



**Mi Universidad**

**LIBRO**

*Supervisión de casos clínicos*

*Licenciatura en Psicología*

*Noveno Cuatrimestre*

*Mayo – Agosto*

---

## Marco Estratégico de Referencia

---

### Antecedentes históricos

Nuestra Universidad tiene sus antecedentes de formación en el año de 1979 con el inicio de actividades de la normal de educadoras “Edgar Robledo Santiago”, que en su momento marcó un nuevo rumbo para la educación de Comitán y del estado de Chiapas. Nuestra escuela fue fundada por el Profesor Manuel Albores Salazar con la idea de traer educación a Comitán, ya que esto representaba una forma de apoyar a muchas familias de la región para que siguieran estudiando.

En el año 1984 inicia actividades el CBTiS Moctezuma Ilhuicamina, que fue el primer bachillerato tecnológico particular del estado de Chiapas, manteniendo con esto la visión en grande de traer educación a nuestro municipio, esta institución fue creada para que la gente que trabajaba por la mañana tuviera la opción de estudiar por las tardes.

La Maestra Martha Ruth Alcázar Mellanes es la madre de los tres integrantes de la familia Albores Alcázar que se fueron integrando poco a poco a la escuela formada por su padre, el Profesor Manuel Albores Salazar; Víctor Manuel Albores Alcázar en julio de 1996 como chofer de transporte escolar, Karla Fabiola Albores Alcázar se integró en la docencia en 1998, Martha Patricia Albores Alcázar en el departamento de cobranza en 1999.

En el año 2002, Víctor Manuel Albores Alcázar formó el Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. para darle un nuevo rumbo y sentido empresarial al negocio familiar y en el año 2004 funda la Universidad Del Sureste.

La formación de nuestra Universidad se da principalmente porque en Comitán y en toda la región no existía una verdadera oferta Educativa, por lo que se veía urgente la creación de una institución de Educación superior, pero que estuviera a la altura de las exigencias de los jóvenes

que tenían intención de seguir estudiando o de los profesionistas para seguir preparándose a través de estudios de posgrado.

Nuestra Universidad inició sus actividades el 18 de agosto del 2004 en las instalaciones de la 4ª avenida oriente sur no. 24, con la licenciatura en Puericultura, contando con dos grupos de cuarenta alumnos cada uno. En el año 2005 nos trasladamos a nuestras propias instalaciones en la carretera Comitán – Tzimol km. 57 donde actualmente se encuentra el campus Comitán y el corporativo UDS, este último, es el encargado de estandarizar y controlar todos los procesos operativos y educativos de los diferentes campus, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca.

## **Misión**

Satisfacer la necesidad de Educación que promueva el espíritu emprendedor, aplicando altos estándares de calidad académica, que propicien el desarrollo de nuestros alumnos, Profesores, colaboradores y la sociedad, a través de la incorporación de tecnologías en el proceso de enseñanza-aprendizaje.

## **Visión**

Ser la mejor oferta académica en cada región de influencia, y a través de nuestra plataforma virtual tener una cobertura global, con un crecimiento sostenible y las ofertas académicas innovadoras con pertinencia para la sociedad.

## Valores

- Disciplina
- Honestidad
- Equidad
- Libertad

## Escudo



El escudo del Grupo Educativo Albores Alcázar S.C. está constituido por tres líneas curvas que nacen de izquierda a derecha formando los escalones al éxito. En la parte superior está situado un cuadro motivo de la abstracción de la forma de un libro abierto.

## Eslogan

“Mi Universidad”

## ALBORES



Es nuestra mascota, un Jaguar. Su piel es negra y se distingue por ser líder, trabaja en equipo y obtiene lo que desea. El ímpetu, extremo valor y fortaleza son los rasgos que distinguen.

---

## Supervisión de casos clínicos.

---

### Objetivo de la materia:

Que el alumno vincule sus conocimientos clínicos básicos, para la interpretación diagnóstica de casos clínicos, así como los procesos dinámicos específicos que expliquen las diferentes perspectivas de comportamiento del individuo.

### Criterios de evaluación:

No	Concepto	Porcentaje
1	Trabajos Escritos	10%
2	Actividades Áulicas	20%
3	Trabajos en plataforma Educativa	20%
4	Examen	50%
<b>Total de Criterios de evaluación</b>		<b>100%</b>

# INDICE

## **Unidad 1**

### **Fundamentos de psicología clínica**

- 1.1 Que es la psicología clínica
- 1.2 Aspectos fundamentales de la psicología clínica
- 1.3 Exploración del estado mental
- 1.4 Entrevista clínica
- 1.5 Diagnóstico clínico

## **Unidad 2**

### **Conducta**

- 2.1 Conducta normal y anormal
- 2.2 Salud mental
- 2.3 Patologías afectivas: signos y síntomas
- 2.4 Patologías neuróticas: signos y síntomas
- 2.5 Patologías de la conducta: signos y síntomas

## **Unidad 3**

### **Introducción al tratamiento patológico**

3.1 Terapia somática

3.2 Terapia de la depresión

3.3 Terapia de la manía

3.4 Terapia de la psicosis

3.5 Terapia de la ansiedad

## **Unidad 4**

### **Teorías y modelos psicológicos**

4.1 Psicoterapia y psicoanálisis

4.2 Psicoterapia de tiempo limitado

4.3 Terapia conductual y cognitiva

4.4 Psicoterapia de grupo

4.5 Terapia familiar y marital

## UNIDAD I

### FUNDAMENTOS DE PSICOLOGIA CLINICA.

#### 1.1.- Que es la psicología clínica.

**En un intento por definir la y describir la psicología clínica, Resnick (1991) propuso la siguiente definición:**

El campo de la psicología clínica comprende investigación, enseñanza y servicios relacionados con las aplicaciones de principios, métodos y procedimientos para la comprensión, predicción y alivio de la desadaptación, discapacidad e incomodidad intelectual, emocional, biológica, psicológica, social y conductual, aplicados a una amplia gama de poblaciones de clientes.

Según Resnick, las áreas de habilidad que se consideran esenciales para el campo de la psicología clínica incluyen: evaluación y diagnóstico, intervención o tratamiento, consultoría, investigación y aplicación de principios éticos y profesionales. Asimismo Resnick afirma que los psicólogos clínicos son únicos en cuanto a su pericia en las áreas de personalidad y psicopatología y en su integración de ciencia, teoría y práctica.

*El psicólogo clínico.*

Tratar de definir la psicología clínica en términos de los problemas con los que se enfrentan los clínicos es una causa perdida. El número y tipos de problemas son tan amplios que intimidan: depresión, ansiedad, trastornos de personalidad, psicosis, deficiencia mental, adicciones, problemas de aprendizaje, delincuencia juvenil, problemas vocacionales y desviaciones y disfunciones sexuales, por nombrar sólo unos cuantos. Esta lista no cubre a los muchos individuos considerados “normales” a los que se tratan de alguna u otra manera. Otro enfoque de la definición reside en las actividades en las que participan los psicólogos clínicos.

#### **Actividades clínicas.**

##### **Psicoterapia.**

La terapia en la que se emplean con mayor frecuencia los típicos esfuerzos de los clínicos y a la cual se dedican el mayor tiempo.

En algunos casos, la terapia implica principalmente una búsqueda de insight acerca de los orígenes de los problemas que uno sufre o de los propósitos que satisface la propia conducta

indeseable. En otros la terapia, la terapia consiste, en primer lugar, de una relación entre cliente y terapeuta la cual se diseña para producir una atmósfera de confianza a que ayudará disolver las defensas debilitantes del cliente. Otras atmosferas de terapia son ante todo conductuales, en el sentido de que el cliente aprende modos nuevos y más satisfactorios de adaptación. En ocasiones las metas de la terapia son generales: se realizan grandes cambios en la conducta. Por otra parte algunos pacientes desean obtener ayuda sólo con un temor molesto que les impide el logro de ciertas metas. Entonces, la terapia varía a lo largo de muchas dimensiones diferentes.

### ***Evaluación/diagnóstico***

Todos los clínicos practicantes participan en la evaluación de una u otra manera. Tómense por ejemplo, los siguientes casos:

- A un niño que reprueba en cuarto año se le aplica una prueba de inteligencia. ¿Existe un déficit intelectual?.
- Se le aplican pruebas de personalidad a un cliente que se encuentra deprimido y ha perdido todo su entusiasmo por la vida ¿Los resultados pueden arrojar alguna luz sobre los factores subyacentes de personalidad?
- Se ha decidido que un cliente se beneficiará de la terapia. Pero, ¿Cuál tipo de terapia será la más adecuada?
- Se ha acusado a un padre de maltrato infantil, se le entrevista y se le somete a pruebas para determinar si debe recibir un diagnóstico.

Común a estos ejemplos se encuentra el esfuerzo por comprender de la mejor manera al individuo, de modo que pueda tomarse una decisión más informada o seleccionar un curso más deseable de acción. La evaluación, ya sea como observación, prueba o entrevista, es una forma de reunir información para que se pueda solucionar un problema.

### ***Enseñanza***

Es obvio que los psicólogos clínicos que tienen compromisos académicos de tiempo completo o medio tiempo dedican considerablemente cantidad de tiempo a la enseñanza. Aquellos cuyas responsabilidades se sitúan principalmente en el área de posgrado enseñan cursos avanzados en psicopatología, pruebas psicológicas, entrevista, terapia, teoría de la personalidad, psicopatología experimental y demás.

### ***Supervisión clínica***

En realidad esta actividad es otra forma de enseñanza. Sin embargo, en ella participa típicamente la enseñanza individual, enfoques de grupo pequeño y otras variedades menos formales de instrucción fuera del salón de clase. También requiere atender a los clientes y después discutir sus casos con un supervisor más experimentado. En pocas palabras, uno aprende haciendo, pero bajo las condiciones controladas y seguras de una relación aprendiz-supervisor.

### ***Investigación***

La psicología clínica deriva de una tradición académica de investigación. Como resultado, cuando inicialmente se establecieron programas de entrenamiento clínico después de I Segunda Guerra Mundial se adoptó el modelo de científico practicante.

Es enorme el rango de proyectos de investigación que llevan a cabo los clínicos. Los estudios tienen que ver con teoría de la personalidad, desarrollo y validación de instrumentos de evaluación, valoración de técnicas de terapia y así sucesivamente.

### ***Consultoría.***

Tanto la consultoría como la enseñanza, la meta consiste en incrementar la efectividad de aquellos a los que se dirigen los propios esfuerzos mediante la impartición de cierto grado de conocimiento experto. Esta consultoría podría ser una cuestión de una sola vez con alguien que simplemente necesita ayuda con un caso específico. O el clínico puede contar con una base relativamente permanente para proporcionar ayuda al personal de una institución.

## **1.2.- Aspectos fundamentales de la psicología clínica.**

En 1899, veinte años después de la inauguración del primer laboratorio de psicología en Leipzig-Alemania, la Psicología ha sido considerada, en su globalidad, como una disciplina en crisis. La referencia a la crisis de la Psicología fue presentada por R. Willy, en un artículo titulado Die krisis in der psychologie . En ese artículo, Willy seguía las tesis presentadas por Mach (1896, citado en Caparrós, 1980) sobre el análisis de las sensaciones y la relación de lo físico con lo psíquico. Willy establece un diagnóstico claro de la crisis: la Psicología resulta impresentable frente a las ciencias naturales por causa del dualismo, origen de interminables debates entre

los psicólogos y metodológicamente funesto. La solución que propone es tomar la sensación como elemento básico, constitutivo único de la conciencia y de la materia (tal como la fenomenología Husserliana lo proponía). Wundt era objeto de fuertes críticas como principal formulador del dualismo. Allí ponía en evidencia las contradicciones existentes entre la Psicología y las ciencias naturales, a la extrapolación del método científico positivista, tarea que fue ardua e infructuosa al asumir en forma explícita dicho método.

Según Caparrós (1980), en 1898, el *Philosophisches Jahrbuch* publicó otro trabajo con idéntico título: *Die Krisis in der Psychologie*. Su autor era C. Gutberlet, quien tras arrancar de la misma constatación crítica que Willy, llegaba a conclusiones muy diferentes. La crisis procedía de la forma como la Psicología experimental pretendía relacionarse con la filosofía: aquella como fundamento de ésta. Según Gutberlet sólo la vieja metafísica de las sustancias podía salvar a la psicología del psicologismo y del subjetivismo. Lo decisivo en Gutberlet es su ubicación de la crisis: la legitimación de la Psicología experimental frente a los filósofos, segundo gran reto de los psicólogos, en particular los de lengua alemana. Muchas son las páginas e investigaciones que Wundt, Müller, Stumpf y compañía dedicaron con poco éxito, tarea siempre inacabada y tan generadora de insatisfacciones.

W. Stern publicó en 1900 (citado por Caparrós, 1980, p. 9) un largo trabajo en dos artículos, sobre «el trabajo psicológico del siglo XIX» revelador de la viva conciencia de crisis que embargaba a la laboriosa comunidad psicológica. Escribe Stern tras una década plena de polémicas sobre objeto, método, estatus, supuestos teóricos y relevancia práctica de la Psicología. Y todo con el trasfondo de la gran controversia acerca de su identidad como ciencia de la naturaleza o del espíritu. Pero también una década de palpables avances experimentales. Stern recogía ambos aspectos y tras constatar el gran incremento de conocimientos psicológicos experimentalmente acumulados, enfatizaba el particularismo y falta de sistematización que los caracterizaba, pluralismo teórico al margen. Hay muchas psicologías nuevas, pero no la nueva Psicología (citado en Caparrós, 1980).

Muchos historiógrafos de la Psicología han señalado que los psicólogos se organizaron muy pronto como scientific community pues no sólo se han contentado con producir conocimientos científicos, sino que han proclamado insistentemente a cuatro vientos que son científicos. Aquí cabe preguntarse la razón de tal insistencia, y si además de lo científico existen

otras formas de abordar la subjetividad. Entre 1903 y 1913 hubo intentos muy marcados por una revisión generalizada de los objetivos, métodos y conceptos fundamentales de la Psicología así como por una crisis profunda del estatus de la conciencia (Reflexiones en el seminario de epistemología de la Psicología).

El período de 1907, se caracterizó por una rebelión contra términos psicológicos tan tradicionales y consagrados como conciencia, sentimiento y sensación. De 1911 se destaca la continua lucha sostenida por algunos psicólogos en pos del logro de una mínima claridad sobre lo que es el objeto de la Psicología. En 1913 aparecen de manera radical los continuados ataques a la introspección. Como dato curioso (Caparrós, 1980, p. 10) aparece una apreciación de Wundt refiriéndose a la interpretación norteamericana de la Psicología: aborrecía la orientación pragmática de los americanos por subordinar la Psicología pura a la aplicada, y consideraba importante en la formación del psicólogo, que además de buenos experimentadores los graduados debían ser bien formados en Filosofía y Psicología. Hacia 1924, los escritos de Vygotski muestran que él ve también la crisis en la multiplicidad de psicologías. A todas las somete a una crítica radical. La crisis revela la escisión de la Psicología entre dos concepciones de psicología irreconciliables: la científico-natural y la científico-fenomenológica; de las que luego surgieron múltiples escuelas de pensamiento. Para Vygotski, la Psicología teleológica-intencional ha de llegar al fin definitivo, y al mismo tiempo a la determinista-causal (conductismo, funcionalismo, reflexología, Gestalt, etc.) se le ha de dotar de aquello de lo que han carecido las más próximas a sus principios: conceptos histórico-sociales y el materialismo dialéctico como metodología general (Caparrós, 1980).

Vygotski atribuye a la Psicología aplicada un gran papel en la resolución positiva de la crisis. Consideraba a la Psicología académica, con un auténtico protagonismo histórico y el germen del futuro; a través suyo la Psicología se había confrontado con la prueba de la práctica y a su vez exigido una filosofía de la ciencia y de la práctica capaz de superar la crisis mediante una ruptura dialéctica generadora de una Psicología determinada e integradora de todas las dimensiones psíquicas.

#### *La problemática de la Psicología aplicada.*

El planteamiento de la crisis de la Psicología permite abordar los problemas relativos a la Psicología aplicada en sus dos dimensiones: investigativa y clínica, aspectos que llevaron a su

vez a la conciencia de dificultades epistemológicas entre la Psicología aplicada y la llamada Psicología general. Se sabe, por la historia oficial de la Psicología, aquella que nos cuentan en los claustros universitarios y en los manuales de historia de esta disciplina, que la consecuencia más importante que tuvo la guerra para la Psicología clínica fue el desarrollo de la especialidad del diagnóstico de adultos no hospitalizados\*\*. El Ejército de los Estados Unidos rápidamente capacitó a psicólogos de todas las tendencias para aplicar pruebas, para evaluar el nivel intelectual, aptitudes, estabilidad emocional y descubrir los desórdenes del comportamiento de los reclutas. En 1918, ya se tenía la evaluación psicológica de unos dos millones de adultos que habían hecho las pruebas en forma personal o colectiva.

El compromiso de los psicólogos clínicos en la Segunda Guerra Mundial, fue mucho más importante que en la Primera. 1.500 psicólogos sirvieron en la Segunda Guerra Mundial. En 1944, veinte millones de militares y civiles fueron sometidos a unas sesenta millones de pruebas psicológicas. Ya en 1940, habían aparecido tal cantidad de pruebas, más de quinientas, que se necesitó un Mental Measurement Yearbook para catalogarlas, y el desarrollo, la aplicación y la evaluación de estos instrumentos siguieron estimulando el diagnóstico y la investigación de los psicólogos clínicos.

La aplicación de pruebas, comenzó además, a ser un negocio. Se comercializaron las pruebas y por ende se ofreció asesoría a negocios e industrias, ¿atisbos de Psicología empresarial? Además de aplicar pruebas, los psicólogos tuvieron que hacer entrevistas, escribir informes psicológicos, y debido al enorme número de trastornos psicológicos durante y después de la guerra, tuvieron que realizar terapia , paradójicamente psicoanalítica. Esto pone en evidencia que los psicólogos clínicos no estaban capacitados para hacer intervenciones psicoterapéuticas. De lo anteriormente enunciado se deriva que, debido a la premura de los intereses de los Estados Unidos durante su participación en las guerras, para ser psicólogo clínico (aplicando pruebas mentales), sólo era necesario recibir cursos para aplicación de pruebas, de psicología anormal, tal vez algo de desarrollo infantil y estar interesado por la gente. Esto muestra lo poco claro que era ser psicólogo clínico para la época. Los psicólogos clínicos además de estar catalogados como profesionales de segunda clase, eran confundidos con técnicos de pruebas psicológicas, recibían poca ayuda de los colegas de otras Universidades y de la APA (American Psychological Association), que no se preocupaba por mejorar su imagen.

Por otro lado, los psicólogos académicos objetaban la validez de la Psicología aplicada y se daban cuenta de los costos que significarían los programas de Psicología clínica, por esto los departamentos de psicología de las universidades tardaron en organizar programas de postgrado en Psicología clínica. A partir de las necesidades de intervención de los psicólogos clínicos bien formados, en aquellos casos en que se ameritaba un tratamiento que promoviera la salud psíquica pública de los excombatientes, el departamento de salubridad y la administración para veteranos se convirtieron en las instituciones que más contribuyeron a la cualificación de los psicólogos clínicos, estableciendo una alianza con las mejores universidades de la nación, ofreciendo grandes donativos.

El descontento entre psicólogos clínicos y académicos explotó en 1937. Los que hacían Psicología clínica se separaron de la APA y formaron una organización llamada American Association of Applied Psychology (AAAP) con departamento de psicología clínica, consultoría educativa e industrial. Esta organización perduró por ocho años antes de unirse nuevamente con la APA. A finales de los años treinta operaba en todos los campos que actualmente tiene la Psicología clínica. Había salido de las clínicas, hospitales y prisiones, donde estaba confinada hasta entonces; ya trabajaba con niños y adultos y había una tendencia muy fuerte a considerarla como rama independiente.

En 1947 el comité de formación de psicología de David Shakow, un grupo designado por la APA, presentó un informe en el que determinaba las características que debía tener la formación de psicólogos que aspiraban a ser clínicos en las universidades e internados. El informe de Shakow sentó las bases para la eterna discusión entre los psicólogos dedicados a la ciencia pura y los psicólogos que consideraban a la Psicología como profesión. Los primeros considerando a los segundos como intrusos patrocinados y pagados por el gobierno.

Dos años después de la publicación del informe de Shakow, hubo una convención nacional de formación de Psicología clínica en Boulder, Colorado, en la que oficialmente se aceptaron sus recomendaciones, y a partir de entonces la APA autorizó a los psicólogos el ejercicio de la psicoterapia, que antes era ejercida, principalmente, por los psiquiatras en su mayoría de formación filosófica-fenomenológica y psicoanalítica.

*La psicoterapia en disputa.*

La psicoterapia surge a fines del siglo XIX, y en un principio estuvo al margen de la medicina oficial. En contra de ciertas posturas como la de Wundt, crece a principios del siglo XX la idea de que debe desarrollarse una psicoterapia como una especialidad de la Psicología clínica, aún cuando la Psicología no había alcanzado suficiente fundamentación epistemológica y metodológica.

Luego de la primera guerra mundial, el psicoanálisis hace sentir más su influencia en la Psicología clínica. Aparecen las primeras obras sobre la personalidad, y con la Segunda Guerra Mundial la conciencia de acciones psicoterapéuticas aumenta, sobre todo por demandas sociales. Los psicólogos reclaman su derecho a diagnosticar y curar, pese a las resistencias de los psiquiatras. Con el auge del psicoanálisis en Norteamérica, las críticas de la extrapolación del modelo médico-biológico al ejercicio de la psicoterapia se hicieron más fuertes. Fueron los psiquiatras y los psicólogos clínicos psicoterapeutas quienes acogieron y apoyaron la difusión del psicoanálisis en Norteamérica.

Habría que señalar que los EEUU de 1933 son todavía un país azotado por la crisis económica de 1929. La crisis de 1929, tuvo distintas expresiones en realidades sociales concretas, tales como marginalidad, la cesantía y la falta de recursos para los programas de asistencia social. Esto resulta importante para notar cómo los problemas que les toca enfrentar a los psicólogos clínicos y psiquiatras dedicados a la psicoterapia se producen a partir de esta coyuntura histórica concreta. En 1933, la llegada de muchos intelectuales judíos. La emigración de intelectuales europeos judíos organizó la nueva cultura norteamericana de la post-guerra. En este movimiento histórico, Lewin fue uno de los muchos intelectuales judíos que organizó la cultura norteamericana durante la implementación del New Deal y la consecuente instauración de la economía de guerra.

Los psicoterapeutas desilusionados de las ingenuidades del modelo biológico de las enfermedades mentales exploran las nuevas propuestas alternas, algunas de ellas olvidadas, otras desconocidas y/o atacadas por ser Subjetivas . Estos mismos psiquiatras y psicólogos psicoterapeutas critican el trato inhumano que se les da a los pacientes y empiezan a implementar otro tipo de prácticas y a preguntarse por el sentido de los síntomas y la enfermedad mental, introduciendo una concepción alternativa de la clínica como una reflexión sistemática sobre el sufrimiento y el pathos humano y las bases del alma humana, definiendo lo

esencial de lo psíquico como las relaciones interhumanas. Desde entonces la relación con el paciente se convirtió en el punto de partida para el desarrollo del razonamiento clínico.

