hay un desarrollo de actitudes, formas de pensar y de sentir para aquellos que tienen la tarea de brindar atención a las personas que buscan de su ayuda. Dentro de las temáticas que reportan los estudiantes de psicología que les causa más ansiedad están: la primera entrevista con un paciente, la edad del paciente, el descontrol emocional y el apoyo teórico (Foladori, 2009).

Es por esto, que surge la inquietud de realizar una investigación, tomando en cuenta la autoeficacia y el desarrollo del psicólogo. Bandura (1997) define la autoeficacia como la creencia personal sobre la capacidad de ejecutar las acciones necesarias para obtener un logro determinado, además es un concepto que forma parte de la Teoría Social Cognitiva y es un recurso personal que ayuda a que el sujeto se sienta capaz de enfrentarse a una situación exigente. Es por esto, que se diseñó un taller en el que se espera que el practicante se sienta preparado para crear un buen

ambiente de confianza con su paciente, sepa manejar situaciones difíciles en sesión y los aspectos generales para manejar un consultorio. La que la mayoría de los estudiantes de grados avanzados conocen los síntomas de un trastorno y los pasos para aplicar una técnica, pero muy pocos saben el arte que hay detrás para ser un verdadero terapeuta. Por lo tanto, el motivo de la realización de este estudio es evaluar el efecto que tiene un taller sobre el manejo de situaciones difíciles en terapia en la autoeficacia profesional de los participantes.

La formación del psicólogo

La preparación de una persona para convertirse en psicólogo, no solo implica el desarrollo de conocimientos teóricos, también las características personales influyen al momento de intervenir. Diversas investigaciones han comprobado que algunas características y competencias personales del terapeuta, tienen un efecto mucho mayor en el resultado de la psicoterapia (Best & Pairetti, 2014). Es por esto, que la formación de los estudiantes es de mucha importancia, debido a que brida un cierto nivel de confianza en los estudiantes, lo que ayuda a aumentar el nivel de eficacia hacia la psicoterapia (López & Mazo, 2011).

En una investigación realizada por Foladori (2009) en estudiantes de psicología que están por comenzar sus prácticas clínicas, se detectaron los principales miedos y ansiedades que se desencadenan ante el primer encuentro con pacientes. El primero es el de “la primera entrevista” ya que es una experiencia que se ve como la prueba de fuego, donde hay preocupaciones como el daño a uno mismo, al otro, el no aplicar la técnica correcta, entre otros. El segundo es el tema de la edad, ya que la mayoría son

jóvenes y se enfrentan al miedo de tener un paciente de una edad mayor que la de ellos, o por el contrario que sea de su misma edad, teniendo dificultad para mantener una distancia y no perder objetividad ante un igual que probablemente tenga los mismos sufrimientos que el terapeuta.

Un tercer tema que también preocupa a los estudiantes es el apoyo de la teoría, ya que por varios años han estudiado y tomado cursos para aprender las distintas técnicas que se pueden aplicar dentro de la terapia, pero carecen de la experiencia para aplicarlas. Por último, también se menciona sobre el temor de perder el control emocional, y esto algunos lo ven como una prueba, en el que el otro expone su sufrimiento, donde puede haber llanto y el terapeuta tiene que hacer uso de sus habilidades personales para contenerlo Foladori (2009).

Autoeficacia

La autoeficacia es una característica cognitiva no estática, que va cambiando por medio del procesamiento y la integración de la información que proviene de los logros que se han tenido, el comportamiento de los demás hacia uno mismo, la persuasión verbal y la autopercepción del estado del organismo. Es la confianza que tenemos sobre nuestra capacidad para hacer frente a diferentes situaciones demandantes (Ortega, Ortiz & Martínez, 2014).

Bandura (1997) comenta que la autoeficacia está determinada según el nivel específico de la situación, por lo que será más determinante en cuanto se ajuste a un dominio en concreto. En cuanto a lo profesional, la autoeficacia puede llegar a determinar el número de veces y el tiempo que una persona tarda para resolver un

problema, así como la percepción de control que tiene la persona sobre su entorno, lo que tiene un efecto en los estímulos que le causan estrés como la sobrecarga de trabajo, la rutina o la presión temporal. Cuando una persona se percibe con alta autoeficacia profesional, aumenta la dedicación y satisfacción de los trabajadores, disminuyendo el malestar psicológico que le pueda provocar el estrés (Salanova, Bresó & Schaufeli, 2005).

Por otro lado, dentro del Modelo de Burnout, Maslach (2001) menciona que la baja realización personal es uno de los componentes más complejos de este síndrome, y surge cuando en una situación de trabajo, hay demandas abrumadoras que contribuyen a que aumente el cansancio emocional en la persona, interfiriendo con su sentido de efectividad. Esto se debe a que es difícil tener un sentido de logro, cuando se está teniendo constantemente una sensación de cansancio o cuando el ayudar a los demás se vuelve indiferente. Se ha descubierto que esta falta de eficacia, proviene de la falta de recursos relevantes para afrontar una situación, a diferencia de los otros dos componentes del burnout que suelen emerger por la presencia de una carga de trabajo exhaustiva o por algún conflicto con el ambiente (Maslach, Schaufeli, Leiter, 2001).

Brannon y Feist (en Palacio, Caballero, González, Gravini & Contreras, (2012) mencionan que los altos niveles de autoeficacia en estudiantes, ayudan a prevenir el estrés y evitar una valoración amenazante del medio ambiente. Incluso Cherniss (en Palacio, Caballero, González, Gravini & Contreras, (2012) define al burnout como una crisis de la autoeficacia, por lo tanto, el buen desarrollo de esta característica podría beneficiar de manera personal y profesional a los estudiantes (León-Rubio, Cantero & León-Pérez, 2010).

La autoeficacia es una herramienta para amortiguar el estrés, ya que las personas que poseen un alto nivel de autoeficacia, tienden a percibir las demandas del contexto como retos y no como amenazas, siendo perseverantes e incrementando su nivel de esfuerzo. En el área de Psicología de la Salud, se ha demostrado, que el aumento en la autoeficacia sobre las conductas de salud, tiene como resultado que las personas se comprometan más al mantenimiento de esas conductas (Herrera, Medina, Fernández, Rueda & Cantero, 2013). Incluso para realización de conductas físicas se ha demostrado que una persona con un alto nivel de autoeficacia, tiene altas probabilidades de adherirse a esas prácticas y mejorar su salud (Cabrera, Medina, Herrera, Rueda, Fernández, 2011).

En cuanto a lo profesional, diversas investigaciones han demostrado que la autoeficacia es un factor que determina la cantidad de intentos y el tiempo que invierten los trabajadores en la solución de problemas. Además, es un factor que afecta la percepción de control sobre su entorno, por lo que funge como moderadora ante los estresores que se presentan en el ámbito laboral, favoreciendo a la satisfacción de los profesionistas (Monseguer, Soler & García-Izquierdo, 2014).

Entre las condiciones para que se dé un buen desarrollo de la autoeficacia, se encuentran, la experiencia de sucesos exitosos en el pasado, así como el estado de la persona. Un individuo que posee bajos niveles de ansiedad, estrés y pensamientos negativos, es más probable que tenga un alto nivel de autoeficacia (Martínez, 2010). Se ha comprobado que cuando los estudiantes presentan pensamientos negativos hacia sus capacidades, los lleva a tener bajas expectativas de sí mismos, lo que activa el estrés y refuerza la probabilidad de tener un mal desempeño. Por lo tanto, el uso de

técnicas cognitivo conductuales, ha mostrado ser eficaz para disminuir los pensamientos negativos y aumentar el nivel de confianza en las personas (Bresó, Schaufeli & Salanova, 2010).

Para esta investigación se trabajó con el enfoque que integra la terapia cognitivo-conductual y la terapia centrada en soluciones. La terapia cognitivo conductual, se enfoca en modificar los esquemas cognitivos para lograr un cambio conductual en la persona, haciendo que logre resultados eficaces. Además, busca que la persona detecte los pensamientos irracionales que le llevan a realizar una conducta específica y la manera de modificarlos para tener una calidad de vida más adaptativa (Ramírez & Rodríguez-Alcalá, 2012). Por otro lado, la terapia centrada en soluciones, se enfoca poco en los problemas y en los intentos de solución fallidos, le da mayor énfasis en analizar aquello que sí funciona. Asimismo, ayuda a que, por medio de la imaginación, se plantee una vida sin el problema, identificando aquellas herramientas que ayudan a vencer el problema. Rodríguez, González & Molina (2014) mencionan que esta visualización positiva es una de claves para vencer el miedo y la ansiedad.