Mientras que en el contexto de la Psicología oficial se discutían los asuntos relativos a la formación de los psicólogos clínicos y emergían las bases del modelo científico-profesional llevado hasta el tratamiento terapéutico, en otros ámbitos, más marginales, se proponía romper con el objetivismo y el atomismo de la Psicología clínica orientada por el modelo médico, para pensar una práctica y una reflexión clínica centrada en las dimensiones subjetivas e intersubjetivas. Su renuncia al método experimental y a los ideales de las ciencias positivas los alejaron en gran medida de los grandes escenarios de la Psicología oficial, y por tanto de los principios establecidos para la formación científico-profesional.

Muchos de estos psicólogos y psicoterapeutas permanecieron enseñando en las universidades, poco interesados en adquirir un estatus de científicos, pero dedicados a la crítica académica de los fundamentos mismos de la Psicología clínica, de la Psicología como ciencia y de una propuesta terapéutica derivada del modelo de las ciencias naturales que poco o nada tiene que ver con el cuidado del alma.

*La psicoterapia más allá de la ciencia psicológica.*

Retomando a Freud en su texto de 1890 sobre Tratamiento psíquico, (tratamiento por el espíritu), definimos la psicoterapia como tratamiento del alma. Dice Freud (1890):

Se puede, pues, pensar que lo que queremos decir es: tratamiento de los fenómenos mórbidos de la vida del alma. Pero no es este el significado del término. Tratamiento psíquico desea significar mucho más, a saber, un tratamiento que se origina en el alma, un tratamiento de desórdenes psíquicos o corporales— mediante medidas que influyen, sobre todo e inmediatamente, en el alma del hombre. Un recurso de esa índole es sobre todo la palabra, y las palabras son, en efecto, el instrumento esencial del tratamiento anímico .

La palabra psicoterapeuta, es un término compuesto, derivado de dos vocablos griegos, a saber: Psique y therapon, que a su vez significan: Alma (psique) y servidor (therapon). En consecuencia podríamos sostener que ser psicoterapeuta significa fundamentalmente, ser servidor del alma. Therapéuo: se refiere a Yo cuido y al acto del servicio, por lo tanto se puede decir que al tratamiento del alma se le conoce como psicoterapia.

En la medida en que la psicoterapia apunta a un tratamiento del alma, a una modificación radical de sí del propio sujeto, ha de atender fundamentalmente a lo peculiar del sujeto, esto es, a aquello que lo caracteriza en cuanto tal y no a lo que le es común con otros sujetos. Para intervenir ha de fundamentarse en el discurso del sujeto, y no en teorías psicológicas (Lopera, 2000).

Gran variedad de razones teóricas ligadas a la historia de la ciencia, de la Psicología y de las ideologías en el ejercicio de la psicoterapia, han llevado a adjudicarle a este concepto una serie de significados restringidos y mezquinos, empobreciendo y desvirtuando su significado original. Los psicólogos terapeutas pragmáticos y fieles al modelo de las ciencias naturales, decidieron eliminar toda referencia al alma, y decidieron traducir psique como mente Mind, y más aún siendo fieles al juramento fiscalista, conjugan lo psíquico con lo físico, de tal manera que mente resulta ser lo mismo que cerebro, y por lo tanto es posible terapiar la mente-cerebro y no hacer psicoterapia.

Así lo expresó Freud en su texto de 1890:

*La relación entre lo corporal y lo anímico (en el animal tanto como en el hombre) es de acción recíproca; pero en el pasado el otro costado de esta relación, la acción de lo anímico sobre el cuerpo, halló poco favor a los ojos de los médicos. Parecieron temer que si concedían cierta autonomía a la vida anímica, dejarían de pisar el seguro terreno de la ciencia . (p. 116)*

La psicoterapia antes que nada se ocupa de la vivencia subjetiva, de la experiencia inmediata, referida a la forma cómo las personas intuyen, perciben de manera vívida el mundo de la vida. La psicoterapia es un arte y no una derivación de una aplicación sistemática de una teoría psicológica. Bruno Bettelheim definía la psicoterapia como el arte de lo obvio, al arte de ver claramente aquello que está ahí para ser visto, en vez de superponerle nuestras propias ideas previas y nuestros prejuicios (Bettelheim y Rosenfeld, 1994, p. 237).

La psicoterapia es un arte que se basa en un método, entendiendo método como una actitud y no como una serie de pasos rigurosamente establecidos que se deben seguir fielmente para obtener unos resultados esperados. Este método se caracteriza por la actividad reflexiva de la conciencia. Se trata de una actitud, de un modo de la conciencia de cuestionar lo que previamente parecía evidente. La psicoterapia tiene efectos en lo social, pues al abordar la realidad humana, el psicoterapeuta lo hace en una situación histórica concreta que le plantean

las problemáticas críticas de su época. Observa con lentes de aumento, el negativo de la realidad humana y comprueba las profundas esperanzas despertadas en el corazón del hombre como intento de superación de dicha negatividad. La psicoterapia, derivada de un saber hacer (método) y no de la ciencia psicológica, puede, no obstante, contribuir al avance de ésta última como producto de una forma de razonamiento. La experiencia psicoterapéutica va dejando en el psicoterapeuta un saber que podrá en parte formalizar en teorías y, posteriormente, someter a los métodos de la psicología para proceder a su corroboración o falsación. Sin embargo, la psicoterapia como tal continuará más allá de la Psicología, aunque la enriquezca con su saber, o bien para decirlo en forma clásica, con su saber acerca de ese mundo interior en el que, según los mitos antiguos, moran las almas de los humanos.

### **1.3.- Exploración del estado mental**

El examen del estado mental se ha definido como una obtención sistemática de datos basada en la observación de la conducta del paciente, realizada tanto durante la entrevista, como en otras circunstancias (sala de espera, unidad de hospitalización). Puede ser considerada como algo análogo a la exploración física de los pacientes médicos.

Las respuestas del paciente a preguntas directas constituyen una parte muy importante del examen del estado mental, especialmente para valorar el funcionamiento cognitivo. La evaluación del estado mental debe incluir diversos apartados que se recogen a continuación.

a. **Descripción general.** Se valorará:

- Aspecto general e higiene. Se observa la higiene personal, la forma de vestir y el aspecto general del paciente, describiendo rasgos que pudieran ser considerados como extravagantes.
- Psicomotricidad. Se recoge el aumento o la inhibición de la actividad motora, la presencia de inquietud o agitación, perseveraciones motoras (estereotipias motoras), ecopraxia (repetición mimética de gestos realizados por el entrevistador) tics o movimientos involuntarios, que serán descritos de la manera más precisa posible.
- Conducta y actitud general. Se recoge si el paciente se muestra colaborador, si muestra interés por la entrevista o, por el contrario, está distante, desinteresado o ausente; si está tranquilo y relajado o tenso, angustiado, receloso, con una actitud defensiva o si realiza comentarios sarcásticos. Es importante reseñar si las respuestas son adecuadas a las preguntas,

y si ha reaccionado especialmente hacia alguna pregunta concreta. Asimismo, quedará reflejado en la evaluación si el paciente se muestra hostil y amenazante, adopta actitudes de desafío, negativismo, o muestra alguna conducta que pudiera ser considerada anormal o excéntrica.

b. **Nivel de conciencia.** Fundamentalmente se examina el grado de alerta o vigilancia que mantiene el paciente durante la entrevista, así como sus posibles fluctuaciones. Cuando el nivel de conciencia está reducido se dice que el paciente está obnubilado (obnubilación-estupor-coma); suele ir asociado a otras alteraciones cognitivas, como desorientación y disminución de la capacidad para fijar información.

– Orientación personal (orientación autopsíquica) y temporo-espacial (orientación alopsíquica), evaluadas mediante la realización de las oportunas preguntas concretas.

c. **Funcionamiento cognitivo.** Realizar una evaluación del funcionamiento cognitivo exige la administración de una compleja batería neuropsicológica que habitualmente es administrada por un profesional especializado en este campo, y cuya descripción desborda el objetivo de este capítulo. Sin embargo, el examen psiquiátrico debe valorar, al menos sucintamente, algunas funciones, como:

– Concentración: capacidad para mantener y centrar la atención durante la entrevista. – Memoria: se valora la capacidad para recordar tres palabras al cabo unos pocos minutos, y se indaga la capacidad para recordar actividades concretas realizadas el día anterior.

– Habilidades apraxo-agnósicas: identificación de objetos comunes, identificación de colores; repetición de posturas manuales previamente realizadas por el entrevistador, copia de figuras sencillas tridimensionales, realización de una secuencia de órdenes sencillas.

– Cálculo: realización de cálculos numéricos sencillos.

– Valoración de la capacidad de juicio y abstracción: establecimiento de diferencias o semejanzas entre objetos, interpretación de refranes.

Actualmente se dispone de instrumentos como el Mini Examen Cognoscitivo que permite evaluar todos los apartados anteriores de una manera rápida y estructurada.

d. **Estado de ánimo y afectividad.** Incluye:

– Estado de ánimo, aspecto subjetivo. Descripción que realiza el paciente sobre cómo se siente interiormente a nivel emocional (triste, angustiado, desesperado, alegre, irritable).

- Estado de ánimo: aspecto objetivo. Emoción comunicada por el paciente a través de su expresión facial, gestos, tono de voz.

- Afecto o grado de variabilidad emocional observada a lo largo de la entrevista. Así, puede apreciarse una incapacidad para mostrar cualquier tipo de cambio emocional o, por el contrario, un aumento de la reactividad emocional. La observación de la expresión gestual o de las modificaciones en las inflexiones de la voz proporciona información sobre este punto. Es importante recoger si esta variabilidad emocional es adecuada, o si el paciente presenta una respuesta emocional inadecuada al entorno ambiental.

**e. Lenguaje y aspectos formales del pensamiento.** Este apartado hace referencia a la producción verbal, no al contenido; es decir, a la rapidez del habla, adecuada utilización del vocabulario, neologismos, presencia de un lenguaje vago e impreciso, dificultad para mantener el hilo argumental de forma que el tema del discurso cambia sin que exista una relación lógica, presencia de respuestas tangenciales o no relacionadas con la pregunta o, incluso, presencia de un lenguaje incoherente, donde apenas existe relación entre dos frases consecutivas. También se incluye en este apartado la presencia de mutismo, palilalia (repetición espontánea de sílabas o palabras), ecolalia (repetición de la última frase o palabra) o verbigeración (repetición sin sentido de una frase o palabra que se intercala en un discurso).

**f. Contenidos del pensamiento.** En este apartado se recoge la presencia de:

- Ideas delirantes. Es indispensable describir de una forma precisa el tema de las ideas delirantes, utilizando siempre que sea posible expresiones utilizadas por el paciente. Asimismo, deberá especificarse el nivel de sistematización del delirio, la presencia de rasgos bizarros y su repercusión conductual.

- Ideas, sentimientos o impulsos autolesivos, precisando su consistencia, grado de planificación y circunstancias ambientales relacionadas con su presencia.

- Preocupaciones, autorreproches e ideas o sentimientos de culpa, ideas o sentimientos de infravaloración, contenidos obsesivos, temores, fobias, realizando siempre una descripción detallada del contenido y de su repercusión.

**g. Alteraciones perceptivas.** Las alucinaciones (percepción sin objeto) y las ilusiones constituyen las alteraciones perceptivas más significativas, pudiendo afectar a los distintos sentidos. Son evaluadas preguntando al paciente de una manera más o menos directa sobre el

tema; no obstante, a partir de la observación se pueden encontrar indicadores conductuales que sugieren su presencia (p. ej., presencia de soliloquios).

**h. Capacidad de introspección y conciencia de enfermedad.** Se examina la conciencia y el grado de comprensión que el paciente muestra sobre su trastorno psiquiátrico (insight). Asimismo, es importante valorar la actitud y el grado de aceptación que muestra hacia los distintos tratamientos.

**7. VALORACIÓN FUNCIONAL** La exploración del estado mental debe ir acompañada de una evaluación funcional del paciente. Al menos deben ser exploradas las siguientes áreas de funcionamiento:

- Relaciones interpersonales.
- Actividad social.
- Ocupación y empleo.
- Actividades recreativas.
- Nivel de autonomía y actividades de la vida diaria.

NOTA: El alumno deberá realizar la investigación sobre cómo realizar un examen mental de diferentes fuentes.

*Fuentes bibliográficas: 1.- Héctor Santíes Castella. Psiquiatría para médicos no psiquiatras, Edit. Panamericana. 2.- Manual de psiquiatría.*

#### **1.4.- Entrevista clínica.**

La entrevista es la más básica y la más servicial de las técnicas que emplea el clínico de salud mental, su amplio rango de aplicación y su capacidad de adaptación la hacen uno de los principales instrumentos para la toma de decisiones, comprensión y predicción en clínica.

Casi todas las profesiones consideran la entrevista como una de las principales técnicas para obtener datos y tomar decisiones.

La entrevista de evaluación es, al mismo tiempo, la más básica y la más servicial de las técnicas que emplea el clínico.

*Aspectos esenciales y técnicas de entrevista.*

Muchos factores influyen sobre la productividad y utilidad de los datos obtenidos apartir de entrevistas de evaluación.

El entrenamiento y la experiencia supervisada en entrevista son muy importantes; sin embargo las técnicas que funcionan bien para un entrevistador pueden ser notablemente menos efectivas para otro.

#### *Disposiciones físicas.*

Una entrevista puede realizarse en cualquier sitio que dos personas se reúnan e interactúen.

#### *Escenario.*

Es obvio que ciertas disposiciones físicas son especialmente deseables para un entrevistador. Dos de ellas son la intimidad y la protección contra interrupciones. Dada que la falta de intimidad puede tener mucho resultados dañinos, la protección contra ruidos también es muy importante.

El consultorio o su mobiliario pueden causar tanta distracción como los ruidos y el clamor extremo. De cierta manera debe existir un justo medio entre un consultorio que es frío y prohibitivo por su misma neutralidad y uno que esté lleno de objetos, estorbos y distractores.

#### *Tomar notas y grabaciones.*

De nuevo, existen pocas normas absolutas. En general, parecería deseable tomar algunas notas durante la entrevista. Anotar unas cuantas frases clave ayudará al clínico a recordar. Debe evitarse cualquier intento por tomar notas al pie de la letra, excepto cuando se aplica una entrevista estructurada. Las anotaciones excesivas tienden a evitar al clínico preste atención completa a la esencia de las verbalizaciones del paciente.

Con la tecnología actual, es fácil grabar en audio o en vídeo las entrevistas sin embargo, bajo ninguna circunstancia debe hacerse sin el pleno consentimiento informado del paciente.

#### *Rapport*

Es la palabra que con frecuencia se utiliza para definir un atmosfera cómoda y comprensión mutua del propósito de la entrevista. El buen rapport puede ser uno de los principales instrumentos por medio del cual el clínico logra los propósitos de la entrevista.

### *Comunicación*

En cualquier entrevista debe haber comunicación. Ya sea que se trata de ayudar a las personas en momentos de angustia o que asista a los pacientes para que se den cuenta de su potencial, la comunicación es el vehículo. El verdadero reto consiste en identificar aquellas habilidades o técnicas que aseguran la comunicación máxima.

### *Inicio de una sesión*

Con frecuencia es útil iniciar una entrevista con una comunicación informal. Un breve comentario o pregunta en cuanto las dificultades para encontrar un sitio de estacionamiento o inclusive un comentario trivial sobre el clima, puede ayudar a establecer al clínico como una personal real y tranquilizar cualesquier temor que pueda tener el paciente.

### *Lenguaje*

Emplear un lenguaje que el paciente pueda comprender es de suma importancia. Debe hacerse un estimado sobre los antecedentes, nivel educativo y complejidad general del paciente. Por tanto, el tipo de lenguaje que emplee debe reflejar ese juicio.

En un sentido similar, es importante utilizar palabras que el paciente interpreten el sentido en el cual el entrevistador las transmitió.

Es importante también aclarar el significado deseado de una palabra o término que utiliza un cliente si existe cualquier incertidumbre o interpretación alternativa.

### *Silencio*

Quizá nada más sea más molesto para el entrevistador principiante que el silencio. Pero éste no significa necesariamente incapacidad por parte del entrevistador. Lo importante es valorar el significado y función del silencio en el contexto de la entrevista específica. La respuesta del clínico ante el silencio debe ser razonada y responder a las metas de la entrevista, más que a las necesidades e inseguridades personales.

### *Escuchar*

Si los terapeutas desean comunicarse de manera efectiva en su papel de clínicos, su comunicación debe reflejar comprensión y aceptación. No pueden esperar hacerlo si no han estado escuchando, porque al escuchar llegan a apreciar la información y emociones que transmite el paciente. El clínico capaz es aquel que ha aprendido cómo y cuándo escuchar de manera activa.

### **1.5.- Diagnóstico clínico.**

Una de las funciones del profesional psicólogo, tal vez incluso una de las que es considerada más típica del quehacer del psicólogo, es la de efectuar diagnósticos psicológicos. El término diagnóstico es ampliamente utilizado, no sólo en el ámbito de la psicología o de las ciencias de la salud, sino que en el contexto de muchas de las disciplinas profesionales, y pareciera que en general se entiende su significado. Sin embargo, cuando se busca una definición más precisa, nos encontramos con diversas ideas y conceptos vinculados a este término, como por ejemplo los de medición y evaluación, entre otros, para lo cual utilizamos pruebas o test psicológicos además de otros instrumentos. Se hace necesario, entonces, precisar el significado que estos conceptos tienen en este contexto.

Las definiciones de diagnóstico son variadas, y en su mayoría derivadas del quehacer médico o del modelo médico. En el campo de la psicología, podemos decir que el psicólogo intentará hacer un psicodiagnóstico cuando, a través de los métodos propios de la psicología, intente llegar a una conclusión acerca de las características de una persona, de un grupo de personas o de un hecho psicológico en sí.

Por otra parte, es importante destacar que el psicodiagnóstico es el resultado de un examen detallado o de un estudio minucioso de algunas muestras de conducta. No debemos perder de vista el hecho de que los fenómenos psíquicos (o procesos psicológicos) no los podemos observar o medir directamente, sino sólo su exteriorización o manifestación a través de alguna forma de comportamiento o conducta. Este es un aspecto estrechamente relacionado con el tema de la validez de las pruebas de medición psicológica: ¿hasta qué punto podemos tener la certeza de que la conducta que estamos observando o midiendo, efectivamente es un indicador de la variable psicológica que queremos diagnosticar?

Otro punto relevante en este contexto es el de la representatividad de la muestra de conductas. Tal como lo sabemos en relación a las estimaciones en estadística, mientras más representativa es la muestra sobre la que basamos nuestras inferencias, más seguras las conclusiones (mayor el grado de confianza). El mismo razonamiento se aplica a la situación de diagnóstico: mientras más amplia sea la muestra de conductas consideradas para fundamentar el diagnóstico, más seguros podemos estar de que sea correcto.

En consecuencia, podemos decir que el diagnóstico psicológico intentará establecer de la manera más objetiva posible, las características psicológicas de una persona o un grupo de personas, otorgando a sus conclusiones un relativo valor de probabilidad. Es importante no perder de vista este último aspecto: dadas las características de lo diagnosticado (características humanas) y las características de los instrumentos de diagnóstico (entrevistas, test o pruebas psicológicas), siempre habrá un cierto margen o probabilidad de error. Los diagnósticos psicológicos, por lo tanto, sólo pueden plantearse con un cierto grado de probabilidad. Y esto no es todo. Debemos considerar siempre, además, que las características humanas son, en sí mismas, inestables o cambiantes. Ya sea que nos estemos refiriendo a características psicológicas o físicas (orgánicas o fisiológicas), siempre se tratará de características que pueden experimentar cambios a través del tiempo, por lo que ningún diagnóstico es definitivo. Es obvio que dependiendo de qué sea lo diagnosticado, las probabilidades de cambio serán mayores o menores, pero siempre existen.

Visto de este modo, tenemos que un test psicológico no es otra cosa que un conjunto de estímulos utilizados para provocar en el sujeto una respuesta, respuesta que es en sí misma una forma de conducta. Las conductas específicas que se hacen manifiestas en la situación de examen psicológico como respuesta a los estímulos que constituyen el test que se está utilizando, se supone que son un indicador del aspecto o variable psicológica que se desea diagnosticar. Para esto no es necesario que la conducta provocada por el test se parezca a la conducta o fenómeno psicológico que se desea diagnosticar. Sólo se requiere que exista una correspondencia empírica demostrada entre las dos. (Revisar a este respecto los conceptos de validez aparente, validez predictiva y validez de contenido). El test psicológico no hace sino medir una conducta. Sólo es posible determinar por la experiencia que dicha conducta puede servir como índice efectivo de otra. En este sentido, la predicción se entiende aquí no sólo en el sentido de deducir de un rendimiento actual una conducta futura, sino también en el sentido que el diagnóstico de una condición presente significa una predicción del comportamiento del individuo en situaciones distintas a las del test.

Lo dicho hasta el momento corresponde básicamente a un enfoque empírico del problema. Existen también otras aproximaciones al estudio del diagnóstico psicológico, entre las que

podemos mencionar, por ejemplo, las definiciones instrumentales, definiciones pragmáticas y definiciones diagnósticas.

Las definiciones instrumentales corresponden a un modelo evaluativo de atributos. Las bases conceptuales de este modelo son: a) todo individuo “tiene” o puede ser caracterizado por unos atributos, pudiendo ser situado en un punto dentro del continuo de sus atributos. b) existen diferencias individuales con respecto a esos atributos. c) Para cada individuo existe una posición verdadera (dada por la puntuación del test) dentro del continuo de ese atributo. En este modelo está implícita también una teoría o conceptualización del comportamiento en base a determinados rasgos o constructos psicológicos. Los procedimientos metodológicos para precisar o aislar dichos atributos difieren y se basan bien en los avances psicométricos realizados por los psicólogos matemáticos o en otros planteamientos menos rigurosos. Una definición de diagnóstico desde esta perspectiva podría ser, por ejemplo: “el estudio teórico y práctico de los diversos procedimientos que sirven para el diagnóstico o conocimiento de las características de un individuo o grupo de individuos”. (Dorsch, 1976).

En el enfoque pragmático, se basan las definiciones en una tradición utilitaria. Se señala por ejemplo que “la función del psicodiagnóstico es la de identificar el problema que el paciente ha presentado, con el propósito de llevar a cabo un tratamiento”. En esta línea de pensamiento puede decirse que el psicodiagnóstico implica las siguientes cuestiones: 1) la clasificación de la demanda y/o problema de la persona o personas a evaluar. 2) la utilización de instrumentos y estrategias que permitan tomar decisiones. La elección de estos instrumentos se realiza en función del tipo específico de problema a decidir, de la estrategia a emplear, la evaluación del resultado y el costo del test. 3) La posibilidad de llegar a tomar una serie de decisiones relativas a la persona en exploración y que llegó en demanda de ayuda técnica al psicólogo.