Para esta investigación se implementaron distintas herramientas, entre ellas la psicoeducación, la reestructuración cognitiva, el role-playing y la pregunta escala. La psicoeducación es una técnica en la que se busca dar información a las personas, de la manera más clara posible, para poder tener un conocimiento más amplio y lo puedan aplicar en la práctica (López, 2011). La reestructuración cognitiva, evalúa los pensamientos y las creencias negativa, para después buscar interpretaciones alternativas más satisfactorias (García, Bados, Saldaña, 2012). El rol playing busca que, mediante la dramatización de una situación, la persona ponga en práctica sus

capacidades adquiridas mediante el actuar, para posteriormente evaluar sus sentimientos, actitudes y valores y cómo influyen en la conducta (Martín, 1992). Por otro lado, tomando de la terapia centrada en soluciones, se hizo uso del lenguaje establecido por esta corriente, en donde se habla de una perspectiva de solución, en donde ya no existe el problema. Se hizo uso de las excepciones, tanto reales como imaginadas, aquellos momentos en los que les dio miedo tal o cual situaciones y fueron capaces de afrontarlo, o las herramientas que utilizarían para saber manejar una situación difícil en terapia. Por último, el uso de escalas, permite que la persona tenga un punto de referencia, sobre su situación presente y para lograr identificar si se ha dado o no un cambio (Beyebach, 2006).

Objetivo

Se ha definido como objetivo de esta investigación evaluar el cambio en los niveles de autoeficacia personal y profesional reportados por estudiantes de la carrera de Psicología, después de haber realizado un taller sobre el manejo de situaciones difíciles en terapia.

Método

Se realizó una intervención de corte experimental sin grupo de comparación, pues se buscaba identificar la modificación correspondiente a la autoeficacia profesional de los participantes en el taller.

Participantes

Los participantes fueron 14 alumnos de la Facultad de Psicología de la Universidad Autónoma de Nuevo León, sin embargo, tres participantes no se encontraban haciendo práctica clínica, por lo que los resultados corresponden a 11 terapeutas en formación, todos cursando sexto semestre, 3 hombres y 8 mujeres, con una edad promedio de 20 años. Seis de los participantes se encontraban en el área conductual, tres en psicoanálisis, uno en neuropsicología y uno en área no especificada. Tres de los participantes estaban por comenzar sus prácticas por lo que no atendían pacientes al momento del taller, mientras que los 8 restantes atendían en promedio 3 pacientes por semana.

Instrumentos

Escala General de Autoeficacia, desarrollada por Jerusalem y Schwarzer (1992). Es una escala tipo Likert de 4 puntos, donde los ítems están redactados en relación a la capacidad para realizar algo. Esta escala alude a un aspecto general de la autoeficacia. Incluye 10 ítems con 4 opciones: nunca, pocas veces, a veces o siempre. Las puntuaciones oscilan entre los 10 y 40 puntos, entre más alto el resultado mayor percepción de autoeficacia. Brenlla, Aranguren, Rossaro & Vázquez (2010) indican que cuanta con un nivel de consistencia interna adecuado con un Alfa Cronbach entre .73 y .75. Con los datos del presente estudio se obtuvo un Alfa de Cronbach de .80 en el pretest y .83 en el postest.

Cuestionario de Autoeficacia Laboral. Fue desarrollado con base en el modelo del Cuestionario de Autoeficacia Generalizada. Este cuestionario fue adaptado al entorno laboral por Salanova (2004), consta de 10 ítems que evalúan las creencias de

los profesionistas sobre sus capacidades para realizar con éxito las labores de su profesión. Utiliza una escala Likert de 7 puntos que va de 0 (nunca o ninguna vez) a 6 (siempre o todos los días). Posee un alto nivel de consistencia interna con un Alfa de Cronbach de .88 (Maffei, Spontón, Spontón, Castellano & Medrano, 2012). Dentro de la investigación se obtuvo un buen nivel de consistencia interna, tanto en el pretest y postest, con un Alfa de Cronbach de .92 y .94 respectivamente.