En las definiciones diagnósticas, por último, se hace referencia a categorías médicas y el concepto se define por analogía con el modelo médico como: “la determinación de la naturaleza de una enfermedad psíquica después del estudio de sus signos y síntomas”. Los objetivos propios de este enfoque se pueden resumir como: a) Etiquetar al paciente con una o varias de las categorías o entidades nosológicas establecidas, en base a la sintomatología que presenta. b) Identificar posibles factores etiológicos, y c) Determinar la terapia idónea.

Subyacente a este enfoque se encuentra una serie de conceptos básicos: 1) El psicodiagnóstico hace referencia tan sólo a la exploración de padecimientos o trastornos psíquicos. 2) Existe una categorización previa de entidades nosológicas en las que los sujetos debería ser encuadrados, de cara a la aplicación de un tratamiento. 3) La aplicación de instrumentos psicológicos tiene como objetivo sustancial el de “complementar”, corroborar y medir aquellas tendencias que, según la experiencia práctica de los clínicos, son de mayor significación.

Otra manera de tratar de precisar qué es el psicodiagnóstico, podría ser la de analizar los programas de formación académica en esta disciplina. No tenemos información precisa de lo que ocurre en nuestro país a este respecto, pero podemos suponer con fundamento que no es muy diferente de lo que señalan los estudios realizados en otros lugares. En España, por ejemplo, los estudios señalan que se incluyen una variedad de temas, entre los cuales las técnicas incluidas en la enseñanza son bastante conservadoras, lo cual coincide con estudios realizados en EE.UU. de NA. Esto significa que lo que se enseña son en general pocas técnicas, las más tradicionales y enfatizando siempre la utilización de los test.

Esto último es una constante cuya importancia conviene precisar y que nos lleva de vuelta al tema de los test o pruebas psicológicas. Es cierto que los test son instrumentos muy útiles y necesarios, a veces incluso imprescindibles, pero el psicodiagnóstico no se reduce a la aplicación de uno u otro test para luego dejar constancia de sus resultados. Tampoco debemos pensar que los test son una especie de bola de cristal con la cual podemos develar o averiguar cualquier cosa que deseamos saber del sujeto. No. Los test no son más que estímulos ante los cuales esperamos que el sujeto reacciones, para obtener así una muestra de su conducta. Con base en estas muestras conductuales hacemos luego predicciones de un comportamiento presente y futuro. A veces, también concluimos respecto de hechos pasados. Si nos detenemos en este punto, advertimos de inmediato la complejidad y a la vez las limitaciones del psicodiagnóstico. Es complejo porque la conducta de un sujeto, en este caso sus respuestas al test, está determinada simultáneamente por muchas variables, todas las cuales no podemos controlar. La limitación deriva de este mismo hecho: en la medida que no podemos afirmar en forma taxativa cuáles han sido las determinantes de la conducta, nuestras conclusiones serán siempre tentativas, y lo serán no sólo por esta razón, sino también por todas aquellas señaladas anteriormente.

¿Significa esto que debemos desestimar el psicodiagnóstico? No. Sólo que debemos tener clara conciencia de lo que es y de lo que no es.

Así y todo, a lo que llegamos finalmente, es a enfrentar la tarea de convertir observaciones de personas en particular, que se comportan de un modo particular, en una situación en particular, en afirmaciones de que cierto tipo de personas mostrará un cierto tipo de conducta en cierto tipo de situaciones. En otras palabras, el esfuerzo científico está orientado a establecer una triple equivalencia de clases: de personas, de conductas y de situaciones; y construir teorías que relacionen unas con otras. Al hacerlo así, nuestro esfuerzo es nomotético, pero constituye un requisito para situar adecuadamente cualquier caso particular, puesto que al hacer el análisis o estudio de un caso determinado, debemos tener presente que cada persona cuenta con características universales (que comparte con todos los seres humanos), como también cuenta con características comunes a su grupo de pertenencia (y/o de referencia), y por último, que la manera en que esas características se organizan, es única en él o ella. La evaluación o el diagnóstico debe dirigirse a esos tres componentes o niveles del comportamiento de un individuo.

Resumiendo, tenemos que:

1. Los objetivos del psicodiagnóstico son fundamentalmente ideográficos, en el sentido de que se centran en el estudio científico del comportamiento de un sujeto.
2. El psicodiagnóstico se basa en los hallazgos de la Psicología como ciencia nomotética, y por lo tanto en las leyes establecidas para los distintos hechos psicológicos.
3. Los métodos utilizados en el psicodiagnóstico son los mismos de la psicología nomotética y están encuadrados en una perspectiva científica.
4. La exploración y el análisis del comportamiento ha de dirigirse tanto a las características generales como a las conformadas culturalmente, así como también a la organización idiosincrásica de todas estas características en el sujeto humano en particular.

Otro punto que es importante tener claro respecto del psicodiagnóstico es que no busca explicar. Con frecuencia cometemos el error de considerar los resultados o las conclusiones obtenidas, como explicaciones de ciertos hechos. Un sujeto presenta alucinaciones. Se le hace un examen psicológico y resulta diagnosticado como esquizofrénico. Decimos entonces que presenta alucinaciones porque es esquizofrénico. Lo correcto es lo inverso: lo hemos

diagnosticado como esquizofrénico porque presenta alucinaciones y otros signos o síntomas propios de ese cuadro y en ningún caso hemos explicado el por qué presenta esos síntomas. Esto no significa que el psicodiagnóstico no sea útil a la hora de buscar posibles explicaciones o la comprensión de la conducta del paciente. Es cierto que este punto ha sido también objeto de controversias, pero si situamos los términos en un contexto científico, desprovisto de las implicaciones filosóficas, el problema se reduce a una cuestión de matices, por cuanto la comprensión se deriva de la explicación. La explicación es un hecho lógico, la comprensión un fenómeno psicológico. Visto de este modo, la explicación y la comprensión son momentos distintos de la investigación psicodiagnóstica, siendo lo fundamental la explicación. Si nuestro diagnóstico contiene la explicación de la conducta observada, tendremos un adecuado fundamento tanto para nuestro enfoque predictivo como para las medidas correctivas. Sin embargo, los diagnósticos la mayoría de las veces son apenas descriptivos o clasificatorios. No debemos desalentarnos por esto, puesto que la descripción es el primer paso para la explicación, y la explicación, si bien es un requisito de la ciencia, no es siempre imprescindible (aunque sea deseable) en la actividad clínica.

Por otra parte, la clasificación de los fenómenos en estudio ha resultado siempre útil a la ciencia, por cuanto es un modo simple de analizar y sintetizar los problemas. Desde luego, un sistema taxonómico no es una teoría, pero representa un sistema de conceptos que puede conllevar un conjunto de hipótesis asociadas.

En definitiva, cualquier aplicación del conocimiento científico requiere del uso de un cuerpo bien definido y establecido de leyes y reglas que, por el momento, es dudoso que exista en Psicología. Pero, aunque es probable que puedan darse en psicodiagnóstico explicaciones causales de la conducta de un sujeto, sí podemos decir que, a través de la evaluación psicológica, es posible llegar a explicaciones basadas en leyes probabilísticas, perfectamente compatibles con el estado actual de la psicología científica.

## UNIDAD 2

### CONDUCTA

#### 2.1.- Conducta normal y anormal.

Si se le pide a diez personas diferentes que den una definición de conducta anormal es posible que se obtenga diez respuestas diferentes. Es difícil definir la conducta anormal por varias razones: 1) no hay un solo rasgo descriptivo que compartan todas las formas de conducta anormal, 2) No existe un criterio de anormalidad que sea suficiente, 3) no hay un límite separado entre conducta normal y anormal.

Existen tres definiciones de la conducta anormal: 1) conformidad a la norma, 2) angustia subjetiva y 3) incapacidad o disfunción. Aunque cada una de estas tres definiciones destaca una parte importante de la comprensión acerca de la conducta anormal, cada definición por sí sola es incompleta.

*Conformidad a la normal:*

*Infrecuencia estadística o violación de las normas sociales.*

Cuando la conducta de una persona tiende a conformarse con las normas sociales dominantes o cuando esta conducta en particular se observa con frecuencia en otras personas, es probable que el individuo no llame la atención de los profesionales de la salud mental. Pero cuando la conducta se desvía de manera abierta, es extravagante o inusual en otros sentidos, entonces, es más probable que a un individuo se le categorice como anormal.

*Angustia subjetiva*

Aquí los datos básicos no provienen tanto de la observación de desviaciones en la conducta como de los sentimientos subjetivos y de la sensación de bienestar del individuo. Las consideraciones cruciales son si una persona se siente feliz o infeliz, tranquila o perturbada y satisfecha o improductiva. Si la persona está dominada por la ansiedad, entonces, está desadaptada, sin considerar si la ansiedad parece producir conductas que son desviadas en alguna forma.

### *Discapacidad o disfunción.*

Una tercera definición de la conducta anormal invoca el concepto de discapacidad o disfunción. Para que la conducta se considere anormal, debe crear cierto grado de problemas sociales (es decir, interpersonales) o laborales para el individuo. Con frecuencia, la disfunción en estas dos esferas es bastante notable tanto para el individuo como para el clínico. Por ejemplo, la falta de amistades o relaciones debidas a la carencia de contacto personal podría considerarse como indicación de disfunción social, mientras que la pérdida del empleo debido a problemas emocionales (por ejemplo, de depresión) sugeriría disfunción laboral.

## **2.2.- Salud mental.**

- La salud mental es algo más que la ausencia de trastornos mentales.
- La salud mental es parte integral de la salud; tanto es así que no hay salud sin salud mental.
- La salud mental está determinada por múltiples factores socioeconómicos, biológicos y medioambientales.
- Existen estrategias e intervenciones intersectoriales eficaces y rentables de promoción, protección y restablecimiento de la salud mental.

La salud mental es un componente integral y esencial de la salud. La Constitución de la OMS dice: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades.» Una importante consecuencia de esta definición es que considera la salud mental como algo más que la ausencia de trastornos o discapacidades mentales.

La salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus capacidades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad.

La salud mental y el bienestar son fundamentales para nuestra capacidad colectiva e individual de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás, ganar el sustento y disfrutar de la vida. Sobre esta base se puede considerar que la promoción, la protección y el restablecimiento de la salud mental son preocupaciones vitales de las personas, las comunidades y las sociedades de todo el mundo.

### Determinantes de la salud mental

La salud mental individual está determinada por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos. Por ejemplo, las presiones socioeconómicas persistentes constituyen un riesgo bien conocido para la salud mental de las personas y las comunidades. Las pruebas más evidentes están relacionadas con los indicadores de la pobreza, y en particular con el bajo nivel educativo. La mala salud mental se asocia asimismo a los cambios sociales rápidos, a las condiciones de trabajo estresantes, a la discriminación de género, a la exclusión social, a los modos de vida poco saludables, a los riesgos de violencia y mala salud física y a las violaciones de los derechos humanos.

También hay factores de la personalidad y psicológicos específicos que hacen que una persona sea más vulnerable a los trastornos mentales. Por último, los trastornos mentales también tienen causas de carácter biológico, dependientes, por ejemplo, de factores genéticos o de desequilibrios bioquímicos cerebrales.

### Promoción y protección de la salud mental

La promoción de la salud mental consiste en acciones que creen entornos y condiciones de vida que propicien la salud mental y permitan a las personas adoptar y mantener modos de vida saludables. Entre ellas hay una serie de acciones para aumentar las posibilidades de que más personas tengan una mejor salud mental.

Un ambiente de respeto y protección de los derechos civiles, políticos, socioeconómicos y culturales básicos es fundamental para la promoción de la salud mental. Sin la seguridad y la libertad que proporcionan estos derechos resulta muy difícil mantener un buen nivel de salud mental.

Las políticas nacionales de salud mental no deben ocuparse únicamente de los trastornos mentales, sino reconocer y abordar cuestiones más amplias que fomentan la salud mental como la incorporación de la promoción de la salud mental a las políticas y programas de los sectores gubernamental y no gubernamental. Además del sector de la salud, es esencial la participación de los sectores de la educación, el trabajo, la justicia, el transporte, el medio ambiente, la vivienda o la asistencia social.

La promoción de la salud mental depende en gran medida de estrategias intersectoriales. Entre otras formas concretas de fomentar la salud mental se pueden mencionar:

- Las intervenciones en la infancia precoz (por ejemplo, la creación de un entorno estable que atienda las necesidades de salud y nutrición del niño, lo proteja de las amenazas y le proporcione oportunidades de aprendizaje precoz e interacciones que sean sensibles, le den apoyo emocional y estimulen su desarrollo);
- El apoyo a los niños (por ejemplo, programas de creación de capacidades y programas de desarrollo infantil y juvenil);
- La emancipación socioeconómica de la mujer (por ejemplo, mejora del acceso a la educación y concesión de microcréditos);
- El apoyo social a las poblaciones geriátricas (por ejemplo, iniciativas para hacer amistades y centros comunitarios y de día);
- Los programas dirigidos a grupos vulnerables, y en particular a las minorías, los pueblos indígenas, los migrantes y las personas afectadas por conflictos y desastres (por ejemplo, intervenciones psicosociales tras los desastres);
- Las actividades de promoción de la salud mental en la escuela (por ejemplo, programas de apoyo a los cambios ecológicos en la escuela y escuelas amigas de los niños);
- Las intervenciones de salud mental en el trabajo (por ejemplo, programas de prevención del estrés);
- Las políticas de vivienda (por ejemplo, mejora de las viviendas);
- Los programas de prevención de la violencia (por ejemplo, la reducción de la disponibilidad del alcohol y del acceso a las armas);
- Los programas de desarrollo comunitario (por ejemplo, iniciativas de colaboración ciudadana y de desarrollo rural integrado);

- La reducción de la pobreza y la protección social para los pobres;
- Legislación y campañas contra la discriminación;
- Promoción de los derechos, las oportunidades y la atención de las personas con trastornos mentales.

### Atención y tratamiento de trastornos de salud mental

En el contexto de los esfuerzos nacionales por desarrollar y aplicar políticas relativas a la salud mental, es esencial, no solo proteger y promover el bienestar mental de los ciudadanos, sino también satisfacer las necesidades de las personas con trastornos de salud mental.

En el último decenio ha mejorado considerablemente el conocimiento de lo que hay que hacer en relación con la creciente carga de morbilidad derivada de trastornos mentales. Existe un corpus cada vez mayor de pruebas científicas que demuestran la eficiencia y la buena relación costo-eficacia de intervenciones cruciales para abordar trastornos mentales prioritarios en países con diferentes niveles de desarrollo económico. Entre las intervenciones costoeficaces, viables y asequibles se pueden mencionar:

- Tratamiento de la epilepsia con medicación antiepiléptica;
- Tratamiento de la depresión con psicoterapia y, en casos moderados y graves, antidepresivos (genéricos);
- Tratamiento de la psicosis con medicamentos antipsicóticos más antiguos y apoyo psicosocial al paciente;
- Aplicación de impuestos a las bebidas alcohólicas y restricción de su disponibilidad y comercialización.

También existe una serie de medidas eficaces para prevenir el suicidio, prevenir y tratar trastornos mentales en niños, prevenir y tratar la demencia y tratar los trastornos relacionados con el consumo de sustancias. El Programa de acción para superar la brecha en salud mental (mhGAP) ha elaborado directrices basadas en la evidencia para que los no especialistas puedan identificar y atender mejor una serie de trastornos mentales prioritarios.

## Respuesta de la OMS

La OMS presta apoyo a los gobiernos con el fin de promover y reforzar la salud mental. La OMS ha evaluado los datos científicos para promover la salud mental y está colaborando con los gobiernos para difundir esta información e integrar las estrategias eficaces en las políticas y planes.

En 2013, la Asamblea Mundial de la Salud aprobó un plan de acción integral sobre salud mental para el período 2013-2020. En el marco del Plan, los Estados Miembros de la OMS se comprometen a adoptar medidas específicas para mejorar la salud mental y contribuir al logro de los objetivos mundiales.

El Plan de acción tiene el objetivo general de promover la salud mental, prevenir trastornos mentales, dispensar atención, mejorar la recuperación, promover los derechos humanos y reducir la mortalidad, morbilidad y discapacidad de personas con trastornos mentales. Está centrado en cuatro objetivos principales orientados a:

- Reforzar el liderazgo y la gobernanza eficaces en lo concerniente a salud mental;
- Proporcionar en el ámbito comunitario servicios de salud mental y asistencia social completos, integrados y adecuados a las necesidades;
- Poner en práctica estrategias de promoción y prevención en el campo de la salud mental;
- Fortalecer los sistemas de información, los datos científicos y las investigaciones sobre la salud mental.

En el marco del Plan se hace particular hincapié en la protección y promoción de los derechos humanos, el fortalecimiento y fomento de la sociedad civil y el papel central de la atención comunitaria.

Con miras a alcanzar sus objetivos, el Plan de acción propone y pide a los gobiernos, los asociados internacionales y la OMS la adopción de medidas claras. Los Ministerios de Salud deberán asumir un papel de liderazgo, y la OMS colaborará con ellos y con los asociados internacionales y nacionales, incluida la sociedad civil, en la ejecución del Plan. Dado que no existe una medida apropiada para todos los países, cada gobierno deberá adaptar el Plan de acción a sus circunstancias nacionales específicas.

El Plan de acción permitirá a las personas con trastornos mentales:

- Acceder más fácilmente a los servicios de salud mental y bienestar social; Recibir tratamiento dispensado por personal sanitario debidamente cualificado, en el marco de la atención sanitaria general; el mhGAP de la OMS y sus instrumentos basados en la evidencia pueden facilitar este proceso;
- Participar en la reorganización, prestación y evaluación de servicios, de manera que la atención y el tratamiento respondan mejor a sus necesidades;
- Obtener mayor acceso a las prestaciones públicas de invalidez y a los programas de vivienda y medios de subsistencia, y participar más activamente en los trabajos y la vida de sus comunidades, así como en los asuntos cívicos.

### **2.3.- Patologías afectivas: signos y síntomas.**

Varios e importantes son los cambios que trae esta nueva versión del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-5I, en el área de los trastornos del ánimo. Se eliminan algunos constructos diagnósticos, a la vez que aparecen nuevos. Se eliminan algunos importantes criterios de exclusión, a la vez que se incorporan nuevos especificadores, los que parecen traer de vuelta viejos e históricos conceptos. Con velocidad aparecen críticas, algunas que incluso le exigen mayor confiabilidad a los diagnósticos, complejos por la naturaleza misma del enfermar en psiquiatría, que ni siquiera se cumplen para otras áreas de la medicina.

En este breve comentario de actualidad, analizaremos los datos hasta ahora disponibles respecto de los cambios propuestos a las diversas categorías diagnósticas de los trastornos del ánimo, la evidencia a favor de ellos, así como las críticas y controversias surgidas en la comunidad médico-científica.

**Trastorno bipolar** Dentro de los cambios a destacar para el trastorno bipolar, de forma de mejorar la precisión del diagnóstico y facilitar la detección temprana en el ámbito clínico, el Criterio A para episodios maníacos e hipomaníacos, incluirá un énfasis en la evolución de la actividad y la energía, y no solamente en el estado de ánimo.

También dentro de la categoría de “otros trastornos bipolares y desordenes relacionados” serán incluidas aquellas personas que, teniendo una historia de cuadros depresivos previos, pudieran presentar episodios de hipomanía “incompletos”, los que deben cumplir con alguna de las siguientes condiciones: una duración menor a la requerida (4 días consecutivos)

presentando la totalidad de los síntomas, o bien una duración adecuada asociada a un menor número de síntomas.

No más episodios mixtos.

Muy controversial ha resultado la eliminación del diagnóstico DSM-IV de trastorno bipolar tipo I, episodio mixto, el que requería que la persona cumpliera simultáneamente los criterios para un episodio maniaco y aquellos para episodio depresivo mayor (excepto la duración). En su lugar se ha introducido un nuevo especificador: “con características mixtas”, el que se puede aplicar a los episodios de manía o hipomanía, si es que existen rasgos depresivos presentes, y también a los episodios depresivos en el contexto de un trastorno depresivo mayor (unipolar) o trastorno bipolar, cuando se asocien características de manía o hipomanía. Lo anterior se enmarca en un intento del DSM-5 de crear una aproximación “categorial-dimensional”, tomando una visión más cercana a Kraepelin, quien describía un continuo entre episodios depresivos y maníacos.

Esto puede resultar confuso en varios niveles, pues implica cambios no sólo en el diagnóstico de los “estados mixtos”, sino que además introduce grandes desafíos a nivel de tratamiento, investigación, enseñanza y finalmente en políticas de salud pública.

Para algunos autores este cambio sólo hace justicia al hecho de que la mayoría de los antes llamados episodios mixtos serían sub-sindromáticos, no alcanzado la cantidad de síntomas previamente necesarios para diagnosticarlos y por lo tanto pasando desapercibidos para los clínicos e investigadores. En diversos estudios usando criterios restrictivos (DSM-IV) para episodios mixtos y comparándolos con criterios más amplios, administrados sobre los mismos pacientes, para episodios maníacos mixtos, las prevalencias varían de forma importante: 9% (ICD-10), 13% (DSM-IV TR), 17% (criterios de Cincinnati) y un 23% en valuación por expertos. Para episodios depresivos con características mixtas, las prevalencias van desde un 20 a un 70% dependiendo de los criterios usados.

Se espera que este cambio introduzca la posibilidad para los clínicos de detectar y diagnosticar pacientes con depresión, en riesgo de desarrollar episodios completos de trastorno bipolar, previniendo el riesgo que ello conlleva.

Y con respecto al tratamiento, en pacientes con depresión con características mixtas, ¿Qué usar? ¿antidepresivos, estabilizadores o antipsicóticos atípicos?. Para responder estas

preguntas, claramente se requiere de nuevos estudios utilizando estos nuevos criterios. Al menos de la literatura existente, ya en el estudio STEP-BD se observó que no había mejoría alguna para el tratamiento de episodios mixtos con antidepresivos, dato que debe ser puesto entre paréntesis ya que se trataba de pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar, cursando depresión bipolar con síntomas maníacos asociados y que además se encontraban en tratamiento con un estabilizador. Para confundir aún más, un re-análisis de los datos del estudio STAR\*D, enfocándose en aquellos pacientes con depresión que en las sub escalas calificaban para síntomas de manía, encontró que aquellos que tenían al menos 2 síntomas de manía, tenían mayores tasas de respuesta a antidepresivos a lo largo de las 4 fases de tratamiento, lo que para sorpresa de los autores resultó opuesto a la hipótesis original.

Sigue quedando pendiente la deuda con la incorporación de otras variables que ayuden al diagnóstico, como son los descriptores del curso de la enfermedad (curso personal) y, de forma muy relevante, de la heredabilidad (curso genealógico), los que reconocidamente aumentan la probabilidad de llegar a un diagnóstico correcto. Los cambios, al menos en trastorno bipolar, impresionan superficiales y poco novedosos.

**Trastornos depresivos** El DSM-5 incluirá varios cambios respecto de los trastornos depresivos, incluyendo trastornos nuevos como el trastorno disruptivo por desregulación anímica y viejos conocidos, como el trastorno disfórico premenstrual. Se agrega un nuevo especificador para síntomas ansiosos específicos y se elimina el criterio de exclusión del duelo. El cuadro previamente conocido como distimia, será parte ahora del “trastorno depresivo persistente”, que además incluye al trastorno depresivo mayor crónico.

El trastorno disruptivo por desregulación anímica sería una respuesta al sobrediagnóstico (y sobretratamiento) de pacientes menores de 18 años por trastorno bipolar. Este se caracterizaría por frecuentes y severos problemas emocionales y de conducta, en el cual la característica central sería la irritabilidad crónica (y no episódica), la que según los grupos de trabajo creadores del constructo, estaría más conectada con depresión monopolar que bipolar, lo que se confirmaría de acuerdo a estudios de cohorte que analizan la relación entre irritabilidad en niños y adolescentes tempranos, y la emergencia de patología psiquiátrica a largo plazo. Los criterios diagnósticos incluirían severas explosiones de ira asociadas a ánimo bajo persistente entre ellas, los que deben estar presentes por al menos 12 meses e iniciarse

en niños entre los 6 y los 10 años. Un estudio reciente rescata la validez del constructo diagnóstico pero cuestiona su validez etiológica, debido a la alta comorbilidad con episodio depresivo, trastorno oposicionista desafiante y a la fuerte presencia de factores psicosociales adversos. Ya planteadas estas dudas, deberá también preguntarse cuál o cuáles serán las líneas de tratamiento más adecuadas.

El trastorno disfórico pre menstrual, se ha movido desde las categorías de estudio al cuerpo principal de diagnósticos. Para su diagnóstico se requiere la presencia de 5 síntomas de una serie de 11, la que ya ha recibido críticas en relación con que algunas de sus combinaciones podrían pasar por molestias comunes, relacionadas a un período menstrual normal. Otra crítica ha sido la falta de especificidad de los síntomas como “aumento de los conflictos interpersonales” o “pensamientos auto depreciativos”. Preocupa a algunos grupos de trabajo la posibilidad de un gran número de falsos positivos. Cabe preguntarse si corresponde la incorporación de este trastorno dentro de los trastornos depresivos ya que, a simple vista, no parecen haber nexos etiológicos o de curso evolutivo que los conecten. Por otra parte, la experiencia clínica parece indicar que las mujeres con enfermedad bipolar con frecuencia sufren de trastorno disfórico pre menstrual, lo que ha llevado a algunos autores a plantear alguna similitud clínica entre este trastorno y la misma enfermedad bipolar.

Se agrega además para todos los episodios depresivos un especificador relacionado con la ansiedad, definido como malestar ansioso (anxious distress) muy similar al antiguo síntoma conocido como expectación ansiosa, el que permitirá a los clínicos poner énfasis en los fenómenos ansiosos que acompañan a los cuadros depresivos. Esta se definiría como “tener 2 o más de los siguientes síntomas: preocupación irracional, inquietud por preocupaciones desagradables, dificultades para relajarse, tensión motora y el temor de que algo malo pudiera pasar”. Ya existen algunas críticas a la medida, aludiendo a la falta de evidencia que sustente esta modificación. Llama la atención, la similitud de estos criterios con los utilizados para diagnosticar trastorno de ansiedad generalizada y la posible relación con una vuelta al concepto de depresión neurótica. A juicio de los autores de esta revisión, el añadir estos síntomas al diagnóstico podría resultar beneficioso, ya que pone énfasis en un grupo de síntomas que elevan de forma conocida el riesgo de suicidio en pacientes con depresión y que son importantes de considerar en la terapéutica. A la vez que se recomienda un tratamiento más activo, también

se recomienda precaución en el manejo de los fármacos ansiolíticos e hipnóticos, por su conocido potencial de dependencia y abuso.

Se elimina el criterio de exclusión del duelo En el DSM-IV se incluía como criterio de exclusión para depresión, el que esta se presentara dentro de los 2 primeros meses de ocurrencia de un duelo. Esto planteaba varias incongruencias para los clínicos e investigadores. Primero, implícitamente se definía una duración para el duelo menor a los 2 meses. En segundo lugar, prácticamente se excluía al duelo como posible desencadenante de un episodio depresivo mayor, poniéndolo en una categoría aparte de los otros factores precipitantes de depresión.

El nuevo DSM-5 excluye este criterio, lo que no ha estado exento de polémica. Algunos autores criticaron la medida arguyendo que se estaría “medicalizando” una condición propia de la experiencia humana, y a la vez generadora de resiliencia en su proceso, quizás entendiendo que con la eliminación de este criterio se homologaba depresión con duelo. Esto motivó inclusive una carta en respuesta del comité editorial del DSM-5 15.

Con frecuencia ocurre que si la manifestación del duelo es considerada como normal, la persona podría recibir sólo hipnóticos y tranquilizantes menores, en cambio si se realiza el diagnóstico de depresión, debiera iniciarse un tratamiento con antidepresivos. En estas condiciones el duelo y el concepto de lo reactivo, situacional o psicogénico se convierte en un serio problema diagnóstico, puesto que impedirá el adecuado tratamiento. No se puede suponer que es comprensible una depresión por su relación, por ejemplo, con la muerte de un ser querido y al mismo tiempo dejarla sin tratamiento. Lo que corresponde es determinar si se trata de una reacción adaptativa con características depresivas o un episodio depresivo propiamente tal.

La evidencia disponible no encuentra mayores diferencias entre la depresión causada por otros factores y aquella causada por duelo, tanto en sus síntomas y efectos cognitivos, como en su respuesta a tratamiento. Además se estima que sólo un 20% de las personas que cursan con duelo cumplen los criterios para depresión.

Está por verse si es que la exclusión de este criterio se traduce en un aumento del diagnóstico de depresión, a la vez que es plausible que esta medida disminuya el riesgo de no tratar un verdadero episodio depresivo. Al menos desde el punto de vista de los seguros de salud, ya no será cuestionable el diagnóstico de depresión en alguien que además sufre un duelo. En relación

al duelo, se incluye como criterio de estudio el “duelo complicado persistente”, una forma de duelo más intensa que lo habitual y que tiende a hacerse crónica, la que se presentaría al menos en un 10% de los pacientes que cursan con duelo.

## **2.4.- Patologías neuróticas: signos y síntomas. ¿Qué son los trastornos neuróticos?**

Si nos basamos en las enseñanzas psicológicas antiguas, estas definían a los trastornos neuróticos como todo tipo de trastornos mentales que tienen un teórico origen psicológico, en los cuales el juicio de realidad es totalmente correcto en todo momento y que los síntomas se consideran de gravedad menor. Esta definición que acabamos de dar es incorrecta, ya que al cabo de los años se han descubierto ciertas evidencias que ponen en entredicho las premisas de lo que se conocía como trastorno neurótico.

Estas evidencias recalcan el hecho de que en algunos trastornos tienen fundamento biológico y no solo psicológico, el juicio de realidad en algunos casos es dudoso y hay ocasiones que sus síntomas acarrear causas más graves, como por ejemplo depresión.

Trastorno de ansiedad.

TA por separación.

Miedo o ansiedad intensos y persistentes relativo al hecho de tener que separarse de una persona con la que le une un vínculo estrecho, y que se evidencia en un mínimo de 3 manifestaciones clínicas dentro de preocupación, malestar psicológico subjetivo, rechazo a quedar solo en casa o desplazarse a otros lugares (escuela, trabajo, etc.) y/o en presencia de pesadillas o síntomas físicos ante la separación de esas figuras de vinculación o su anticipación.

\*El miedo, la ansiedad o la evitación deben un mínimo de seis meses en el adulto , 4 semanas en niños y adolescentes.

### Mutismo Selectivo.

Incapacidad persistente de hablar o responder a otros en una situación social específica en que se espera que debe hacerse, a pesar de hacerlo sin problemas en otras situaciones (prototípicamente en casa y en presencia de familiares inmediatos).

- Duración mínima de 1 mes (no aplicable al primer mes en que se va a escuela).

### Fobia específica.

Aparición de miedo o ansiedad intenso y persistente, prácticamente inmediata e invariable respecto a un objeto o situación específica, que se evitan o soportan a costa de intenso miedo-ansiedad.

\* Especificaciones en función del tipo de estímulo fóbico: Animal, Entorno natural, Sangre heridas-inyecciones, Situacional, Otras.

### TA Social

Miedo o ansiedad intensos que aparecen prácticamente siempre en relación a una o más situaciones sociales en las que la persona se expone al posible escrutinio por parte de otros. La persona teme actuar de una determinada manera o mostrar síntomas de ansiedad que puedan ser valorados negativamente por los observadores.

Especificación: Únicamente relacionada con la ejecución (en caso de que el miedo fóbico esté restringido a hablar o actuar en público).

El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses.

### Trastorno de Angustia

Presencia de crisis de angustia inesperadas recurrentes. Al menos una de ellas va seguida durante un mínimo de un mes de inquietud o preocupación persistente por la aparición de nuevas crisis o sus consecuencias, y/o por un cambio significativo y desadaptativo en el comportamiento que se relacione con las crisis de angustia.

## Agorafobia

Miedo o ansiedad acusados que aparecen prácticamente siempre respecto a dos o más situaciones prototípicamente agorafóbicas (transportes públicos, lugares abiertos, lugares cerrados, hacer colas o estar en medio de una multitud, y/o estar solo fuera de casa) que, además, se evitan activamente, requieren la presencia de un acompañante o se soportan a costa de intenso miedo o ansiedad. La persona teme o evita dichas situaciones por temor a tener dificultades para huir o recibir ayuda en caso de aparición de síntomas similares a la angustia, u otros síntomas incapacitantes o que pudieran ser motivo de vergüenza.

\*El miedo, la ansiedad o la evitación deben estar presentes un mínimo de 6 meses.

## TA Generalizada

Ansiedad y preocupación excesivas, persistentes y que las personas tienen dificultades para controlar, sobre diversos acontecimientos o actividades y que se asocian a tres o más síntomas de sobreactivación fisiológica.

\* La ansiedad o preocupación deben estar presentes la mayoría de días durante un mínimo de 6 meses.

**Trastorno obsesivo-compulsivo (TOC):** Son obsesiones que producen en el paciente un malestar general. Algunas de las más significativas son: Obsesión de contaminación con compulsiones de lavado y Obsesión de duda con compulsiones de comprobación.

## Los trastornos somatomorfos

Son trastornos cuya principal queja proviene de un síntoma en concreto. Podemos diferenciar los siguientes tipos:

- **Trastorno por somatización:** Conocido también como síndrome de Briquet y es una de las formas de histeria más conocidas.
- **Trastorno por dolor:** Es similar al anterior pero su queja procede únicamente del dolor.
- **Trastorno hipocondríaco:** Es el miedo a padecer una enfermedad grave.
- **Trastorno dismórfico:** Parecido a la hipocondría pero su máximo preocupación es una característica o defecto físico prácticamente inexistente (mal olor corporal, por ejemplo).

- **Trastorno conversivo:** Se caracteriza por tener presencia de signos que afectan a funciones motoras y sensoriales.

### **Los trastornos disociativos**

Se caracterizan principalmente por una pérdida del sentido unitario de la conciencia. Los más conocidos son:

- **Trastorno por amnesia disociativa:** El paciente es incapaz de recordar información personal importante.
- **Trastorno por fuga disociativa:** Mezcla una alteración de la conducta con amnesia del pasado del paciente en situaciones estresantes.
- **Trastorno de identidad disociativa:** Más conocido como personalidad múltiple, este trastorno se caracteriza porque en el paciente coexisten varias personalidades.
- **Trastorno por despersonalización:** En él, el paciente se siente separado de su cuerpo y de su mente.

### **Los trastornos facticios y simulación**

Su principal característica es que el paciente se inventa síntomas o se produce síntomas de enfermedad de forma voluntaria. Dentro de estos trastornos destacamos dos:

- **Trastorno facticio:** Son pacientes que tienen la necesidad de ser un enfermo y de estar cuidados por otras personas. La forma más grave es el llamado síndrome de Münchausen.
- **Simulación:** La persona tiene un interés, ya sea económico o legal, en ser un enfermo, con lo que se lo provoca.

### **Los trastornos del control de los impulsos**

Todos los trastornos de control de los impulsos tienen en común varias cosas. La primera de ellas es la dificultad de resistirse a un impulso, la segunda es el aumento de tensión antes de cometer el acto y por último la sensación de plenitud y placer al cometer el acto.

## **2.5.- Patología de la conducta: signos síntomas.**

En el DSM-5 se han cambiado varias cuestiones con respecto a su anterior versión:

1. Los tres trastornos que recogía el DSM-IV siguen existiendo, pero dependen de categorías distintas, como puede comprobarse en la imagen.
2. Se ha mantenido el nombre del Trastorno por déficit de atención con hiperactividad y del Trastorno negativista desafiante, pero ha cambiado el nombre del Trastorno disocial a Trastorno de la conducta.
3. Se ha modificado un trastorno que en el DSM-IV estaba recogido en los Trastornos del control de los impulsos, el Trastorno explosivo intermitente, especificando mejor sus síntomas y condicionantes y precisando que la edad mínima para su diagnóstico son los 6 años.
4. En general, no ha habido cambios en los criterios diagnósticos de los tres trastornos que se encontraban en el DSM-IV, más allá de leves cambios en la redacción. Los cambios que sí se han presentado en el DSM-5 con respecto a dichos trastornos se resumen a continuación:
  - En el caso del TDAH, cambia la edad a partir de la cual se exige que estuvieran presentes algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos, que se retrasa de los 7 años (en el DSM-IV) a los 12 años (en el DSM-5).
  - Los criterios diagnósticos del Trastorno negativista desafiante se presentan agrupados en tres categorías (enfado/irritabilidad, discusiones/actitud desafiante, y vengativo), pero no se exige un número mínimo de criterios de cada categoría, por lo que esta agrupación no afecta al diagnóstico. Además, aparece una nota aclaratoria sobre la intensidad y la frecuencia en la que deben aparecer los síntomas según la edad del menor, que resulta interesante.
  - Por último, en relación al antiguo Trastorno disocial, ahora denominado Trastorno de la conducta, se ofrece en el DSM-5 una diferenciación en función de si el trastorno se da con los siguientes especificadores: con emociones prosociales limitadas; falta de remordimientos o culpabilidad; insensible, carente de empatía; despreocupado por su rendimiento; o afecto superficial o deficiente.

## Unidad 3

### INTRODUCCION AL TRATAMIENTO PATOLOGICO.

#### 3.1.- Terapia somática.

La terapia somática nos ayuda a comprender y a favorecer una correcta armonía entre cuerpo, mente y emociones. Es un enfoque holístico que hace uso de diversas estrategias terapéuticas. Así, su finalidad es ayudarnos a tomar conciencia de diversas experiencias somáticas, esas que se asocian a eventos traumáticos o a emociones enquistadas.

La terapia somática es un enfoque psicobiológico orientado en la mayor parte de las veces a tratar el trauma. Una de las premisas que nutren las raíces de este enfoque es que si no se trata el cuerpo y la mente como una unidad, resulta prácticamente imposible facilitar una curación completa de la persona.

Esta técnica fue desarrollada por el profesor de Berkeley Standley Keleman en 1971. Su finalidad era “sanar los nudos físicos, emocionales y psicológicos derivados de los conflictos, vivencias y experiencias no resueltas”.

Asimismo, se aplica con efectividad en problemas de ansiedad, estrés, depresión, en las adicciones e incluso para favorecer una mejor calidad de vida en personas con dolor crónico. Si nos preguntamos ahora por la efectividad de la terapia somática cabe decir que disponemos de abundante documentación científica.

Así, estudios realizados desde la Universidad de Jerusalén y el Instituto del Trauma de Los Ángeles nos explican que la terapia somática es una estrategia útil en el tratamiento del estrés postraumático. Se han visto buenos avances en casos de pacientes que sufrieron abusos en la infancia e incluso en personas que se vieron inmersas en eventos relacionados con catástrofes naturales.

#### Objetivos de la terapia somática

Estamos ante un tipo de enfoque psicobiológico donde se integra la conciencia corporal en el proceso psicoterapéutico.

Se parte de la idea de que todo trauma, todo hecho complejo, problema o preocupación genera un impacto en el sistema nervioso autónomo.

Esas emociones complejas lejos de disolverse con el tiempo, se somatizan en nuestro organismo. Y lo hacen en forma de problemas digestivos, desequilibrios hormonales, en el sistema inmunitario, en dolores musculares, cefaleas, alergias...

El objetivo del terapeuta es facilitar una homeostasis. Es decir, lograr que haya una sintonía entre mente cuerpo, ahí donde nada duela, ahí donde nada enturbie nuestra capacidad de desenvolvernos en el presente sin el peso del pasado.

En las sesiones de terapia somática se facilita y se ofrecen herramientas para que el paciente pueda detectar cada sensación que acontece en su cuerpo.

Asimismo, la terapia somática se diferencia de la terapia cognitiva en que la intervención va desde el cuerpo hasta la mente. Desvelar y comprender esas sensaciones internas, tanto viscerales (interocepción) como musculoesqueléticas (propiocepción y cinestesia) permite al terapeuta ir después hasta las realidades emocionales.

### **3.2.- Terapia de la depresión.**

El modelo cognitivo de la depresión ha surgido a partir de observaciones clínicas sistemáticas y de investigaciones experimentales (Beck, 1963, 1964, 1967). Esta interacción entre los enfoques clínico y experimental ha facilitado el desarrollo progresivo del modelo y del tipo de terapia que de él se deriva (ver Beck, 1976). El modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: (1) la tríada cognitiva, (2) los esquemas, y (3) los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información).

**Concepto de tríada cognitiva** La tríada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático. El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. El paciente se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral, o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que, a causa de estos defectos, es un inútil, carece de valor. Tiende a subestimarse a criticarse a sí mismo en base a sus defectos. Por último, piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y felicidad. El segundo componente de la tríada cognitiva se centra en la tendencia del depresivo

a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno, animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa cómo construye el paciente las situaciones en una dirección negativa, aun cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas más plausibles. La persona depresiva puede darse cuenta de que sus interpretaciones negativas iniciales estaban desviadas si se le anima a reflexionar sobre otras explicaciones alternativas menos negativas. En este sentido, puede llegar a darse cuenta de que estaba tergiversando los hechos para que se ajustasen a las conclusiones negativas que se había formado de antemano. El tercer componente de la tríada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. Cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso. El modelo cognitivo considera el resto de los signos y síntomas del síndrome depresivo como consecuencia de los patrones cognitivos negativos. Por ejemplo, si el paciente piensa erróneamente que va a ser rechazado, reaccionará con el mismo efecto negativo (tristeza, enfado) que cuando el rechazo es real. Si piensa erróneamente que vive marginado de la sociedad, se sentirá solo. Los síntomas motivacionales (por ejemplo, poca fuerza de voluntad, deseos de escape y evitación, etc.) también pueden explicarse como consecuencia de las cogniciones negativas. La poca fuerza de voluntad viene provocada por el pesimismo y desesperación del paciente. Si esperamos un resultado negativo, no puede comprometerse a realizar una determinada tarea. Los deseos de suicidio pueden entenderse como expresión extrema del deseo de escapar a lo que parecen ser problemas irresolubles o una situación intolerable. El depresivo puede verse a sí mismo como una carga inútil y consecuentemente pensar que sería mejor para todos, incluido él mismo, si estuviese muerto. La creciente dependencia también se puede entender en términos cognitivos. Dado que el paciente se ve como inepto y dado que sobreestima la dificultad de las tareas, espera fracasar en todo. Así, tiende a buscar la ayuda y seguridad en otros que él considera más competentes y capacitados. Por último, el modelo cognitivo también puede explicar los síntomas físicos de

la depresión. La apatía y las pocas energías pueden ser consecuencia de la creencia del paciente de que está predestinado a fracasar en todo cuanto se proponga. La visión negativa del futuro (sensación de futilidad) puede producir una “inhibición psicomotriz”.

### **3.3.- Terapia de la manía.**

El trastorno bipolar es un trastorno crónico e incapacitante para muchas personas. Su abordaje ha sido clásicamente farmacológico (litio), aunque en los últimos años se ha demostrado que su combinación con distintos tratamientos psicológicos permite una mayor mejoría en estas personas. Se analizan los estudios existentes con los distintos tratamientos psicológicos que se han utilizado: psicoeducación y programas para mejorar la adherencia a la medicación, terapia marital y familiar, terapia cognitiva-conductual, terapia interpersonal y del ritmo social y los tratamientos de los pacientes bipolares que tienen asociado un trastorno de abuso de sustancias. Los tres primeros tratamientos son eficaces y se pueden considerar tratamientos bien establecidos; el último de ellos puede considerarse en fase experimental por no haber suficiente evidencia de su eficacia a pesar de sus positivos iniciales resultados. Otras terapias no han mostrado su eficacia en este trastorno.

*Terapia cognitiva y terapia cognitiva-conductual.* Se han aplicado varias intervenciones bajo la denominación de terapia cognitiva (Zaretsky, Segal y Gemar, 1999) o terapia cognitiva-conductual (Scott, 1996). En ambos casos el objetivo es aplicar los principios cognitivo-conductuales a los pacientes para que se adhieran a la medicación y adquieran habilidades o reduzcan los problemas que acarrea el TB. Ésta se ha utilizado dentro de programas de psicoeducación y también específicamente con esta denominación. Y, cuando se ha utilizado específicamente, se han presentado casos o series de casos con la misma (ej., Palmer, Williams y Adams, 1995), estudios piloto sin grupo de control (Lam et al., 2000) y estudios experimentales que más adelante veremos. *Terapia familiar y terapia marital.* El contexto familiar afecta y es afectado por los pacientes con TB. Una vez se padece el trastorno las interacciones maritales son problemáticas, si se está casado o se vive en pareja, y las relaciones familiares se complican o se hacen difíciles. En los estudios realizados ha sido de gran relevancia, igual que en la esquizofrenia, estudiar la emoción expresada, especialmente la alta emoción expresada,

dado que cuando el paciente tiene un episodio bipolar ésta es característica, dado que uno o más miembros de la familia se van a mostrar hostiles, críticos o con actitudes de sobreimplicación emocional. Además, la alta emoción expresada aumenta la probabilidad de recaída (Miklowitz et al., 1988). Ante la relevancia de esta problemática, se han desarrollado distintas intervenciones orientadas a la pareja o a la familia del paciente bipolar. Actualmente es una de las intervenciones más relevantes, con la que se han realizado más estudios, especialmente el grupo de Clarkin (Clarkin et al., 1990; Clarkin, Hass y Glick, 1988; Glick, Clarkin, Haas, Spencer y Chen, 1991; Haas et al., 1991; Spencer et al., 1988) y el de Miklowitz (Miklowitz y Goldstein, 1990, 1997; Miklowitz et al., 2000) y sobre la que hay clara evidencia empírica de su eficacia. El grupo de Clarkin ha desarrollado una intervención familiar para la familia y los pacientes psiquiátricos hospitalizados, entre los que se encuentran los pacientes bipolares. El tratamiento dura un promedio de 9 sesiones y se centra en ayudar a los pacientes a afrontar la hospitalización y a hacer planes para una vez le haya sido dada el alta. A lo largo del tratamiento se entrena al paciente y a su familia a aceptar que el trastorno es real y que probablemente es crónico, que es necesario el tratamiento farmacológico junto al psicológico una vez haya sido dado de alta, identificar los estresores que pueden precipitar la recaída, aprender el modo de modificar los patrones familiares disfuncionales y ser capaz de hacerle frente a los estresores en el futuro. El de Miklowitz dura 9 meses y tiene componentes semejantes. La terapia interpersonal y del ritmo social. Una terapia que se utiliza en el TB es la denominada terapia interpersonal y del ritmo social (IPSRT), desarrollada por Frank et al. (1994). Esta terapia es de tipo individual, tanto para aplicar individualmente, porque el paciente no quiere llevar a cabo una terapia marital o familiar, o porque vive solo. Se centra en dos aspectos básicos: las relaciones e interacciones interpersonales y establecer ciclos rítmicos (ritmos circadianos) o rutinas cotidianas, basados en la hipótesis de la estabilidad del ritmo social (Ehlers, Frank y Kupfer, 1988).