Procedimiento – Plan de intervención

Para la realización de este taller, fueron utilizadas algunas técnicas como el establecer un clima de confianza con el paciente, las características de una relación terapéutica, así como los casos de situaciones difíciles de terapia y la manera en la que se pueden abordar. Estas técnicas fueron especificadas después de la siguiente tabla y se pueden consultar en los trabajos de: Charles (2010), Cornejo (2010) y Labrador (2011).

Sesión	Objetivos	Desarrollo	Duración
1 “Las claves del éxito” (Charles, 2010; Cornejo, 2010)	Llevar a cabo una introducción sobre el taller y aplicar la pre-evaluación	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida • Aplicación de las evaluaciones • Bienvenida al paciente • Clima emocional • El terapeuta tonto 	1 hora
2 “La confianza del terapeuta” (Cornejo, 2011)	Hablar sobre la importancia de tener confianza en uno mismo y como terapeuta y de los miedos	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida • La confianza en uno mismo como terapeuta. • Los miedos más comunes • La relación terapéutica • Características de un buen terapeuta 	1 hora y 30 min.

	más comunes que se tienen.	<ul style="list-style-type: none"> • Aspectos importantes: Empatía, aceptación incondicional, autenticidad • Dinámica 1 – Confiar en el supervisor • Dinámica 2 – Tus miedos como terapeuta • Cierre 	
3 “Manejando situaciones difíciles I” (Labrador, 2011)	Hablar sobre 5 situaciones difíciles que se dan en terapia y la manera en la que se pueden manejar	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida • El paciente te pide que tomes decisiones por él o le digas qué hacer. • El paciente tiene un ataque de pánico en consulta. • El paciente está mintiendo. • El paciente manifiesta interés personal y hace preguntas sobre tu vida privada. • El paciente considera que la disponibilidad del terapeuta es de 24 horas. • Dinámica – Discusión de casos • Cierre 	1 hora y 30 minutos
4 “Manejando situaciones difíciles en terapia II” (Labrador, 2011)	Hablar sobre 4 situaciones difíciles que se pueden dar en terapia y la manera en la que se pueden manejar.	<ul style="list-style-type: none"> • Bienvenida • El paciente no habla mucho • El paciente cuestiona la capacidad del terapeuta • El paciente no deja de hablar o llora mucho • Llamadas de auxilio: <ul style="list-style-type: none"> ○ En crisis de pánico ○ Intento de suicidio 	1 hora y 30 minutos
5 “Terapeutas exitosos” (Charles,2010; Cornejo, 2010)	Cierre del taller y aplicación de las post-evaluaciones.	<ul style="list-style-type: none"> • El terapeuta como persona • Éxito en el proceso terapéutico 	1 hora y 30 minutos

		<ul style="list-style-type: none"> • Éxito profesional del terapeuta • Sugerencias para un buen terapeuta • ¿Cómo puedo conseguir pacientes? • El consultorio 	
--	--	---	--

Para la realización de este taller se utilizaron distintas técnicas mencionadas anteriormente. Durante todas las sesiones, se trabajó principalmente con psicoeducación, en la primera sesión se trabajó cómo establecer un buen clima emocional al momento de recibir un paciente. En la segunda sesión, se llevó a cabo una dinámica de reestructuración cognitiva, en la que los estudiantes antes de iniciar la sesión escribieron en una hoja de papel sus mayores miedos como terapeutas, y al finalizar la sesión, se seleccionaron al azar las hojas para que los mismos estudiantes debatieran esos miedos y los modificaran por creencias más positivas.

Durante la tercera y cuarta sesión, se utilizó la pregunta escala. Al inicio se presentaban por nombre las situaciones difíciles en terapia como: “el paciente tiene un ataque de pánico”, “el paciente no habla o llora mucho” y se les preguntó a los estudiantes según una escala del 1 al 10 que tan capaces se sentían de manejar la situación. Después se les dio una sesión psicoeducativa de cómo lidiar con estos casos y al finalizar se les preguntó nuevamente la pregunta escala, notando un incremento en el puntaje. Para finalizar se llevó a cabo una sesión de role-playing de los casos previamente vistos para reforzar los nuevos conocimientos adquiridos y en la última sesión se hizo un cierre sobre el material visto en el taller.

Resultados

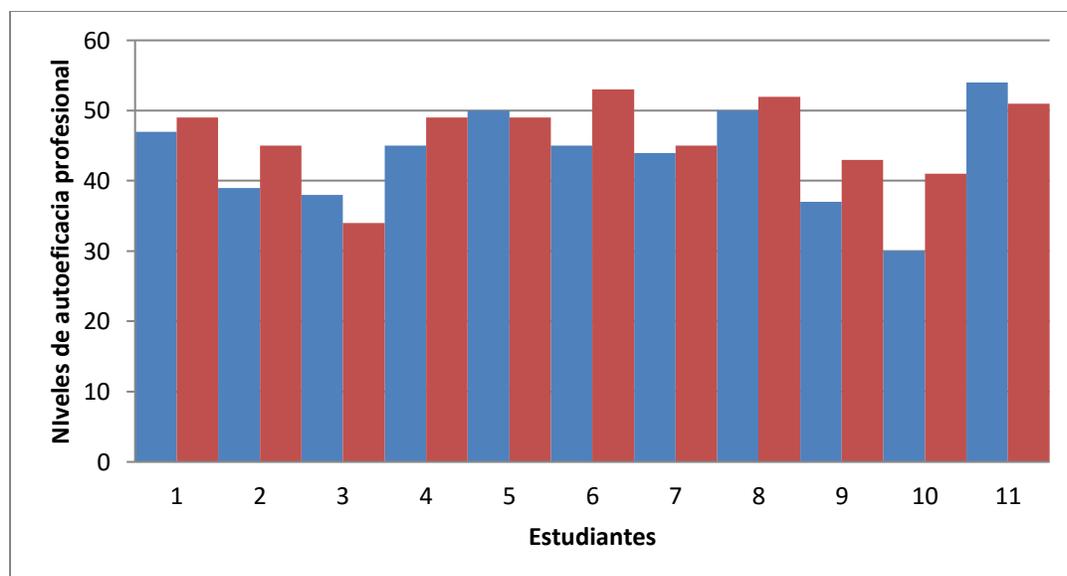
A continuación, se presentan los resultados obtenidos en las evaluaciones de autoeficacia general y profesional, puede observarse una diferencia significativa en la autoeficacia profesional, con un incremento en los puntajes, mientras que en la autoeficacia general no hubo una diferencia significativa (Tabla 1).

Tabla 1 Niveles de autoeficacia general y profesional

	Autoeficacia General Pre*	Autoeficacia General Post*	Autoeficacia Profesional Pre**	Autoeficacia Profesional Post**
Media	32.3	25.6	43.5	46.5
Mediana	33	26	45	49
D.E.	10.5	8.4	14.8	15.0
	*Z=-0.50; p=.618		, **Z=2.85; p=.004	

A continuación, se presentan los niveles de autoeficacia profesional de pretest y posttest (Figura 1).

Figura 1 Niveles de autoeficacia profesional Pretest y Posttest



Al observar los puntajes individuales de la autoeficacia profesional se puede observar que de los once participantes 8 aumentaron su nivel de autoeficacia profesional después del taller (Figura 1). El participante número diez tuvo un incremento elevado con 11 puntos, mientras que el seis subió 8 puntos. Por otro lado, tanto los participantes dos y nueve aumentaron 6 puntos, mientras que el cuatro aumentó 4 puntos, el uno y el ocho dos puntos y siete 1 punto. Por otro lado, tres participantes reportaron una disminución de su autoeficacia profesional

Discusión

De acuerdo a la investigación de Foladori (2009) los estudiantes de psicología mencionan tener distintos miedos y temores al momento de atender por primera vez a un paciente. Por lo que el fortalecer su autoeficacia profesional antes de hacerlo, es indispensable para lograr aumentar la confianza que tienen en sí mismos para ayudar a las demás personas.