Este tipo de terapia no tiene una duración concreta por la necesidad de un tratamiento a largo plazo, dada la condición crónica de la enfermedad. Da una gran importancia a la regulación del sueño que, como se sabe, es de gran relevancia en este trastorno. Si se regula el sueño esto incide positivamente en su estado emocional. Si además identifica adecuadamente los eventos

vitales que le llevan a la ruptura de sus rutinas y las relaciones interpersonales problemáticas, todo ello conduce no sólo a una mejora de su estado emocional, sino también de su vida social. *Otros tratamientos.* Podríamos hacer una lista extensa de otros tratamientos que se han utilizado en el TB, como iremos viendo en las siguientes páginas. De toda la literatura actual nos parece importante resaltar dos líneas de investigación relacionadas con el tratamiento: la relación con el trastorno por abuso de sustancias, al que dedicamos un apartado específico más adelante, y el incremento del apoyo social. En este sentido sirva de ejemplo el estudio de Johnson et al. (1999), quienes han analizado la relevancia del apoyo social en el curso del trastorno bipolar. Para ello hicieron un seguimiento de dos años de 59 pacientes con TB tipo I. Los resultados del análisis de regresión múltiple indican que una alta depresión en la línea base, la ocurrencia de un evento vital y bajo apoyo social están asociados con una mayor depresión a lo largo del tiempo. Sin embargo, para la manía, sólo aparece significativa la puntuación previa en la escala de manía sobre las puntuaciones de manía en el seguimiento, no resultando en cambio predictores ni el tiempo de evaluación, eventos vitales, apoyo social ni la interacción de los eventos vitales y el apoyo social. Esto sugiere que esos factores de riesgo psicológico son potentes predictores de la depresión, pero no predicen la manía a lo largo del tiempo. Por tanto, este estudio sugiere que los individuos con alto apoyo social se recuperan más rápidamente de los episodios del estado de ánimo y son menos vulnerables para el incremento de depresión a lo largo del tiempo.

### **3.4.- Terapia de la psicosis.**

El tratamiento cognitivo conductual de la psicosis, por tanto, se asienta en los principios del modelo de vulnerabilidad, intenta subsanar algunas limitaciones de los tratamientos previamente existentes y recoge las aportaciones de la psicología cognitiva en la comprensión de los fenómenos psicóticos. Partiendo de este sustrato podemos señalar lo que constituyen las señas de identidad de esta aproximación, o presupuestos básicos en la terapia cognitiva de la psicosis:

I. Comprender el modo de vida de las personas con psicosis como una forma de afrontamiento de la enfermedad puede ser de gran utilidad:

--Prestando atención a los síntomas psicóticos resistentes a la medicación.

--Prestando atención a las alteraciones emocionales.

--Empleando tácticas cognitivo conductuales en el manejo del riesgo de recaída y discapacidad social.

2. La psicosis es experimentada por los pacientes como pensamientos y sentimientos alterados, no necesariamente tienen por qué ser útiles las explicaciones desde el modelo de enfermedad.

3. En la formación de los síntomas psicóticos pueden estar implicados procesos psicológicos diversos (por ejemplo, el modelo de formación de alucinaciones de Slade y Bentall<sup>12</sup> o el modelo de formación y mantenimiento de creencias delirantes de Garety<sup>16</sup>), siendo necesario hacer un análisis altamente individualizado.

Desde estos presupuestos se perfilan de forma clara las que se constituyen en características centrales de la terapia cognitivo conductual de los síntomas psicóticos según el modelo de Fowler, Garety y Kuipers:

Una vez señalados los presupuestos y las características centrales del tratamiento cognitivo conductual de los síntomas psicóticos, se emplean técnicas ampliamente probadas y sobradamente conocidas dentro del elenco cognitivo conductual, pero que deben adaptarse a las peculiaridades de las personas que padecen trastornos psicóticos. Fowler<sup>17</sup> considera necesaria para este objetivo la siguiente adaptación de las técnicas tradicionales de la terapia cognitivo conductual para su uso en los trastornos psicóticos:

1. Tener en cuenta la gravedad de los problemas de las personas con psicosis.
2. Considerar los problemas asociados a la heterogeneidad de los trastornos psicóticos.
3. No perder de vista los problemas clínicos asociados a la presencia de déficit cognitivos.
4. Contar con la presencia de problemas clínicos asociados a la elevada sensibilidad emocional de las personas que experimentan psicosis.
5. Afrontar los problemas clínicos asociados a la falta de confianza del paciente hacia el terapeuta y a la presencia de posibles malas interpretaciones del terapeuta y de sus intervenciones.
6. Asumir la probable presencia de problemas asociados a ideas delirantes fuertemente sostenidas.

Se proponen también los siguientes cambios de la terapia cognitivoconductual para su aplicación a la psicosis:

1. Enfatizar la instauración de una relación estable con el paciente, y facilitarla y mantenerla activa.
2. Considerar un proceso de evaluación más extenso y duradero para poder identificar y formular los problemas.
3. Considerar la utilización de métodos de análisis de la sesión y de sostenimiento, que normalmente se asocian a enfoques psicodinámicos para mantener la activación emocional dentro de límites tolerables.
4. Moderar las expectativas terapéuticas de acuerdo a la probable presencia de deficiencias subyacentes de comprensión y procesamiento de la información.

Terminaremos este apartado describiendo las fases que incluye el proceso de intervención, de acuerdo al modelo propuesto por Fowler, Garety y Kuipers<sup>3</sup>:

1. Contacto y evaluación.
2. Utilización de estrategias de manejo cognitivoconductuales para afrontar los síntomas psicóticos.
3. Formulación de un nuevo modelo del trastorno psicótico.
4. Estrategias cognitivas para el manejo de creencias irracionales y creencias alucinatorias.
5. Terapia cognitiva para asunciones disfuncionales sobre uno mismo.
6. Estrategias para el manejo del riesgo de recaída y de la discapacidad social.

### **3.5.- Terapia de la ansiedad.**

En la terapia cognitiva para la ansiedad y la depresión a los pacientes se les enseña una máxima: “El modo en que pienso afecta sobre el modo en que siento”. Esta sencilla afirmación es el fundamento de la teoría cognitiva y la terapia de los trastornos emocionales y, sin embargo, los individuos muchas veces no logran reconocer el modo en que sus pensamientos afectan sobre su estado anímico. Dada la experiencia de activación fisiológica intensa e incontrolable que suele ocurrir durante la ansiedad aguda, es comprensible por qué quienes la padecen no reconocen sus bases cognitivas. A pesar de esta falta de reconocimiento, la cognición desempeña una función mediadora importante entre la situación y el afecto, tal y como se indica en el siguiente diagrama: Situación provocadora Pensamiento/Valoración ansiosa

Sentimiento de ansiedad Los individuos suelen asumir que las situaciones y no las cogniciones (es decir, las valoraciones) son responsables de su ansiedad. Considere, por ejemplo, cómo se siente en el período previo a un examen. La ansiedad será mucha si espera que el examen sea difícil y usted duda de su nivel de preparación. Si espera que el examen sea relativamente fácil o está bastante seguro de su preparación, su ansiedad será baja. Lo mismo ocurriría con respecto a hablar en público. Si evalúa a su audiencia como amable y receptiva hacia su discurso, su ansiedad será inferior que si evalúa a la audiencia como crítica, aburrida o con actitud de rechazo hacia su presentación. En cada ejemplo no es la situación (p. ej., escribir un examen, dar una conferencia o mantener una conversación informal) lo que determina el nivel de ansiedad sino el modo en que se valora o evalúa la situación. Nuestro modo de pensar ejerce una poderosa influencia sobre cómo nos sentimos, si ansiosos o tranquilos. La perspectiva cognitiva puede ayudarnos a entender algunas contradicciones visibles en los trastornos de ansiedad. ¿Cómo es posible que sienta tanta ansiedad ante una amenaza irracional y tan improbable (p. ej., que pueda dejar de respirar), y sin embargo reaccionar con comodidad y sin aparente ansiedad ante peligros más realistas (p. ej., desarrollar cáncer de pulmón por una adicción crónica a la nicotina)? ¿Cómo se explica la naturaleza tan selectiva y específica de las situaciones de la ansiedad? ¿Por qué es tan persistente a pesar de la repetida no ocurrencia de la amenaza anticipada?

## Unidad 4

### TEORIAS Y MODELOS PSICOLÓGICOS

#### 4.1.- Psicoterapia y Psicoanálisis.

##### TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO

En el adulto sano, tanto la satisfacción sexual directa como la sublimación indirecta de los impulsos sexuales ocurren, llevando al famoso criterio de Freud de salud mental, *Lieben und Arbeiten*, esto es, “amor y trabajo”. Tal resultado ocurre si no hay graves fijaciones en el desarrollo o si las fijaciones son resueltas a través del tratamiento psicoanalítico. Freud describió el psicoanálisis con la metáfora de la arqueología. El proceso analítico trata de “excavar” el material primitivo “enterrado” por largo tiempo mediante la represión y traerlo

a la superficie, a la conciencia, a fin de que pueda ser considerado con las destrezas de un yo más desarrollado. La fórmula de Freud para lograr la salud es “donde esté el ello, ahí estará el yo” (1933/1966<sup>a</sup>).

### **Técnicas de terapia psicoanalítica**

El psicoanalista emplea el principio del determinismo psíquico para descubrir las ideas inconscientes y los conflictos del paciente. La técnica básica del psicoanálisis es la **asociación libre**, lo cual requiere que el paciente “diga lo que se le venga a la mente, mientras deja de dar cualquier dirección consciente a sus pensamientos” (S. Freud, 1935/1963a, p. 75). La suspensión del control consciente permite a las fuerzas del inconsciente, que están por lo general opacadas por la conciencia, ser observadas dirigiendo los pensamientos y los recuerdos. Además de la entrevista, algunos clínicos también emplean las pruebas psicológicas para guiar su diagnóstico (Jaffe, 1992).

Al surgimiento de sentimientos enterrados del inconsciente se le llama **catarsis**. Estos sentimientos, incluyendo el temor y el dolor, con frecuencia acompañan el recuerdo de lo olvidado. Así como cuando se quita el material infeccioso de la herida con un escalpelo, la catarsis libera al inconsciente de las represiones problemáticas.

El tratamiento psicoanalítico produce **introspección**, esto es, el entendimiento de los motivos verdaderos, los cuales son conflictos inconscientes. Para ser terapéutica, la introspección debe estar acompañada por la captación de la emoción. Mientras que la introspección en las motivaciones inconscientes, aun si es acompañada por la catarsis emocional, es un gran paso hacia la superación de los síntomas producidos por el inconsciente, no proporciona una cura mágica, de una vez por todas. Además del recuerdo dramático, el psicoanálisis moderno reconoce que los conflictos inconscientes deben ser confrontados una y otra vez en el tratamiento psicoanalítico. El paciente debe “elaborar” el conflicto, descubriendo las muchas circunstancias que han sido influidas por él y esencialmente reconstruir la personalidad para reemplazar estos determinantes inconscientes irracionales con motivaciones más razonables y maduras.

Un fenómeno fundamental en el tratamiento psicoanalítico es la **transferencia**. Durante el curso del tratamiento psicoanalítico, el paciente desarrolla una relación con el terapeuta con base en las proyecciones inconscientes de la vida anterior. El paciente percibe al terapeuta erróneamente y experimenta emociones que fueron reprimidas cuando fueron sentidas en relación con otras personas significativas del pasado. Es común, por ejemplo, que una paciente femenina “se enamore” de su analista masculino debido a la transferencia del amor que sintió por su padre en la niñez. Se suscitan emociones positivas y negativas. La transferencia es, extrañamente, deseable. Permite que los aspectos primitivos no resueltos se presenten en la sesión analítica, donde pueden ser resueltos. Más problemáticas para el paciente son las reacciones emocionales del analista, llamadas **contratransferencias**, que pueden interferir con el tratamiento, ya que representan los conflictos no resueltos del analista. Aunque quizá no sea necesario para el analista ser completamente neutral hacia el paciente. Algunos analistas modernos han sugerido que la contratransferencia tiene el potencial de proporcionar información útil acerca del paciente (Chessick, 1986; Jennings, 1986).

En sus días, la teoría de Freud fue una fuerza para el tratamiento humano del individuo mentalmente enfermo ya que interpretaba sus trastornos como consecuencia de una enfermedad (el modelo médico) y no del fracaso moral. Hoy en día, los críticos sostienen que el modelo médico tiene sus implicaciones adversas. Trata a la gente como víctimas pasivas de las fuerzas patológicas, minando su esfuerzo activo y responsabilidad por su propio bienestar psicológico. El modelo médico tiende a colocar la sabiduría del médico por encima de la experiencia del paciente y es insensible al papel de los factores sociales en el surgimiento de la psicopatología (cf. Boyers, 1971; Steiner y otros, 1975; Szasz, 1965). Qué ironía que Freud, cuya teoría empezó con la premisa de que la experiencia de los pacientes debe tomarse seriamente, debiera ser criticado por tal defecto.

Actualmente la terapia tiene muchas formas y el tratamiento psicoanalítico es considerablemente más tardado y costoso que los modos alternativos de tratamiento. Un análisis típico puede tomar de tres a siete años, tres sesiones por semana. Algunos tratamientos alternativos pueden tomar sólo unas pocas semanas. ¿Es el psicoanálisis más efectivo, lo que justifica el costo extra y el compromiso? Ha habido gran escepticismo aun sobre la efectividad terapéutica del propio Freud (por ejemplo, Ellenberger, 1972; Mahony, 1986). Para algunos

problemas (por ejemplo, fobias y ansiedad), el psicoanálisis es menos efectivo que las terapias alternativas, en este caso, la terapia conductual (Goisman, 1983; Goldfried, Greenberg y Marmar, 1990). Para los trastornos psicósomáticos, el psicoanálisis parece ser más efectivo (Fisher y Greenberg,

1977). Para muchos trastornos psicológicos, la investigación indica que las terapias alternativas y el tratamiento psicoanalítico son igualmente efectivos (Stiles, Shapiro y Elliott, 1986; Wallerstein, 1989).

Además del resultado de los estudios, los investigadores estudian el proceso de la terapia psicoanalítica, mediante el uso de notas clínicas y aun grabaciones de sesiones para entender qué técnicas en particular funcionan (por ejemplo, Jones y Windholz, 1990; Wallerstein y Sampson,

1971; J. Weiss, 1988; Wolpe y Rachman, 1960). Estos estudios sistemáticos de la psicoterapia sugieren que la introspección es menos importante para el tratamiento exitoso que lo que la teoría psicoanalítica pronostica (Wallerstein, 1989).

### **La controversia sobre la memoria recuperada**

Dada la importancia de la experiencia de la niñez en la teoría de Freud, no es de sorprenderse que algunos terapeutas hayan buscado tratar pacientes ayudándolos a recordar experiencias traumáticas de la niñez. El escrutinio público se ha enfocado en las técnicas de *memoria recuperada* de algunos terapeutas, quienes creen que muchos de los síntomas de los pacientes tales como trastornos alimentarios, depresión y una variedad de otros males se originan por el abuso sexual en la niñez. Algunos terapeutas están particularmente inclinados a inferir una historia de abuso sexual y se concentran en la recuperación del recuerdo del abuso como meta terapéutica central (Blume, 1995; Freyd, 1994, 1996; Whitfield, 1995). A veces estas inferencias son verdaderas. A veces son falsas. Los reportes ocasionales son tan raros, incluyendo los reportes del abuso del ritual satánico, de asesinatos de recién nacidos de muchos cultos y de mujeres que paren y cuyos médicos no encuentran evidencia del embarazo, que son absurdos. En algunos casos, las batallas legales han resultado en jugosas ganancias financieras para los padres que demandan a los terapeutas por implantar recuerdos falsos de abuso en las mentes de sus hijas (Ceci y Bruck, 1995; Genoni, 1995; Loftus, 1993; Pope y Hudson, 1996; Ramona v.

Isabella y otros, 1994; State v. Michaels, 1993). Muchos expertos de la memoria no creen que el abuso sexual pudiera ser olvidado tan frecuentemente como sostienen los defensores de la memoria recuperada.

Señalan la investigación en otros traumas, tales como los desastres naturales, en los cuales las víctimas están angustiadas por recuerdos intrusos, en lugar de olvidar el dolor. Un estudio, sin embargo, en el cual el abuso fue documentado en la niñez, indica que 38% no recordó el abuso 17 años más tarde (Williams, 1994). Aún más, algunos soldados que experimentaron el estrés de la guerra son incapaces de recordar sus experiencias (Karon y Widener, 1997).

Los psicólogos científicos han acusado a los terapeutas de crear falsos recuerdos de abuso a través del poder de la sugestión en clientes crédulos, etiquetando tales recuerdos sugeridos como el *síndrome del recuerdo falso*. Un estudio descubrió que los acusados de abuso sexual después de que su víctima recuperó el recuerdo del abuso en la terapia, pasaron la prueba del detector de mentiras 96% de las veces; en contraste con 22% de los acusados que pasaron la prueba cuando sus víctimas no habían reprimido el recuerdo del abuso (Abrams, 1995). Con frecuencia no existe una manera confiable de saber si los recuerdos de un cliente en particular son ciertos o falsos, o una mezcla de verdad y falsedad (Genoni, 1994; Lindsay y Read, 1995; Schefflin y Brown, 1996), y que es una consecuencia particularmente problemática de este debate: la probabilidad de que haga menos creíbles a algunas víctimas en verdad abusadas.

Desgraciadamente esta controversia ha puesto a los psicólogos el uno contra el otro, conforme debaten la relevancia de los estudios científicos para el tratamiento clínico. Por un lado, el escepticismo científico es apoyado por muchos estudios de laboratorio que muestran que la gente puede ser llevada a creer cosas que nunca pasaron, aun en sus historias personales. A través del poder de la sugestión, algunos sujetos de investigación llegaron a creer que de niños se habían perdido en un centro comercial y con el tiempo reportaron estos incidentes con más detalles, pero incorrectos. Sus familias afirmaron que tales eventos nunca tuvieron lugar (Loftus y Pickrell, 1995). Sin embargo, como los terapeutas señalan, el recuerdo de un abuso sexual en la niñez es algo bastante diferente del recuerdo de perderse en un centro comercial. Envuelto en el secreto y ante la demanda de silencio por parte del perpetrador, el incidente de un abuso sexual en la infancia no es validado o del conocimiento de la familia u otros, y la sociedad con frecuencia se hace sorda también. Aún más, el estrés extremo causado por el

abuso sexual puede producir cambios emocionales y bioquímicos que pueden impactar de manera profunda en la memoria, la cual está fuera del alcance de los experimentos cognoscitivos sociales empleados para desacreditar tal amnesia. Existe todavía mucho por aprender acerca del trauma y la memoria.

## PSICOANÁLISIS Y LOS MÉTODOS DE LA CIENCIA

El psicoanálisis es mucho más que una terapia. Es una teoría de la personalidad. ¿Es la teoría de la personalidad mucho mejor que la terapia cuando se somete a la evaluación objetiva del método científico? La mayoría de los psicólogos actuales dirían que no. La dificultad principal es que los conceptos de Freud no fueron descritos con la suficiente precisión como para guiar a los científicos hacia una prueba definitiva. Para Freud, el método psicoanalítico de hablar con un solo paciente proporcionaba la suficiente información para verificar su teoría. Él no estaba interesado en una evaluación científica independiente. Muchos analistas todavía defienden la observación clínica como evidencia, a pesar de sus dificultades (Arlow, 1977; Jaffe, 1990; Meissner,

1990; Rubinstein, 1980; E. R. Wallace, 1989). Otros, sin embargo, han conducido estudios empíricos (por ejemplo, Bellak, 1993). El llamado para una investigación más sistemática para complementar la observación clínica ha sido dado no solamente por los críticos del psicoanálisis sino por muchos psicoanalistas mismos (por ejemplo, Grünbaum, 1984, 1990; Holzman, 1985, 1994; Rapaport, 1959b).

Como terapeutas, los psicoanalistas escuchan de manera intuitiva, preparados para sintetizar las diversas y vagas pistas dentro de un marco de la personalidad del cliente. Sin embargo, la ciencia no tolera tales métodos definidos vagamente. La ciencia demanda verificabilidad. Esto es, la ciencia predice qué observaciones confirmarían sus hipótesis y también qué observaciones las negarían. En contraste, un terapeuta intuitivo puede ser capaz de explicar cualquier observación.

Por ejemplo, el optimismo o pesimismo pueden ser interpretados como evidencia de una personalidad oral. Aun en el nivel medio entre estos dos opuestos, es consistente con el diagnóstico de la fijación oral, ya que ambos extremos pueden estar presentes, pero en proporciones iguales. Tal teoría flexible no puede ser refutada y por tanto no es ciencia. En su lugar, los críticos describen al psicoanálisis como mito o pseudociencia. Robert Langs (1993)

describe al psicoanálisis como una mitología que legitima el tratamiento y que se construye sobre las tradiciones de los “curanderos de homínidos, chamanes y sacerdotes” (p. 559). Otros están de acuerdo con que el psicoanálisis se construye sobre estos orígenes míticos no científicos, pero admiran la conexión mítica (por ejemplo, Walsh, 1994). De acuerdo con el análisis de Langs (1993), sin embargo, esta mitología apoya lo inhumano tanto como algunos tratamientos efectivos, y los psicoanalistas tienen la obligación ética de comprobar sus suposiciones científicamente para erradicar las prácticas “arbitrarias, prejuiciosas, egoístas y dañinas” (p. 564). Urge a los científicos a enfocarse en las unidades básicas de la comunicación emocional y en los procesos mentales inconscientes en lugar de en algunos de los postulados más imbricados de la teoría psicoanalítica, tales como el complejo de Edipo, el yo, etcétera.

Cuando los investigadores prueban las ideas psicoanalíticas fuera del ámbito terapéutico, otras dificultades emergen. La mayoría de las pruebas psicológicas se apoyan en las mediciones autorreportadas, en las cuales la gente dice lo que experimenta. Éstas son problemáticas, sin embargo, ya que la teoría psicoanalítica en sí misma se basa en la premisa de que la gente tiene poca introspección respecto a su propia psicodinamia. Las pruebas proyectivas tales como la prueba de manchas de tinta de Rorschach (Pichot, 1984), que son comúnmente empleadas para medir las motivaciones inconscientes, tienen poca confiabilidad, lo que impide la investigación. No obstante, algunos resultados sorprendentes se han reportado con la prueba del Rorschach. En un estudio, los protocolos de Rorschach de la escuela de medicina fueron sorprendentemente diferentes entre aquellos médicos que más tarde intentaron suicidarse y los que acabaron con cáncer (C. B. Thomas, 1988). En otro, las pruebas de Rorschach de mujeres que mataron a sus maridos abusivos se encontró que eran similares a las pruebas de veteranos de guerra que sufrieron del trastorno de estrés postraumático de la guerra (Kaser-Boyd, 1993). Las pruebas de Rorschach también han cambiado conforme progresa la psicoterapia, de manera que los puntajes de los pacientes indican un creciente ajuste con el tiempo y un mejoramiento mayor en la terapia a largo plazo que con la de corto plazo (Exner y Andronikof-Sanglade, 1992;

Weiner y Exner, 1991).

Aunque las pruebas empíricas sobre la teoría freudiana son menos sistemáticas de lo que muchos investigadores desearían, muchas de estas pruebas han sido reportadas. De acuerdo

con los revisores de esta literatura, algunos aspectos de la teoría se llevan bien bajo tal escrutinio, mientras que otros deben descartarse (Greenberg y Fisher, 1978). Seymour Fisher y Roger

Greenberg (1977) encontraron apoyo para el concepto de un carácter oral. La dependencia, la pasividad, el pesimismo y los rasgos orales de la personalidad, tuvieron una correlación significativa en varios estudios. Más aún, la imaginería oral de la prueba de manchas de tinta de Rorschach predijo la obesidad, el alcoholismo y el conformismo (cf. Bornstein, 1992). Fisher y Greenberg también concluyeron que el concepto de carácter anal es apoyado por la investigación.

Sin embargo, la existencia de los tipos de personalidad que corresponden a los caracteres anal y oral de Freud no establece que estos tipos se desarrollan en la niñez temprana de acuerdo con los procesos descritos por Freud.

#### **4.3.- Psicoterapia de tiempo limitado.**

El proceso de terminación (cierre) en psicoterapia ha sido un tema poco abordado en la literatura científica, aunque este constituye un problema recurrente con el cual se enfrentan los terapeutas noveles y en alguna medida los terapeutas experimentados, dadas sus complejas implicaciones clínicas, técnicas y personales. El presente trabajo constituye una revisión del tema en la literatura científica, específicamente en lo concerniente a los procesos psicoterapéuticos de tiempo limitado con población infantil en contextos institucionales; igualmente, se exponen algunas anotaciones clínicas a partir de la experiencia de los autores en el espacio de supervisión de la práctica terapéutica

La terminación o cierre es un momento crucial en un proceso terapéutico, dado que se erige como un período cargado de connotaciones clínicas y emocionales que no solo afectan al paciente sino también al terapeuta;

igualmente, de la terminación dependerá en gran medida la forma como sea recordado dicho proceso (Craig, 2006). No obstante, aunque éste sea un asunto que atañe a cualquier proceso psicoterapéutico y que tiene importantes

implicaciones personales y técnicas para la formación y la práctica de los terapeutas noveles (Bostic, Shadid & Blotcky, 1996), el tema de la terminación en psicoterapia ha sido relativamente descuidado en la literatura empírica (Roe, 2006)

y también en las disquisiciones teóricas y técnicas de los diferentes modelos psicoterapéuticos.

En los procesos de formación clínica se hace énfasis en dimensiones del proceso psicoterapéutico tales como el encuadre y las técnicas de evaluación e intervención, pero pocas veces el tema de la terminación constituye un elemento nodal; de hecho, en los textos de técnica clínica el asunto de la terminación se aborda de manera tangencial. En la revisión realizada por Roe (2006) se concluye que la “omisión” en la reflexión sobre este tema obedece a un consenso general implícito en que la terminación ideal de la psicoterapia ocurre “naturalmente”, con un acuerdo entre terapeuta y paciente una vez se hayan “alcanzado” las metas u objetivos planteados en el inicio del proceso; sin embargo, en la práctica terapéutica dicha “naturalidad” se ve puesta en cuestión a partir de los múltiples dilemas que aparecen ante las situaciones de cierre, tanto por parte del paciente como del terapeuta.

Las implicaciones emocionales del proceso de cierre son vividas de manera más intensa por los terapeutas noveles, así como sus inquietudes con relación a las implicaciones técnicas; Bostic, Shadid y Blotcky (1996) afirman que los psicoterapeutas de mayor experiencia se han enfrentado en numerosas ocasiones con las situaciones del cierre terapéutico, lo cual les proporciona una imagen más estable de sí mismos como terapeutas y una mayor confianza y familiaridad con las opciones para orientar con éxito a sus pacientes, mientras que los terapeutas noveles presentan más frecuentemente una mayor ansiedad y una sensación de insatisfacción al terminar un proceso psicoterapéutico

El problema del cierre o la terminación ha sido tratado por diferentes autores. Ya desde S. Freud, en 1937, se le consideraba como un tema controvertido. En su texto “Análisis Terminable e Interminable” planteaba que mientras viviera el paciente y continuaran actuando procesos mentales cambiantes y experiencias emocionales fluctuantes desde él mismo y su medio, cabría pensar el análisis como un proceso “interminable”, ya que, de acuerdo con esto, la persona debería someterse a nuevos análisis

periódicamente. Aun así, en este mismo texto aclara cómo esto en la práctica es diferente y comenzó a definir los criterios para una correcta terminación, proponiendo que el análisis debía crear las condiciones psicológicas más favorables para las funciones del yo y que con ello se consideraría tramitada su tarea.

La terminación de los procesos enmarcados en prácticas institucionales muchas veces se ve forzada en cuanto debe adecuarse a unos lineamientos que establecen la duración de las intervenciones. Este tipo de terminación tiene diversas implicaciones tanto para el paciente como para el clínico.

Bostic, Shadid y Blotcky (1996) realizaron una completa revisión sobre todas las vicisitudes con que se pueden encontrar los terapeutas en formación cuando se ven enfrentados a terminaciones forzadas. Para estos autores, la terminación forzada puede ser vivida por el paciente como una pérdida, en este caso, de su terapeuta; por lo tanto, las respuestas afectivas de los pacientes pueden asemejarse a experiencias anteriores de abandono y manifestarse de múltiples formas tales como sentirse indigno, creer que no le importa verdaderamente al terapeuta, sentirse culpable por las expresiones de transferencia o quejarse de que "nada nunca funciona". Comúnmente los pacientes pueden responder al anuncio de la terminación con negación, desplazamiento, acting-out, comportamientos "vengativos" o búsqueda de objetos sustitutos de transferencia.

Igualmente pueden aparecer sentimientos de desprecio por la terapia, aumento en los síntomas, deseos por terminar el proceso inmediatamente sin explorar sus reacciones o intentos de inducir culpabilidad en el terapeuta. En otros casos, pueden aparecer esfuerzos por "decir" todo aquello que no ha sido abordado o "arreglar todo" inmediatamente. En algunos pacientes los deseos de un cierre prematuro —una vez anunciada la terminación— pueden revelar intensos sentimientos de angustia.

Otro aspecto crítico tiene que ver con el momento adecuado para introducir el asunto del cierre. Es fundamental hacer un análisis de las características del paciente y de su proceso para determinar el momento idóneo para hacerlo; se considera que cuanto más fuerte sea el vínculo construido entre paciente y terapeuta mayor será el tiempo necesario para introducir el tema y de esta manera poder brindar la contención necesaria a sus reacciones. Siguiendo a Bostic, Shadid y

Blotcky (1996), en terapias de más de un año se recomienda anunciar la terminación por lo menos con tres a seis meses de anticipación, ya que se debe dar suficiente tiempo para temas que puedan surgir a raíz del anuncio y para revisar los progresos adecuadamente. Las características del paciente también son fundamentales en esta decisión, ya que por ejemplo en pacientes impulsivos pueden presentarse la tendencia a detener el tratamiento de repente cuando se introduce la futura terminación, por lo que anunciándola con mucha anticipación se impediría varios meses de trabajo (Bostic, Shadid & Blotcky, 1996)

#### **4.4.- Terapia conductual y cognitiva**

Terapia conductual.

La teoría de la conducta operante de Skinner se ha aplicado ampliamente, en particular en la terapia y en la educación, para diseñar estrategias que incrementen la conducta deseable y disminuyan la conducta problemática. Por ejemplo, la investigación en preescolares de cuatro a cinco años demuestra que la conducta cooperativa se incrementa durante el periodo de juego después de que los niños han participado en juegos cooperativos. Después de juegos competitivos los niños son más agresivos durante los periodos de juego libre (Bay-Hinitz, Peterson y

Quilitch, 1994). Los maestros que deseen alentar la cooperación tienen una estrategia útil. A una escala mayor, las técnicas conductuales se han aplicado en varios escenarios en un proyecto con niños de una zona urbana pobre de Kansas por más de un cuarto de siglo (Greenwood y otros, 1992). En este proyecto se incluyeron muchas intervenciones que iban desde incrementar el seguimiento de las instrucciones médicas hasta corregir el uso del lenguaje de los niños en casa para mejorar la ortografía.

#### **Terapia**

La terapia conductual ofrece un tratamiento eficaz para una variedad de problemas (Bowers y Clum, 1988; Clum y Bowers, 1990), pero se ha cuestionado su eficacia para pacientes neurótico (N. Brody, 1990). Para los investigadores, la terapia conductual tiene la ventaja de proporcionar

medidas directas de la efectividad terapéutica: el incremento en la tasa de la conducta deseable y la disminución de la tasa de la conducta indeseable.

No debería sorprender que Skinner (1988) considerara la terapia como reaprendizaje. Afirmaba que la conducta problemática se debe a contingencias inadecuadas de reforzamiento. Puede ser modificada cambiando las contingencias de reforzamiento, pero esto no siempre es fácil. Muchos de los problemas que la gente lleva a los psicoterapeutas son resultado de historias desafortunadas de aprendizaje. Pueden haber aprendido formas de evitar el castigo, sea externo o interno (en la forma de afirmaciones o emociones autopunitivas), que no han sido satisfactorias. Skinner pensaba que los mecanismos de defensa freudianos son conductas de evitación. A diferencia de la terapia freudiana, en la cual se considera que el síntoma es apenas un indicador de un trastorno subyacente, para Skinner el síntoma es el trastorno. Skinner (1953a, p. 370) describía al terapeuta como una “audiencia no punitiva”. Sin castigo, las conductas que éste había suprimido se vuelven más frecuentes al principio. Esas conductas incluyen la agresión, el pensamiento ilógico y otras conductas previamente castigadas. Sin embargo, conforme el terapeuta continúa siendo no punitivo, esas conductas a la postre serán sometidas a extinción. (Esto supone, por supuesto, que no son reforzadas.) Además, el cliente puede aprender conductas nuevas y más deseables y a discriminar entre estímulos que señalan cuándo deberían ocurrir diversas conductas.

La **modificación de conducta** es el enfoque terapéutico que aplica sistemáticamente los principios del aprendizaje para cambiar la conducta. El primer paso es hacer un **análisis funcional** de la conducta que va a modificarse. Es decir, se identifican con cuidado los estímulos y reforzamientos que influyen en la conducta. ¿Ocurre la conducta más a menudo en ciertos escenarios?

¿Qué consecuencias (tales como la atención o un cambio de actividad) siguen a la conducta? Un análisis funcional más completo permite una mejor comprensión de la conducta problema y por tanto mayor oportunidad de controlarla sin usar reforzamientos o castigos excesivamente poderosos o artificiales (Mace, 1994).

Segundo, se planea la intervención. Si la conducta ocurre en algunas situaciones pero no en otras, puede ser posible cambiar la conducta controlando la situación. A menudo la conducta deseable se fortalece agregando reforzamiento y la conducta indeseable disminuye reteniendo

el reforzamiento (extinción) o, de ser necesario, por medio del castigo. El programa particular de reforzamiento se individualiza con cuidado porque la gente responde a reforzamientos diferentes.

Por ejemplo, un niño que llora a la hora de ir a la cama puede ser colocado en un programa de extinción. Se instruye a los padres para que no proporcionen la atención que ha estado reforzando las lágrimas indeseables a la hora de dormir. Las conductas que van a incrementarse se refuerzan con reforzadores primarios como comida o reforzadores secundarios como fichas (por ejemplo, puntos o estrellas doradas) que luego pueden intercambiarse por recompensas deseadas. Las **economías de fichas**, que recompensan sistemáticamente la conducta con fichas en un escenario grupal, se han usado para tratar a muchas poblaciones, desde niños en la escuela a pacientes psiquiátricos (Kazdin, 1982; O'Leary y Drabman, 1971). A pesar de la efectividad de esta técnica, existe un peligro. La gente puede aprender a trabajar para obtener las fichas, perdiendo el interés intrínseco en la conducta, por lo cual no se comporta como se desea cuando se eliminan las fichas (Levine y Fasnacht, 1974).

Las técnicas de modificación de conducta han sido aplicadas a una gama sorprendente de conductas, incluidos higiene oral (Blount, Santilli y Stokes, 1989), entrenamiento de destrezas sociales (McConnell, 1987), control de peso (Wolf, Cohen y Rosenfeld, 1985), manejo del aula y enseñanza (Albion, 1983; Merrett y Wheldall, 1984), administración de organizaciones (Crowell y Anderson, 1982), control del dolor (Fordyce, 1982) e incluso la creatividad (Winston y

Baker, 1985). Las intervenciones de modificación de conducta a menudo son adecuadas para poblaciones especiales que no pueden ser consideradas para la psicoterapia tradicional debido a su incapacidad o negativa a hablar con claridad suficiente. Dichas poblaciones incluyen a delincuentes (Blakely y Davidson, 1984), niños hiperactivos (Friman y Christophersen, 1983; Prout, 1977), niños autistas (Lovaas y Smith, 1989), retardados o discapacitados en su desarrollo (Lennox y otros, 1988; Martin y Hrydowy, 1989; Matson y Taras, 1989), pacientes con lesiones neurológicas (J. V. Fox, 1983; Incagnoli y Newman, 1985) y pacientes psiquiátricos (Acosta, 1990; Brady, 1984).

En resumen, la terapia conductual es un modo efectivo de tratamiento para muchos pacientes y muchos problemas. Es particularmente apropiada para pacientes cuyo funcionamiento verbal

es inadecuado para la psicoterapia tradicional. La terapia conductual requiere menos tiempo y dinero que muchas terapias alternativas, incluido el psicoanálisis, y proporciona un registro conductual objetivo del éxito, lo que facilita la evaluación de la efectividad del tratamiento (Lundin, 1969).

## **DEFINICION DE LA TERAPIA COGNITIVA.**

La terapia cognitiva es un tipo de psicoterapia que se basa en un modelo de los trastornos psicológicos que defiende que la organización de la experiencia de las personas en términos de significado afectan a sus sentimientos y a su conducta (Beck, 1967,1976). Está relacionada a nivel teórico con la psicología cognitiva, que se ocupa del estudio de los procesos y estructuras mentales. Defiende también el método científico de investigación de los resultados del tratamiento y en un modelo de la terapia basado en la colaboración del paciente con su terapeuta que tiene como fin la comprobación de los significados personales y subjetivos con la realidad y el desarrollo de habilidades de resolución de problemas.

Este modelo de terapia parte de la existencia de una estrecha relación entre el ambiente, la cognición, el afecto, la conducta y la biología. Se destaca fundamentalmente los procesos de pensamiento como factores que intervienen en los trastornos psicológicos. Sin embargo se tienen en cuenta los otros factores señalados. Los componentes cognitivos (pensamientos, imágenes, creencias...) se consideran esenciales para entender los trastornos psicológicos, y la terapia cognitiva dedica la mayor parte de su esfuerzo en producir cambios en este nivel. Esto no quiere decir que los otros componentes sean olvidados; al contrario se trabaja a menudo con todos ellos en la terapia (métodos de manejo afectivo, modificación de conducta...). Lo importante es que todos esos componentes se organizan mentalmente en torno a determinadas estructuras de significados subjetivos que organizan la experiencia de las personas. Dicho de otra manera, aunque todos los componentes de los trastornos son importantes, lo más relevante es la cuestión del SIGNIFICADO. El significado hace que las personas relacionen sus estados anímicos con sus conductas y sus pensamientos. Con el término "significado" nos referimos al sentido que tienen los acontecimientos de la vida para una persona. Estos significados dan el sentido que tiene para cada uno de nosotros nuestra

propia vida actual, los recuerdos, lo que esperamos del futuro y el como nos consideramos a nosotros mismos.

La terapia cognitiva mantiene que los trastornos psicológicos provienen con frecuencia de maneras erróneas de pensar concretas y habituales. Esas maneras erróneas reciben el nombre de *DISTORSIONES COGNITIVAS*.

Las distorsiones cognitivas derivan a su vez de creencias personales o significados subjetivos a menudo aprendidos en la etapa infantil del desarrollo, que por lo general actúan a nivel "inconsciente" sin que la persona se percate de su papel. Esos significados personales reciben el nombre de *ESQUEMAS COGNITIVOS O SUPUESTOS PERSONALES*.

Los supuestos personales son la forma en que la persona da sentido y significado a su experiencia pasada, actual y por ocurrir en el futuro. Estos supuestos personales permanecen "inactivos o dormidos" a lo largo del tiempo en la memoria y ante determinadas situaciones desencadenantes (una enfermedad física, un acontecimiento en la vida personal) se "activan o despiertan" y actúan a través de situaciones concretas produciendo a menudo determinados errores del pensamiento (distorsiones cognitivas) que a su vez se relacionan recíprocamente con determinados estados emocionales y conductas).

Las distorsiones cognitivas se expresan a través de las *COGNICIONES* de las personas (pensamientos e imágenes) que aparecen en situaciones donde hay una intensa alteración emocional (p.e ansiedad, rabia o depresión) y trastornos de la conducta (p.e conducta de escape o problemas de relación de pareja).

A esas cogniciones se les denomina con el nombre de *PENSAMIENTOS AUTOMATICOS*. A. *LOS PENSAMIENTOS AUTOMATICOS Y LAS DISTORSIONES COGNITIVAS*: Una persona se encuentra con un conocido por la calle le saluda y este no le responde. Reacciona inmediatamente poniéndose tenso, con deseos de increparle, furioso, conteniéndose y pensando "Por qué no me habrá saludado este estúpido". Otra persona que ha sido derivada por su médico de cabecera a un psicólogo, mientras espera ser recibida, en la sala contigua se le pasa rápidamente por su cabeza "Nadie ni nada podrá ayudarme" y comienza a desesperarse con deseos de salir de ese lugar. Un estudiante recoge las notas de uno de sus exámenes, tiene un cuatro, su reacción inmediata es pensar "Soy un autentico fracaso", su estado anímico es muy bajo y su conducta inicial parece encaminarse a abandonar los estudios. Por su parte otra persona está

esperando en el dentista a ser recibido para una extracción dentaria, comienza a pensar "¿y si me duele mucho?" y por su mente se pasan imágenes de él mismo sangrando por la boca abundantemente y chillando, comienza a ponerse ansioso y con deseos de abandonar la consulta. Vemos ahora a una chica esperando a su pareja en un bar donde habían quedado, pasa media hora de la hora acordada y este no llega, a su mente acuden pensamientos del siguiente estilo "si me quisiera de verdad no me haría esto. ..Estúpido... se va a enterar...", comienza a irritarse y a prepararse para la "bronca". Y por último, otra persona llega a casa tras una dura jornada de trabajo, se sienta a reposar, de pronto observa una punzada en su pecho, un pensamiento le cruza rápidamente su mente, "¿y si me da un infarto?", se asusta, su organismo comienza a responder con taquicardia, llama asustado a su esposa y le pide ir a urgencias.

Todos los casos anteriores son ejemplos de pensamientos automáticos y de distorsiones cognitivas. Pero ¿en qué consisten los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas? Los pensamientos automáticos son nuestra charla interna o autodiálogo interno con nosotros mismos, a nivel mental, expresados como pensamientos o imágenes y que se relacionan con estados emocionales intensos (como la ansiedad, la depresión, la ira o la euforia). A menudo forman "versiones" subjetivas de las cosas que nos ocurren que suelen ser bastantes erróneas, en el sentido de dar una falsa imagen o interpretación de las cosas y los hechos, por lo que se le dice que están basados en "distorsiones cognitivas". Estos pensamientos se diferencian de la forma de reflexionar y analizar los problemas que tenemos las personas en estados anímicos de mayor calma o sosiego, nuestros "pensamientos racionales", que intentan adaptarse a los problemas y analizarlos para intentar resolverlos. Muy al contrario que los "pensamientos racionales", los pensamientos automáticos se caracterizan por: A -Son charla interna referida a temas muy concretos: Una persona que teme ser rechazada por otros se dice a sí misma: "La gente me mira y me ve estúpido". Otra persona con temor a la contaminación de los gérmenes se repetía: "Tengo que tirar esta conserva, seguro que está contaminado. Una tercera persona mientras estaba con su pareja se decía: "Seguro que nuestro noviazgo termina mal". B- Aparecen como mensajes recortados en forma de "palabras claves": Un hombre estaba ansioso y pendiente de que en cualquier momento su corazón pudiera acelerarse y producir un infarto se imaginó tendido en el suelo desmayado y solo, y fugazmente se le pasó por su mente el

pensamiento "Me va a dar...". Un estudiante deprimido recordaba vivamente el día en que suspendió varias asignaturas y se le pasaba por su cabeza rápidamente pensamientos como: "Todo me sale mal..., fracasado...". Una oficinista recordaba con indignación e ira la llamada de atención de su jefe y se decía mentalmente: "No debió decirme eso....imbecil...!me las pagaras!".