En los resultados, no se encontró diferencia entre la autoeficacia general antes y después de la intervención. Según Ortega, Ortiz & Martínez (2014) la autoeficacia es la autoevaluación de nuestras capacidades para hacer frente a una situación demandante. Por lo tanto, se podría considerar, que debido a que el taller estuvo enfocado en la esfera profesional de los participantes, fue la autoeficacia profesional la que tuvo un aumento significativo en los participantes. Asimismo, hubo tres participantes que en lugar de mantener o aumentar su autoeficacia profesional, la disminuyeron, lo que podría sugerir que hay elementos no considerados que afectaron en su autopercepción como terapeutas.

Luszczynska, Schwarzer, Lippke & Mazurkiewics (2011) realizaron modificaciones en las creencias personales percibidas sobre prácticas de la salud específicas, por medio de una intervención enfocada en la psicoeducación logrando que las personas se comprometieran a realizar conductas enfocadas en este aspecto. Por lo tanto, la realización de una intervención centrada en la modificación de la autoeficacia personal, debe relacionarse a aumentar el nivel de confianza en los recursos propios, hacia la conducta que se quiere iniciar y mantener. Es por esto que una parte de taller tenía el objetivo de darle información práctica a los participantes para que tuviera un efecto en su autoeficacia

Asimismo, quienes muestran un nivel de creencia de autoeficacia profesional más elevado según el ámbito en el que se desarrolla es capaz de mostrar conductas de afrontamiento activo o centrado en las personas, En el caso laboral, regulando las demandas del trabajo y las conductas de afrontamiento (Salanova, Grau & Martínez, 2005). El uso de la terapia cognitivo conductual, ha mostrado que, al controlar la forma

de pensar, detectando pensamientos irracionales y mejorando el diálogo interno, se logra modificar los niveles de autoeficacia (Arancibia & Péres, 2007; Rozalén, 2009).

En cuanto a la integración de ambos modelos, cognitivo conductual y centrado en soluciones, no se encontraron investigaciones específicas en la intervención de la autoeficacia, sin embargo, se encontró que la integración de estos modelos es muy benéfica ya que permite que la persona haga una modificación de sus esquemas cognitivos para reflejarlo en conductas más adaptativas, centrándose en la búsqueda de soluciones al problema (Guajardo & Cavazos, 2013; Ramírez & Rodríguez-Alcalá, 2012). Asimismo, en una investigación por Rodríguez, González & Molina (2014) sobre la integración de ambos enfoques para un taller para el manejo de ansiedad para hablar en público, se encontró que esta integración ayuda la perspectiva sin el problema, visualizando las claves para vencer el miedo y la ansiedad producen un resultado muy satisfactorio en la persona.

Conclusión

En conclusión, se puede decir que los miedos que presentan los terapeutas en formación y que están comenzando con sus prácticas clínicas son reales. Aunque dentro de la carrera, el estudiante aprende sobre diferentes corrientes teóricas y técnicas para diversas patologías, deberían ampliarse las prácticas sobre el momento de la terapia en sí y que la mayoría teme sobre perder el control emocional frente al paciente, no saber cómo crear un clima emocional adecuado, etc. Por lo tanto, es importante seguir investigando sobre estas cuestiones con los estudiantes.

Asimismo, como fue el objetivo de esta investigación, se mostró una diferencia en los niveles de autoeficacia profesional, ya que fue lo que se trabajó en el taller. La autoeficacia general engloba todas las capacidades de la persona, mientras que la autoeficacia profesional, solamente hace énfasis en sus habilidades profesionales, en este caso, sus habilidades como terapeuta. Debido a que el taller se enfocó completamente en el desarrollo de habilidades terapéuticas, la autoeficacia profesional mostró una diferencia significativa, mientras que, para modificar la autoeficacia general, es probable que la intervención deba estar enfocada en aspectos más generalizados de los sujetos.

Durante el taller, hubo distintos comentarios de parte de los estudiantes que denotaban que les había ayudado esa sesión. Por ejemplo, mencionaban que después de ver el material se sentían más tranquilos de recibir a una persona con ansiedad, o que al momento de ponerlo en práctica se sentían más seguros. También comentaron que se daban cuenta que los miedos que tenían eran muy parecidos a los miedos que tenían sus compañeros, por lo que ayudó a que el grupo fluyera con más confianza.