C-Los pensamientos automáticos son involuntarios: Entran de manera automática en la mente. No son pensamientos reflexivos ni productos del análisis o razonamiento de una persona sobre un problema. Al contrario son "reacciones espontáneas" ante determinadas situaciones donde aparecen fuertes sentimientos. D-Con frecuencia se expresan en forma de palabras como "debería de tendría que..". Aparecen a menudo como obligaciones que nos imponemos a nosotros o a los demás en forma de exigencias intolerantes. Un atleta en un entrenamiento entro un segundo por debajo de su marca, y rápidamente pensó: "No debería haber tenido ese fallo", apretando sus puños y mandíbula y sintiéndose irritado consigo mismo. E-Tienden a dramatizar o "exagerar las cosas". A menudo hacen que la persona adelante lo peor para ella. Una persona se dispone a viajar y piensa ansiosamente: "Y si ocurre un accidente". F-Hacen que cada persona adopte una forma o cristal por donde interpreta los acontecimientos de forma rígida. Las cosas son según el prisma por donde se miran. Así, ante un mismo acontecimiento cada persona lo interpreta a su manera creyendo "tener la razón", sin atender a otros datos o valoraciones distintas. G-Los pensamientos automáticos son difíciles de controlar: Al no ser pensamientos racionales ni reflexivos, no se suelen comprobar con la realidad, y la persona que lo tiene los suele creer fácilmente. H-Son aprendidos: Son el reflejo momentáneo de actitudes y creencias que han sólido aprenderse en la infancia o adolescencia, provenientes de la familia, la escuela y otras influencias sociales. Como en esos periodos aún no se ha desarrollado demasiado la capacidad racional de análisis de las personas, son asimilados con mayor facilidad y almacenados en la memoria humana "esperando" a ser disparados por situaciones con carga emocional.

Como los pensamientos automáticos producen errores del pensamiento, prismas recortados y desviados de los acontecimientos que ocurren, que suelen ser habituales y repetitivos, pueden ser agrupados en las llamadas *DISTORSIONES COGNITIVAS* en función de los errores que comenten:

1. **FILTRAJE O ABSTRACCION SELECTIVA:** Consiste en seleccionar en forma de "visión de túnel" un solo aspecto de una situación, aspecto que tiñe toda la interpretación de la situación y no se percata de otros que lo contradicen. Una persona se encuentra con un amigo y hablan de muchos temas agradables, sin embargo discuten de política, y al marcharse a casa se siente irritado pensando en las críticas de aquel hacia sus ideas políticas, olvidando los otros temas agradables compartidos. Se filtra lo negativo, lo positivo se olvida. Palabras claves para detectar esta distorsión son: "No puedo soportar esto", "No aguanto que..", "Es horrible", "Es insoportable".

2. **PENSAMIENTO POLARIZADO:** Consiste en valorar los acontecimientos en forma extrema sin tener en cuenta los aspectos intermedios. Las cosas se valoran como buenas o malas, blancas o negras, olvidando grados intermedios. Por ejemplo un chico que recibe un no al invitar a una chica piensa: "Solamente me pasan cosas malas". Otra persona que no encuentra trabajo piensa: "Soy un incompetente e inútil". Palabras claves para detectar esta distorsión son todas aquellas que extreman las valoraciones olvidando los grados intermedios y matices. Ejemplos: "Fracasado", "Cobarde", "inútil", etc..

3. **SOBREGENERALIZACION:** Esta distorsión del pensamiento consiste en sacar una conclusión general de un solo hecho particular sin base suficiente. Por ejemplo una persona que busca trabajo y no lo encuentra y concluye: "Nunca conseguiré un empleo". Otra persona que se siente triste y piensa: "Siempre estaré así". Palabras claves que indican que una persona esta sobre generalizando son: "Todo..Nadie..Nunca..Siempre..Todos..Ninguno".

4. **INTERPRETACION DEL PENSAMIENTO:** Se refiere a la tendencia a interpretar sin base alguna los sentimientos e intenciones de los demás. A veces, esas interpretaciones se basan en un mecanismo llamado proyectivo que consiste en asignar a los demás los propios sentimientos y motivaciones, como si los demás fueran similares a uno mismo. Por ejemplo una persona nota como la miran unos extraños y piensa: "Sé que piensan mal de mí". Otra persona está esperando a otra en una cita y esta tarda cinco minutos y sin mediar prueba alguna, se le viene a su cabeza: "Sé que me está mintiendo y engañando". Palabras claves de esta distorsión son: "Eso es porque..", "Eso se debe a..", "Sé que eso es por...".

5. **VISION CATASTROFICA:** Consiste en adelantar acontecimientos de modo catastrofista para los intereses personales, en ponerse sin prueba alguna en lo peor para uno mismo. Por ejemplo

una persona está viendo la estadística de accidente de tráfico por la televisión y se le pasa por la cabeza: "Y si me ocurriera a mí". Otra oye la noticia de que una persona perdió el control y se suicidó, y piensa: "¿Y si me ocurre a mi igual?". La palabra clave que suele indicar esta distorsión suele ser: "¿Y si me ocurre a mí... tal cosa?".

6. **PERSONALIZACION:** Consiste en el hábito de relacionar, sin base suficiente, los hechos del entorno con uno mismo. Por ejemplo: En el trabajo una persona tenía la impresión de que cada vez que el encargado hablaba de que había que mejorar la calidad del trabajo se referían exclusivamente a él. Esta persona pensaba: "Sé que lo dice por mí". Una mujer que escuchaba a su marido quejarse de lo aburrido del fin de semana, pensaba: "Seguro que piensa que soy aburrida". Un tipo de personalización consiste en el hábito de compararse con otras personas de manera frecuente: "Soy menos sociable que José", "A él le hacen caso pero no a mí". Palabras claves son: "Lo dice por mí", "Hago esto mejor (o peor) que tal".

7. **FALACIA DE CONTROL:** Consiste en como la persona se ve a sí misma de manera extrema sobre el grado de control que tiene sobre los acontecimientos de su vida. O bien la persona se suele creer muy competente y responsable de todo lo que ocurre a su alrededor, o bien en el otro extremo se ve impotente y sin que tenga ningún control sobre los acontecimientos de su vida. Ejemplos: "Si otras personas cambiaran de actitud yo me sentiría bien", "Yo soy el responsable del sufrimiento de las personas que me rodean". Palabras claves son: "No puedo hacer nada por..", "Solo me sentiré bien si tal persona cambia tal", "Yo soy el responsable de todo.."

8. **FALACIA DE JUSTICIA:** Consiste en la costumbre de valorar como injusto todo aquello que no coincide con nuestros deseos. Una persona suspende un examen y sin evidencia piensa: "Es injusto que me hayan suspendido". Otra piensa sobre su pareja: "Si de verdad me apreciara no me diría eso". Palabras claves son: "!No hay derecho a..", "Es injusto que..", "Si de verdad tal, entonces...cual".

9. **RAZONAMIENTO EMOCIONAL:** Consiste en creer que lo que la persona siente emocionalmente es cierto necesariamente. Si una persona se siente irritado es porque alguien ha hecho algo para alterarle, si se siente ansioso es que hay un peligro real, etc.. Las emociones sentidas se toman como un hecho objetivo y no como derivadas de la interpretación personal

de los hechos. Las palabras claves en este caso son: "Si me siento así..es porque soy/ o a ocurrido.."

10. FALACIA DE CAMBIO: Consiste en creer que el bienestar de uno mismo depende de manera exclusiva de los actos de los demás. La persona suele creer que para cubrir sus necesidades son los otros quienes han de cambiar primero su conducta, ya que creen que dependen solo de aquellos. Por ejemplo un hombre piensa: "La relación de mi matrimonio solo mejorará si cambia mi mujer". Las palabras claves son: "Si tal cambiara tal cosa, entonces yo podría tal cosa".

11. ETIQUETAS GLOBALES: Consiste en poner un nombre general o etiqueta globalizadora a nosotros mismos o a los demás casi siempre designándolos con el verbo "Ser". Cuando etiquetamos globalizamos de manera general todos los aspectos de una persona o acontecimiento bajo el prisma del ser, reduciéndolo a un solo elemento. Esto produce una visión del mundo y las personas estereotipada e inflexible. Por ejemplo una persona piensa de los negros: "Los negros son unos gandules". Un paciente piensa de manera idealizada de su terapeuta: "Es una persona estupenda". En este caso las palabras clave p "Es una persona estupenda". Es el efecto de englobar bajo una etiqueta hechos distintos y particulares de modo inadecuado. Por ejemplo: Una hombre cada vez que tenía ciertas dificultades para hablar con una mujer que le agradaba, se decía, "Soy tímido, por eso me pasa esto". Las palabras claves son: "Soy un", "Es un", "Son unos..".

12. CULPABILIDAD: Consiste en atribuir la responsabilidad de los acontecimientos bien totalmente a uno mismo, bien a otros, sin base suficiente y sin tener en cuenta otros factores que contribuyen a los acontecimientos. Por ejemplo una madre cada vez que sus hijos alborotaban o lloraban tendía a irritarse con ellos y consigo misma echándose la culpa de no saber educarlos mejor. Otra persona que estaba engordando culpaba a su cónyuge por ponerle alimentos demasiado grasos. Otra característica de la culpa es que a menudo no lleva a la persona a cambiar de conducta sino solo a darle vueltas a los malos actos. En este caso las palabras claves aparecen en torno a : "Mi culpa", "Su culpa", "Culpa de..".

13. LOS DEBERIAS: Consiste en el hábito de mantener reglas rígidas y exigentes sobre como tienen que suceder las cosas. Cualquier desviación de esas reglas u normas se considera intolerable o insoportable y conlleva alteración emocional extrema. Algunos psicólogos han

considerado que esta distorsión está en la base de la mayoría de los trastornos emocionales. Ejemplos de este caso son: Un médico se irritaba constantemente con los pacientes que no seguían sus prescripciones y pensaba: "Deberían de hacerme caso"; eso impedía que revisara sus actuaciones o explorara los factores que podían interferir en el seguimiento de sus indicaciones. Un hombre estaba preocupado excesivamente por los posibles errores que podría cometer en su trabajo ya que se decía "debería ser competente y actuar como profesional, y no debería cometer errores". Las palabras claves como puede deducirse son: "debería de...", "No debería de..", "Tengo que..", "No tengo que...", "Tiene que..". Albert Ellis, uno de los terapeutas cognitivos más eminentes, llama a este hábito "Creencias Irracionales" y las contrapone a las "Creencias Racionales" caracterizadas por lo que la persona desea o prefiere respecto a sus objetivos o metas. Afirma que los deberías producen emociones extremas y trastornos y los deseos personales derivados de las creencias racionales pueden producir malestar cuando no se consiguen, pero no de manera extrema como las exigencias de los "deberías", que además nos aleja de conseguir nuestros objetivos al marcarnos solo un camino rígido.

14. TENER RAZON: Consiste en la tendencia a probar de manera frecuente, ante un desacuerdo con otra persona, que el punto de vista de uno es el correcto y cierto. No importa los argumentos del otro, simplemente se ignoran y no se escuchan. Una pareja discutía frecuentemente por la manera de educar a los hijos, cada uno se decía: "Yo llevo razón, él/ella está equivocado" y se enredaban en continuas discusiones con gran irritación de ambos. No llegaban a ningún acuerdo tan solo era una lucha de poder, de sobresalir con su razón particular. Las palabras claves que denotan esta distorsión son: "Yo llevo razón", "Sé que estoy en lo cierto él/ella está equivocado".

15. FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA: Consiste en la tendencia a no buscar solución a problemas y dificultades actuales suponiendo que la situación mejorará "mágicamente" en el futuro, o uno tendrá una recompensa en el futuro si la deja tal cual. El efecto suele ser el acumular un gran malestar innecesario, el resentimiento y el no buscar soluciones que podrían ser factibles en la actualidad. Una mujer toleraba que su marido llegara bebido a altas horas y diera voces. Ella se decía: "Si aguanto el día de mañana se dará cuenta de lo que hago por él". Sin embargo iba acumulando gran ira y respondía de manera indirecta a su malestar cuando su

pareja le solicitaba relación sexual y ella se oponía por "estar cansada y con dolor de cabeza". En este caso las palabras claves que indican esta distorsión son: "El día de mañana tendré mi recompensa", "las cosas mejoraran en un futuro".

#### **4.5.- Psicoterapia de grupo.**

Decimos que las psicoterapias actúan por el grupo cuando utilizan al grupo como estímulo de emociones colectivas sin tratar de comprenderlas. El grupo se convierte en un recurso destinado a influir en numerosas personas como medio auxiliar para reforzar cierto plan terapéutico. La psicoterapia por el grupo fue iniciada por Joseph Pratt en 1905 al introducir el sistema de clases colectivas en una sala de pacientes tuberculosos. La finalidad de la terapia era acelerar la recuperación física de los enfermos; las clases y sesiones a las que concurrían entre 20 y 50 pacientes consistían en una breve conferencia del terapeuta que disertaba sobre higiene y problemas del tratamiento de la tuberculosis; a continuación, los pacientes formulaban sus preguntas y discutían el tema con el médico. En estas reuniones los enfermos que mejor cumplían el régimen pasaban a ocupar las primeras filas del aula, estableciéndose un escalafón jerárquico bien definido, conocido y respetado por todos. En vista de los buenos resultados que daba el método, Pratt escribió un trabajo preliminar en 1906 que amplió en los años siguientes. Pronto otros probaron su técnica con resultados similares. El mérito de Pratt fue el de utilizar en forma sistemática y deliberada las emociones colectivas en la consecución de una finalidad terapéutica. El método estimula la identificación del enfermo con el médico. El sistema de promociones que premia al buen paciente acercándolo al médico ilustra gráficamente dicho propósito. Considerando la importancia de la idealización del terapeuta, no es de extrañar que la estructura y función de este tipo de grupos sea similar a la de ciertos grupos religiosos que persiguen fines parecidos. En esta primera etapa el método se empleó en pacientes que padecían trastornos orgánicos. A partir de estas corrientes se produjo una interesante diferenciación, que Grinberg denomina «terapias que actúan por el grupo con estructura fraternal»

La utilización de pequeños grupos en forma planificada para el tratamiento de problemas de personalidad, comenzó en los EE.UU. en la década de los años treinta del siglo pasado, con los

trabajos de Louis Wender, Paul Schilder, Jacob Levy Moreno, Samuel Slavson, Fritz Redl y Alexander Wolf.

Las corrientes de inspiración psicoanalítica (Slavson, Schilder y Klapman) introdujeron la interpretación en la situación colectiva, aplicando al grupo una técnica de orientación psicoanalítica. La interpretación es considerada un instrumento capaz de comprender los dinamismos más profundos del grupo y por lo tanto modificar su estructura.

Slavson comenzó como educador y trabajador social, actuando en grupo con niños y posteriormente con adolescentes y adultos. Fue el propulsor del desarrollo de la terapia grupal en el área de Nueva York y de la formación de la American Group Psychotherapy Association en 1942. Entre sus ideas sobre la aplicación del trabajo psicoanalítico individual a la terapia grupal enfatizó la importancia de la comprensión de las dimensiones emocionales en las relaciones de cada miembro con el terapeuta y con el grupo. Priorizó el insight como fundamento del cambio terapéutico e hizo uso del contexto de grupo considerando la principal influencia terapéutica como proveniente del líder.

Al pasar del análisis individual al colectivo enseguida se presenta un interrogante: ¿a quién interpretar? En la respuesta estriba la principal diferencia práctica, y también teórica, entre los procedimientos que pasaremos a describir.

Tanto Slavson como Klapman buscaron la solución tratando de unificar al grupo de varias maneras, de modo que la interpretación dada en su seno valiese para todos los participantes o para la mayoría de ellos. La interpretación va casi siempre dirigida al problema de un determinado individuo del grupo. Bajo la hipótesis de que, en la medida que el grupo es homogéneo, la interpretación que se da a un paciente es en gran parte beneficiosa para los demás pacientes del grupo, ya todos presentan una constelación análoga de conflictos. Se busca el beneficio indirecto o por resonancia de las interpretaciones dadas a un individuo en el grupo.

Como se ve este método transporta al grupo la técnica del psicoanálisis individual; constituye un análisis individual realizado sobre un paciente con la presencia de un grupo. Por ello Grinberg lo denomina terapia interpretativa individual en el grupo.

Schilder en 1935 fue considerado pionero de la terapia analítica de grupo debido a su sistemática interpretación tanto de la transferencia como de los sueños.

Moreno aplicaba métodos de acción dramática en Viena en los años veinte del siglo pasado y se autoerige como creador de la psicoterapia de grupo: Mis comienzos prácticos se remontan al año 1910. En los parques de Viena comencé, entre 1910 y 1914, a formar grupos infantiles para jugar con ellos, improvisadamente, al teatro y plantar así la semilla de la psicoterapia de grupo y el psicodrama. Proseguí el experimento con grupos de discusión con prostitutas en Spittelberg, en los años 1913 y 1914. Mis observaciones y estudios en un campo de refugiados en Mittendorf en Viena coronaron este primer período.

Los mecanismos de curación del psicodrama creado por Moreno son la «catarsis de integración» y el «insight dramático». La catarsis de integración consiste en trasladar al individuo y su mente fuera de sí y objetivarlos dentro de un universo tangible y controlable para, en una segunda fase, volver a subjetivar, reorganizar y reintegrar lo que ha sido objetivado.

En la catarsis de integración lo que sale es el paciente mismo (das ding ausser sich) y al salir de algo que lo estaba conteniendo realiza su yo. Dice Moreno que la catarsis de integración es engendrada por la visión de un nuevo universo y por la posibilidad de un nuevo crecimiento, siendo la abreacción y el desahogo de emociones solo manifestaciones superficiales.

El insight dramático consiste en la posibilidad de adquirir una visión nueva y diferente de sí mismo a partir de la producción realizada a través de la acción. Para Moreno, el grupo, la acción y la creatividad son los ingredientes fundamentales del psicodrama y de la psicoterapia de grupo.

Finalmente llegamos a la técnica interpretativa del grupo. Este tipo de terapia toma al grupo como fenómeno central y punto de partida de toda interpretación. Es decir, concibe al grupo como una totalidad, considerando que la conducta de cada uno de sus miembros siempre se ve influida por su participación en el seno colectivo.

Con la segunda guerra mundial la terapia de grupo cobró un llamativo impulso. Wilfried Bion, psiquiatra inglés de formación psicoanalítica a raíz del trabajo de Melanie Klein, hace hincapié en la importancia de la movilización colectiva de estados emocionales que se refieren a partes de la psique indiferenciada, es decir, la formación arcaica del inconsciente. El individuo se encuentra en una red de interacciones en las que los demás son necesarios como soporte de sus emociones internas. Bion trabajó en hospitales militares en el adiestramiento de soldados neuróticos durante la segunda guerra mundial. En la Tavistock Clinic de Londres escribió una

serie de artículos entre 1943 y 1952, que fueron reunidos y publicados en el libro Experiencias en grupos y otros papeles en 1961. Es el primer psicoanalista que pone en práctica un «psicoanálisis de los grupos» entendiendo el grupo como un todo y superando la fase psicoanalítica anterior basada en la personalidad magnética del líder (Le Bon). Bion no hace sino alinearse en la ideología dominante (democrática) acaecida tras el fracaso de las dictaduras en la segunda guerra mundial.

Respecto a la organización grupal, Bion acuña términos como mentalidad grupal y cultura de grupo. Describe un nivel superior o «grupo de trabajo» (work group), que es racional y consciente, donde los miembros llevan a cabo la tarea asumida voluntariamente y eligen a sus líderes de acuerdo a las capacidades reales de llevar adelante cada situación planteada. El grupo de trabajo se ve perturbado constantemente por otro más profundo, el grupo de «supuesto básico» (basic assumption group) dominado por las emociones. Para Bion en el acontecer de todo grupo hay una oposición fundamental entre el grupo de trabajo y el grupo de supuesto básico. El primero depende de la capacidad de cooperación de los miembros para organizar el trabajo con vistas al desarrollo de determinadas funciones. El segundo no depende de esa capacidad consciente de cooperación, sino de necesidades emocionales que hacen que los miembros se aglutinen alrededor de la persona que mejor puede representarlas. Bion define el supuesto básico como una fantasía subyacente y unitaria; como una «creencia emocional de la que participan todos los miembros del grupo y que los impulsa a tener al unísono un determinado tipo de fantasías e ideas». Delimitó tres supuestos básicos (dependencia, emparejamiento y ataque-fuga) a los que correspondería un determinado tipo de líder.

#### **4.6.- Terapia familiar y marital.**

Terapia familiar.

Un terapeuta ve a toda la familia al mismo tiempo. En algunas variaciones de este enfoque, el terapeuta representa un papel bastante pasivo y no directivo. En otras el terapeuta es una fuerza activa que dirige a conversación, asigna tareas a los diversos miembros de la familia, imparte instrucciones directas en cuanto a relaciones humanas y así sucesivamente.

Satir (1967<sup>a</sup>, 1967<sup>b</sup>) consideraba al terapeuta familiar como una persona a quien se puede recurrir, que observa el proceso familiar en acción y entonces se vuelve un modelo de comunicación para la familia a través de la comunicación clara y precisa. Así, Satir consideraba al terapeuta como un maestro, una persona que sugiere recursos y un comunicador.

### **Otras variedades de terapia familiar.**

#### *Terapia familiar concurrente.*

En este enfoque el terapeuta trata a todos los miembros de la familia pero en sesiones individuales. Las metas generales son las mismas que la terapia familiar conjunta. En algunos casos, el terapeuta puede emplear psicoterapia tradicional con el paciente principal, pero también ve en ocasiones a otros miembros de la familia.

#### *Terapia familiar colaborativa.*

En este caso se utiliza un terapeuta diferente para cada uno de los miembros de la familia y después los terapeutas se reúnen para analizar a sus pacientes y a la familia como un todo.

#### *Terapia familiar conductual.*

El papel del terapeuta en este enfoque consiste en generar un análisis conductual de los problemas familiares. Esto ayuda a identificar las conductas cuya frecuencia debe aumentar o disminuir al igual que las recompensas que mantienen las conductas indeseables o que fortalecerán las conductas deseadas.

### **Terapia de pareja.**

La Terapia de Pareja (TP) ha sido definida como una de las modalidades de psicoterapia más difíciles que existen. La complejidad de variables involucradas, las dosis elevadas de conflictividad interpersonal que comporta en la mayoría de las ocasiones, y los múltiples componentes de la relación terapéutica, imponen un ritmo trepidante no apto para terapeutas

inexpertos. Es una modalidad terapéutica que requiere, sin duda, de una especialización profesional, dadas sus particularidades en el setting y en el desarrollo del proceso terapéutico. El psicoterapeuta que quiera atender parejas de forma efectiva necesita conocer algunas reglas básicas que son diferentes a otras modalidades terapéuticas pero que resultan ser claves para la formulación de caso y el desarrollo de la intervención. Un terapeuta acostumbrado a la terapia individual precisará suspender sus guiones habituales de entrevista y acoplarse al hecho de contar en la sala con los dos miembros de la pareja (a veces incluso con un tercero no presente), con su relación, con un co-terapeuta y, en condiciones ideales, con un equipo que le acompaña. Frente a la decisión de aventurarse en este entramado relacional, el terapeuta necesita equiparse con mapas para navegar durante las subidas y bajadas del proceso terapéutico. El principal objetivo de este artículo es ofrecer algunas coordenadas clave de navegación para orientar la práctica clínica. Primero se delimitan los rasgos distintivos de la TP señalando los riesgos y precauciones que se deben tomar. Después se revisa su evolución atendiendo tanto al desarrollo teórico como a los principales resultados de la investigación. Por último, se especifican siete coordenadas fundamentales para el desarrollo de una buena práctica.