Cabe mencionar, que la combinación de los enfoques cognitivo conductual y enfocado en soluciones, tuvo muy buen resultado ya que la riqueza de ambos enfoques ayudó a que la intervención fuera más completa y dinámica. Por último, se recomienda considerar los demás elementos en los que se desenvuelven los estudiantes, seguir investigando sobre su formación en psicología y la manera en la que se pueden identificar sus miedos principales, así como las técnicas e intervenciones que ayudan a que disminuyan, ya que son los que, en un futuro, estarán ayudando a una persona a tener una mayor calidad de vida.

Referencias

- Arancibia, G. & Péres, X. (2007). Programa de autoeficacia en habilidades sociales para adolescentes. *AJAYU* 5(2)
- Bandura, A. (1997). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84(2), 191-215. doi: 10.1037/0033-295X.84.2.191
- Benavides, A., Moreno-Jiménez, B., Garrosa, E. & González, J. (2002). La evaluación específica del síndrome de burnout en psicólogos: El inventario de burnout de psicólogos. *Clínica y Salud* 13(3) 257-283.
- Best, S. & Pairetti, C. (2014). La inteligencia emocional en la formación del psicólogo. *Revista Científica* 18(1). Recuperado de http://dspace.uces.edu.ar:8180/jspui/bitstream/123456789/2612/1/Inteligencia_Best_Pairetti.pdf.
- Beyebach, M. (2006). *24 ideas para una psicoterapia breve*. Barcelona, España: Herder Editorial, S.L.
- Brenlla, M., Aranguren, M., Rossaro, M., & Vázquez, N. (2010). Adaptación para Buenos Aires de la Escala de Autoeficacia General. *Revista Interdisciplinaria*, 23(1), 77-94.
- Bresó, E., Schaufeli, W. & Salanova, M. (2011) Can a self-efficacy-based intervention decrease burnout, increase engagement, and enhance performance? A quasi-experimental study. *High Education* (61) 339-355, DOI 10.1007/s10734-010-9334-6.

Charles, R. (2010). *Soluciones para parejas y padres* (2ª ed.). Monterrey: Cree-Ser.

Cornejo, L. (2010). *Cartas para Pedro* (3ª ed.) Sevilla: Desclée de Brouwer.

Fernández, T., Medina, S., Herrera, I., Rueda, S. & Fernández, A. (2011). Construcción y validación de una escala de autoeficacia para la actividad física. *Revista Española de Salud Pública*, 85(4).

Foladori, H. (2009). Temores iniciales de los estudiantes de psicología ante el inicio de la práctica clínica. *Terapia Psicológica* 27(2), 161-168.

<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000200002>

García, S., Bados, A. & Saldaña, C. (2012). Tratamiento cognitivo – conductual de una persona con trastorno de ansiedad generaliza. *Anuario de Psicología* 42(2), 245-248.

González, M. & Landero, R. (2007). Factor Structure of the Perceived Stress Scale (PSS) in a Sample from Mexico. *The Spanish Journal of Psychology* 10(1), 199-206.

González-Ramírez, M., Rodríguez-Ayán, M., Landero, R. (2013). The Perceived Stress Scale (PSS): Normative Data and Factor Structure for a Large-Scale Sample in Mexico. *The Spanish Journal of Psychology* 16(47), 1-9 DOI:10.1017

Guajardo, N. & Cavazos, B. (2013). Intervención centrada en soluciones cognitivo conductual en un caso de violencia en el noviazgo. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* 16(2), 476-503.