#### *RASGOS DISTINTIVOS DE LA TERAPIA DE PAREJA.*

Ciertamente, la psicoterapia con parejas dista mucho de parecerse a la terapia individual y requiere de un entrenamiento adecuado que asegure la competencia del terapeuta. Es una realidad, no sólo en nuestro país, que la mayoría de los psicoterapeutas no recibe en su entrenamiento ninguna formación específica en TP, ni siquiera en la formación oficial de posgrado. No obstante, muchos psicoterapeutas, a lo largo de su trayectoria profesional, cometen la temeridad de aceptar casos de pareja. No hay que ser muy astuto para adivinar que en muchos de los casos, tales atrevimientos han desembocado en fracasos y frustraciones de ambos, de la pareja que consulta y del terapeuta. En la mejor de las situaciones, la pareja decidirá abandonar el tratamiento y buscar otra alternativa, en el peor, las intervenciones mal orquestadas pueden empeorar la situación de la pareja consultante pues, al fin y al cabo, la psicoterapia también puede tener efectos secundarios nocivos.

Pareciera sin embargo que la TP resulta una modalidad muy atractiva para los psicólogos y psicoterapeutas. Por ejemplo, en el estudio más exhaustivo de la práctica de la psicoterapia en EEUU se encontró que cerca del 75% de los terapeutas visitan parejas en su práctica privada (Orlinsky y Roneastad, 2005). Aunque se desconocen los datos, en España es muy probable que todos los terapeutas de la práctica privada se vean atraídos en algún momento para atender una demanda de pareja y muchos la practiquen con cierta regularidad. Las probabilidades son altas porque, enfatizado sea de paso, el ámbito privado es prácticamente al único servicio al que pueden acceder las parejas, pues el malestar relacional es una de las áreas más marginadas por los servicios asistenciales. En cualquier caso, resulta un misterio saber dónde y cómo esta gran cantidad de psicoterapeutas han recibido su entrenamiento, pues como se ha señalado antes, la TP no tiene lugar ni en la formación de pregrado ni en la gran mayoría de los programas oficiales de formación de psicoterapeutas de nuestro país y tan poco en muchos otros países. Desde el punto de vista de las parejas, esto supone un auténtico problema, pues la probabilidad de encontrar un profesional específicamente formado es sumamente baja. Dada la falta de regulación de la profesión de psicoterapeuta, el hecho de que un centro anuncie la TP en su cartera de servicios no garantiza en absoluto la especialización de los profesionales. En vista de todas estas cuestiones no es de extrañar que fuese precisamente la TP la única forma de terapia que recibió una mala valoración en la famosa encuesta de clientes de psicoterapia (Seligman, 1995).

*¿Por qué la terapia de pareja es pues tan compleja y diferente de la terapia individual?*

Las razones son muchas. En el primer párrafo de este texto ya hemos avanzado las más salientes. La primera gran dificultad tiene que ver con la naturaleza diferente de la alianza terapéutica. Incluso el terapeuta más habilidoso en generar una buena alianza en terapia individual, puede verse catapultado al fracaso en cuestión de segundos en una TP si, al querer forjar una buena relación con uno de los miembros, se gana la enemistad del otro miembro de la pareja. Aunque mantener un equilibrio en la alianza con cada miembro parezca de sentido común, la verdad que en la práctica clínica es una tarea más dificultosa de lo que parece, y muchos terapeutas quedan atrapados en triangulaciones que minan cualquier posibilidad de

éxito de la terapia. Los terapeutas familiares conocen bien este aspecto, pero no así los terapeutas formados en terapia individual, cualquiera que sea el modelo de referencia.

Pero además, más allá de evitar trampas triangulatorias, el terapeuta debe prestar mucha atención a otro componente específico de la alianza en el contexto de una TP: la alianza intra-sistema. El terapeuta tiene que ser consciente de que la principal relación que vehiculiza el cambio no es con él o ella, sino la de la propia pareja. Por tanto, el foco terapéutico debe privilegiar la relación de pareja sobre la terapéutica. En esta diferencia radica una de las ventajas principales de la TP: permite trabajar con el contexto en el que se enmarcan los problemas y utilizarlo como fuente de recursos para la intervención.

Otra de las características diferenciadoras de la TP es que las sesiones están frecuentemente cargadas de elevadas dosis de tensión, conflicto y emociones a flor de piel. Perder el control de la sesión durante un breve lapso de tiempo puede resultar en que la pareja inicie una fuerte discusión, y que la voz del terapeuta se vea difuminada por los gritos y reproches de la pareja. En no pocas ocasiones se puede llegar a una situación tragicómica: la pareja se pasa la sesión entera enganchada en el conflicto, y el terapeuta se pregunta, desde la barrera, cómo es posible que alguien esté dispuesto a pagarle para que les observe discutir. Es verdad que en algunas situaciones clínicas el proceso puede exigir la intensificación del conflicto, pero siempre dentro de una estrategia terapéutica, no como consecuencia de la falta de estructura.

Así pues, quedarte sin estructura en el contexto de una TP puede tener un resultado fatal, y por tanto, darse tiempo para pensar en el transcurso de la sesión, es un lujo que uno no puede permitirse en la mayoría de las ocasiones. Existen procedimientos para salvar estos escollos, como trabajar en co-terapia, utilizar guiones, hacer reuniones antes o después de la sesión; pero en cualquiera de los casos un cierto nivel de tolerancia a la tensión emocional y la conflictividad, resulta ser una herramienta indispensable para sobrevivir como terapeuta de pareja.

Esta tolerancia al conflicto será también un punto de apoyo frente al hecho de que en la mayoría de las ocasiones la TP comienza con la amenaza de que la pareja está a punto de romperse. Esto es un poco, salvando las distancias, como si cada cliente de terapia individual comenzase la terapia diciendo que quiere suicidarse o hacerse daño a sí mismo, cosa que ocurre pero con una frecuencia mucho más baja. En cambio, en la TP la amenaza de ruptura está a la orden del

día. Esto, sin duda, requiere de monitorizar el proceso de manera muy cuidadosa y sensible. Para ello, es preciso realizar una buena evaluación de la demanda y del nivel de crisis actual de la pareja para poder ajustar de forma adecuada la intervención. En la práctica esto puede requerir el tener que intervenir antes de poder recoger toda la información necesaria, hacer pactos especiales con la pareja, intensificar la frecuencia de las sesiones o incluso, en casos más extremos, contraindicar la TP si no se cambian las condiciones de la demanda. En la TP, a veces una retirada a tiempo es una victoria.

Quizás uno de los rasgos distintivos más peliagudos de la TP es la inevitabilidad de tener que afrontar dilemas morales sobre la naturaleza de las relaciones humanas. Temas tales como el amor, la muerte, el deseo, el rechazo, la ternura, la intimidad, el compromiso, el sexo, la (in)fidelidad, el maltrato, la violencia, la soledad, la responsabilidad, el crecimiento, y un sinfín, pueden suponer un desafío para el terapeuta en asegurar el descentramiento de sus propios valores. La posición de neutralidad en la TP, es más un mito que una realidad.

No es mi intención en este texto desalentar a los psicoterapeutas a practicar la TP ni disuadir a aquellos que se sientan atraídos por ejercerla. Muy al contrario, mi objetivo es invitar a investigadores y terapeutas a profundizar en el conocimiento sobre el fascinante mundo de las relaciones humanas. Para que la comunidad de conocimientos avance es importante tener una mínima orientación de donde se está y cuáles son los desafíos inminentes. Esperamos que los apartados subsiguientes ayuden al lector a situarse con respecto al estado de la TP en la actualidad y pueda contribuir con su propia práctica a evolucionar.

### *NAVEGANDO LA PRÁCTICA: SIETE COORDENADAS FUNDAMENTALES*

Como hemos señalado antes, fue la llegada del modelo sistémico la que facilitó la creación de los fundamentos de la TP y la consolidó como una disciplina independiente. En la actualidad, otras corrientes como las conductuales, las centradas en las emociones, las basadas en el construccionismo social, o los enfoques multigeneracionales y psicodinámicos han contribuido de forma sustancial al desarrollo de la TP (véase Gurman et al., 2015; para una revisión comparativa de las escuelas). Todos ellos han aportado técnicas y conceptos de las que nutrirse para la práctica con distintos niveles de precisión y sistematicidad.

Mi impresión, no obstante, es que la mayoría de autores de una y otra escuela estarían de acuerdo en que, más allá del debate entre factores comunes y específicos, es necesario establecer algunos puntos clave para orientarse en la práctica, que permitan a los terapeutas navegar con ciertas garantías de supervivencia en el impredecible y movido océano de la TP. Existen ya algunas propuestas de integración, como el protocolo unificado (Christensen, 2010), el modelo de Snyder y Schneider (2002), o el enfoque conductual integrativo de Gurman (2008). Pero sigue siendo esta una cuestión abierta, todavía por abarcar e integrar con la práctica clínica (Sparks y Duncan, 2010).

Mi forma de concebir la práctica de la TP es muy próxima a la forma de vivir una aventura. Es un viaje que se sabe cómo empieza pero no cómo termina; y en el que, inevitablemente, surgen dificultades, percances y sorpresas de todo tipo. Para lidiar con la incertidumbre, más vale disponer de mapas para orientarse en el camino, pero sin olvidar que son las parejas las que recorren el territorio. Empezar una TP supone pues empezar una aventura, especialmente para los miembros de la pareja, que en un momento determinado deciden buscar ayuda externa para resolver sus desencuentros e infortunios. Como acompañantes tenemos el deber ético de proveer las garantías necesarias de seguridad, profesionalidad y confidencialidad. Para ello, el terapeuta debe adoptar una posición epistemológica acerca del ser humano y la naturaleza del cambio. Pero además, necesita disponer de una guía de navegación que le ayude a explorar, junto con las parejas, los territorios amoroso, relacional, íntimo y sexual. Sin el ánimo de crear una lista exhaustiva y excluyente, lo que aquí presento es una invitación a la práctica desde la práctica. Una lista incompleta de coordenadas para la navegación, basadas en mi propia experiencia, que espero pueda servir de punto de partida para algunos, de síntesis para otros, y objeto de crítica y reflexión para todos los lectores. Por el momento cuento, al menos, siete coordenadas fundamentales que toda TP debería contemplar en su hoja de ruta:

### **I.- Perspectiva sistémica y evolutiva.**

Todos los enfoques modernos de la TP asumen, al menos de forma parcial, una perspectiva sistémica en el sentido de que se asume que no se trabaja con dos individuos independientes entre sí, sino en total interdependencia. La unidad básica de análisis es por tanto el subsistema

de pareja como tal, el cual está regulado por ciertas propiedades y sistemas de significado (Feixas, Muñoz, Compañ y Montesano, 2012; Montesano, 2012; Waztlawick, Beavin, y Jackson., 1967). Cualquier acto, discurso, o emoción debe ser contextualizada en su marco relacional. Asimismo, la perspectiva evolutiva nos advierte de la importancia de entender a las parejas en un proceso de desarrollo continuo, en el que se entrelazan la necesidad de cambiar para adaptarse a los retos impuestos por el ciclo vital y la lucha por preservar la integridad del sistema. Cada etapa del ciclo vital de la pareja implica una serie de desafíos y tareas específicas a las que el sistema debe hacer frente, del mismo modo que cada contexto cultural-relacional enmarca la semántica en la que está inmersa la pareja. Muchas veces las crisis vienen derivadas por dificultades de transición entre una coordenada y la siguiente y la imposibilidad de resignificar el proyecto. Determinar las coordenadas del momento del ciclo vital nos da idea del lugar en que se encuentra la pareja en todas sus dimensiones, afectiva, relacional, familiar, sexual, etc.

## **2. Centrada en el presente, mirando hacia el futuro.**

Tal y como afirmó Haley (1963) en su artículo seminal *Terapia Matrimonial*, las parejas son expertas en discutir sobre el pasado. Los psicoterapeutas con experiencia en TP saben bien a lo que se refería Haley con esta idea. Por ello, suelen evitar la espiral de discusiones infructuosas y centran la intervención en ayudar a la pareja en su momento actual del ciclo vital, preparándoles incluso para la etapa que este por llegar.

Es cierto que para hacer un adecuado diagnóstico relacional es a menudo preciso bucear en la historia de la familia de origen de cada miembro y en la historia de amor de la pareja. Pero, dicho viaje submarino sólo tiene sentido si está orientado a entender lo que le sucede a la pareja en el presente. En determinadas circunstancias (e.g., rencor, infidelidad), los conflictos del pasado tiene un peso tal en el presente que sólo su disolución permite a la pareja desanclarse para evolucionar hacia un horizonte mejor cualquiera que este sea (incluyendo, por supuesto, la separación).

Pero es del todo desaconsejable que el terapeuta se empeñe en ventilar trapos sucios y buscar las causas del problema actual en conflictos pasados.

Si la pareja es capaz de cultivar una relación satisfactoria en el presente, los problemas del pasado probablemente caerán por su propio peso. Como reza la célebre idea de Pittman, los problemas de pareja no se resuelven sino que se disuelven. Así pues, la primera pregunta que todo terapeuta debe hacerse frente a una pareja que le consulta es por qué buscan ayuda ahora. La segunda es hacia dónde vamos después.

### **3. Formato de terapia breve**

La TP tiene, por naturaleza, un formato de terapia breve. El número medio de sesiones oscila entre las 8 y las 18 (Doherty y Simmons, 1996). Muchos protocolos de terapia individual han reducido en las últimas décadas la duración de los tratamientos hasta cuotas similares, pero la TP ha sido así desde sus comienzos. Por ejemplo, Gurman y Kniskern (1978) señalaron a finales de los años setenta que la mayoría de los cursos terapéuticos en TP tenían menos de 20 sesiones, una época en la que la terapia individual podía alcanzar cuotas de hasta 600 sesiones (e.g., psicoanálisis). Hoy casi 40 años después, los protocolos de TP siguen siendo breves incluso para problemas resistentes como la depresión crónica (Montesano, Feixas y Eiroa-Orosa, 2013).

Aunque el número de sesiones sea reducido, la terapia puede extenderse en un periodo de tiempo relativamente extenso, teniendo en cuenta el intervalo de tiempo que se deja entre sesiones. La mayoría de los terapeutas coinciden en señalar la importancia de prolongar el espacio entre sesiones una vez formulado el diagnóstico relacional con la intención de que los cambios puedan consolidarse. Las sesiones de seguimiento a medio/largo plazo son muy recomendables, especialmente cuando la pareja ha consultado por infidelidad, algún tipo de violencia o por problemas en su actividad sexual.

Lo que todavía está por dilucidar es cómo y cuándo cambian las parejas, es decir, cuáles son los patrones de cambio más habituales en TP. Esperamos que la investigación nos de pronto algunas respuestas sobre este asunto. No obstante, creo que muchos clínicos estarían de acuerdo conmigo en señalar que los primeros brotes del cambio pueden apreciarse en la fase temprana de la terapia, entre la primera y la tercera sesión, y que hacia la octava sesión el cambio ya suele estar en marcha.

Por regla general, si a estas alturas de la terapia no se ha producido ningún atisbo de cambio, es señal de que la terapia debe reorientarse o incluso abandonarse. Por supuesto, como toda regla general, falla en el territorio de la particularidad.

#### **4. Focalizada en los procesos del sistema que mantienen/ disuelven el problema.**

Dada la naturaleza breve y centrada en el presente de la TP, para la mayoría de los terapeutas de pareja resulta esencial poder establecer focos concretos que guíen la intervención. Por lo general, los terapeutas de pareja se centran en desvelar y desafiar los patrones relacionales que están ligados al problema (Pinsof, 1995).

Estos patrones, entendidos como agentes mantenedores/ disolventes del problema, deben ser formulados tras un adecuado diagnóstico relacional de la pareja.

Una propuesta muy refinada en el panorama nacional para el diagnóstico relacional y la intervención es la de Campo (2014), muy recomendable tanto para terapeutas en formación como para terapeutas experimentados. Otros trabajos internacionales de vanguardia que invitamos a explorar al lector son el de los metamarcos del Instituto de la Familia de Chicago (Breulin, Pinsof, Russell, Lebow, 2011; Pinsof, Breunlin, Russell y Lebow, 2011), o los patrones relacionales del Centro de Terapia Familiar de Calgary (Tomm, St. George, Wulff, y Strong, 2014). Todos ellos son buenas guías para un diagnóstico relacional completo que contemple tanto las dinámicas mantenedoras del problema como las dinámicas de relación constructivas.

#### **5. Balance a favor de los recursos.**

Aunque los patrones relacionales que mantienen el problema acostumbran a ser un foco importante de la intervención terapéutica, una formulación relacional debe dar cuenta, incluso en mayor medida, de las áreas conservadas de la pareja, los recursos con los que cuentan sus miembros para facilitar la creatividad con que una pareja puede transformarse a sí misma. Un patrón disfuncional no equivale a una pareja disfuncional. Los problemas pueden llegar a ser muy persistentes y abarcativos, pero nunca cubren la totalidad de la extraordinaria complejidad que involucra una relación de pareja. Siempre hay excepciones al problema, aunque estén escondidas en la imaginación.

La experiencia clínica muestra una y otra vez que es muy recomendable sino imprescindible que en etapas intermedias de la terapia la arquitectura de las sesiones se focalice significativamente más en reconocer y amplificar las excepciones al problema que en el problema en sí. Para ello, es esencial mantener la balanza a favor de los recursos y fomentar las interacciones positivas, que servirán de termómetro a la pareja para calibrar su relación. Ayudar a las parejas a fomentar, desenterrar, reconocer o experimentar episodios relacionales que producen dinámicas relacionales constructivas (círculos virtuosos), facilita que la pareja pueda reformular su proyecto, disolver tensiones, y madurar la relación, incluso si ello implica la separación.

Lo que trato de transmitir es que hay que generar una formulación relacional del cambio, que permita a la pareja revisar su proyecto, redefinirse. El cambio puede operar a través de mecanismos muy diversos. Benson, Mcuinn y Christensen (2010) en su esfuerzo integrativo han señalado cinco principios comunes que facilitan el cambio en la TP: (a) Alterar la visión contextualizada y diádica, (b) disminuir la conducta emocional disfuncional, (c) elicitación de la experiencia emocional interna y evitada, (d) incrementar los patrones de interacción constructivos, y (e) reforzar los cambios obtenidos durante la terapia.

Otros principios comunes no contemplados en la lista pueden ser el restablecimiento de la esperanza, la reparación, la recuperación de espacios de intimidad, o la incorporación de nuevos significados al proyecto de pareja. Sea cual fuere el circuito que se tome, el cambio se construye más en base a lo que ofrecen las excepciones que al discurso del propio problema en sí.

## **6. Integra la experiencia personal e interpersonal.**

En los párrafos anteriores hemos conceptualizado a la pareja en términos de sistema y hemos recomendado focalizar la intervención en la dinámica relacional tanto positiva como negativa de la pareja. Pero ello no es óbice para tener en cuenta factores de la experiencia intrapsíquica de los miembros de la pareja así como su relación con el patrón de interacción. Más bien todo lo contrario, esta es precisamente la forma de completar el mapa.

La integración entre aspectos de la experiencia personal e interpersonal ha sido una de las últimas áreas de desarrollo de la TP, que ha venido de la mano de la propia evolución del

modelo sistémico desde la pragmática a la semántica y la incorporación de otros modelos. La mayoría de protocolos incluyen sesiones individuales dentro del marco de la TP. La secuencia más común consiste en realizar una fase de evaluación primero con la pareja y después con cada miembro, y realizar finalmente una sesión conjunta para negociar el contrato terapéutico. Para favorecer el acuerdo, además de que el problema y la solución se definan en términos relacionales, es del todo preciso dar cuenta de la experiencia subjetiva de cada miembro, y su particular forma de construirse a sí mismo y a la relación.

Una herramienta clínica de gran utilidad que permite trabajar con la interconexión de la experiencia personal e interpersonal es el diagrama circular (Montesano, 2015).

Este es un procedimiento para mapear el proceso de construcción en las parejas integrando: a) La dimensión pragmática y la semántica; y (b) los discursos sociales y la familia de origen de cada miembro. Es una herramienta que facilita la formulación del caso, pero además es una intervención en sí misma que favorece el entendimiento interpersonal y la resolución de problemas. El diagrama circular permite a su vez examinar el cambio durante la terapia, mantener una práctica reflexiva, o ser utilizado en supervisión.

## **7. Focalizada en el contexto relacional natural**

Ya hemos anunciado antes el valor ecológico que el setting de la TP confiere a la intervención terapéutica, al incidir sobre el contexto relacional natural, así como sus implicaciones para el desarrollo de la alianza terapéutica. Como ha sido ampliamente demostrado en la investigación, la intervención en terapia individual, sea del signo que sea, está fuertemente sustentada sobre la relación terapéutica ente el terapeuta y el cliente. En efecto la alianza terapéutica, ha demostrado tener una gran capacidad predictiva de los resultados de la terapia, por encima de cualquier otro aspecto técnico.

Sin embargo, en el contexto de la TP, la relación ente el terapeuta y los clientes es mucho menos intensa y central, sin apenas influencia sobre los resultados de la terapia. El cambio no está vehiculizado por esta interacción sino por la relación entre los miembros de la pareja. Por ello, el terapeuta, una vez garantizados unos mínimos de alianza con ambos, debe focalizar sus esfuerzos en incrementar el grado de alianza entre los miembros de la pareja, pues este es el

contexto relacional donde el cambio se da (Escudero, 2009, Montesano et al., 2014; Montesano e Izu, 2015).

Si bien en terapia individual se pretende, por ejemplo, generar una experiencia emocional correctiva que sea generalizada después al contexto natural del cliente, en TP se incide directamente sobre este, in situ. Seguramente este sea también un motivo por el cual la terapia tiende a ser breve, pues no es necesario desarrollar una relación profunda con los miembros de la pareja por separado.

## Bibliografía

- Beck Aarón, 2012. Terapia cognitiva para trastorno de ansiedad. Biblioteca de psicología.
- Campo, C. (2014). La terapia de pareja en la práctica clínica: Un modelo de diagnóstico e intervención (pp. 251-278). En R. Medina, E. Laso y E. Hernández, (Eds.), Pensamiento sistémico: Nuevas perspectivas y contextos de intervención. México, Litteris
- Phares Jerry 2012. Psicología clínica, conceptos, métodos y práctica. Manual Moderno
- Palomo Tomás, Jiménez Arriero Miguel Ángel. 2009. Manual de psiquiatría
- Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. Elisardo Becoña y M<sup>a</sup> del Carmen Lorenzo\*<http://www.psicothema.com/pdf/472.pdf>
- Historia paralela de la Psicología Clínica: un rastreo teórico-histórico. Informes Psicológicos, No. 9 p.135 - 148 Medellín – Colombia. Ene-Dic de 2007, ISSN 0124-4906