- Herrera, I., Medina, S., Fernández, T., Rueda, S. & Cantero, F. (2013). Bases para el desarrollo de la autoeficacia en programas para la promoción de la actividad física. *Apuntes de Psicología*, 31(1), 109-116.
- Isaac, B., García, G., Bosch, V., Méndez, J. & Luque, C. (2013). Burnout en psicólogos de la salud: características laborales relacionadas. *Psicología y salud* 23(2) 217-226.
- Labrador, F. (2011). *Situaciones difíciles en terapia*. Madrid:Pirámide.
- León-Rubio, J., Cantero, F., León-Pérez, J. (2011). Diferencias del rol desempeñado por la autoeficacia en el burnout percibido por el personal universitario en función de las condiciones de trabajo. *Anales de Psicología*, 27(2) 518-526.
- López, H. & Mazo, R. (2011). El nuevo terapeuta, su rol y compromiso. *Revista Electrónica de Psicología Social "Poiésis"*, (22). Recuperado de <http://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/index>.
- López, V. (2011). Efectividad de la psicoeducación en la calidad de vida en pacientes con trastorno depresivo mayor (Tesis de maestría). Escuela Superior de Medicina del Instituto Politécnico Nacional, Ciudad de México.
- Luszczynska, A., Schwarzer, R., Lippke, S., & Mazurkiewicz, M. (2011). Self-efficacy as a moderator of the planning-behaviour relationship in interventions designed to promote physical activity. *Psychology & Health*, 26, 151-166.

- Maffei, L., Spontón, C., Spontón, M., Castellano, E. & Medrano, L. (2012). Adaptación del Cuestionario de Autoeficacia Profesional (AU-10) a la población de trabajadores cordobeses. *Pensamiento Psicológico*, 10 (1) 51-62.
- Maslach, C., Schaufeli, W. & Leiter, M. (2001). Job burnout. *Annual Review of Psychology* (25) 397-422. Retrieved from file:///C:/Users/User/Downloads/maslach_01_jobburnout.pdf.
- Martín, X. (1992). El role-playing, una técnica para facilitar la empatía y la perspectiva social. *Comunicación Lenguaje y Educación*, 15, 63-67.
- Moreno, B., Meda, R., Rodríguez, A., Palomera, A. & Morales, M. (2006). El síndrome de burnout en una muestra de psicólogos mexicanos: prevalencia y factores sociodemográficos asociados. *Psicología y Salud* 16(1) 5-13.
- Martínez, A. (2010). El síndrome de Burnout. Evolución conceptual y estado actual de la cuestión. *Vivat Academia*, (112).
<http://www.ucm.es/info/vivataca/numeros/n112/DATOSS.htm>
- Mesenguer, M., Soler, M. & García-Izquierdo, M. (2014). El papel moderador de la autoeficacia profesional entre situaciones de acoso laboral y la salud en una muestra multiocupacional. *Anales de Psicología*, 30(2)
<http://dx.doi.org/10.6018/analesps.30.2.161251>.
- Morales Rodríguez, D., González Ramírez, M. y Molina Landaverde, O. (2014). Taller de manejo de ansiedad para hablar en público. Integración del enfoque cognitivo-conductual y la terapia breve centrada en soluciones. *Revista de*

- Psicología Universidad de Antioquia, 6(2), pp.121-136Ortega, M., Ortiz, G. & Martínez, A. (2014). Burnout en estudiantes de pregrado de medicina y su relación con variables de personalidad. *Terapia Psicológica* 32(3) 235-242.
- Ortiz, G. & Ortega, M. (2009). El síndrome de burnout en psicólogos y su relación con la sintomatología asociada al estrés. *Psicología y Salud*, 19(2) 207-214.
- Palacio, J., Caballero, C., González, O., Gravini, M. & Contreras, K. (2012). Relación del burnout y las estrategias de afrontamiento con el promedio académico en estudiantes universitarios. *Universitas Psychologica*, 11 (2) 535-544.
- Ramírez, Jn. & Rodríguez-Alcalá J. (2012). El proceso en psicoterapia combinando dos modelos: centrado en soluciones y cognitivo conductual. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* 15(2), 610-635.
- Rozalén, M. (2009). Creencias de autoeficacia y coaching. Como mejorar la productividad de las personas. Jornadas Internacionales Mentoring & Coaching 22-45.
- Salanova, M. y Schaufeli, W. (2004). El engagement de los empleados: un reto emergente para la dirección de los recursos humanos. *Estudios Financieros*, 261(62), 109-138.
- Salanova, M; Grau, R. & Martínez, I. (2005). Demandas laborales y conductas de afrontamiento: el rol modulador de la autoeficacia profesional. *Psicothema* 17(3) 390-395.