



Mi Universidad

LIBRO

Psicología Clínica

Licenciatura en Psicología

Quinto Cuatrimestre

Enero - Abril

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.

Psicología Clínica

Objetivo de la materia:

El programa corresponde a una materia teórica, y su propósito es que quien la estudie, adquiera un CONOCIMIENTO global de la Psicología Clínica, y las actividades profesionales que realiza el especialista que ejerce la profesión. Para ello es importante que entienda el proceso por el que ha pasado en el mundo occidental y en especial en México, a fin de que le proporcione elementos de juicio para quien se quiera dedicar a la misma.

Criterios de evaluación:

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

INDICE

Unidad 1

HISTORIA Y DESARROLLO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

- 1.1.- Nacimiento y fases por las que ha pasado la disciplina en el mundo occidental
- 1.2.- Historia y desarrollo de la Psicología Clínica en México.
- 1.3.- Bernstein D. (1986) Serra, C. (2000) pág. 1 – 16.
- 1.4.- Definición y funciones de la psicología clínica.

Unidad 2

ENSEÑANZA E IDENTIDAD DEL PSICÓLOGO CLÍNICO

- 2.1.- La identidad y la forma de adquirirla en el ámbito de la psicología.
- 2.2.- Importancia de la enseñanza (teoría) supervisión (entrenamiento) aplicación de la técnica y formación. La necesidad de actualización.
- 2.3.- Características de personalidad que apoyan o dificultan el trabajo clínico.
- 2.4.- El quehacer clínico y aspectos éticos en el ejercicio profesional. El expediente clínico
- 2.5.- Método Clínico y sus pasos. Su aplicación en diferentes modelos teóricos: Psicoanálisis, conductismo, humanismo, sistémico. Feixas (88-251).}
- 2.6.- La entrevista fundamental de la psicología clínica.
 - 2.6.1.- Importancia de la observación clínica.
 - 2.6.2.- La entrevista: Su importancia en los diferentes campos de la psicología.
 - 2.6.3.- Definición, clasificación, objetivos, el entrevistado, el entrevistador, su relación.
 - 2.6.4.- Entrevista psicológica e Historia clínica

Unidad 3

LA EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD Y EL PSICODIAGNÓSTICO

- 3.1.- Diferencia entre evaluación y psicodiagnóstico de la personalidad. Clasificación, limitaciones y objetivos.
- 3.2.- Las pruebas estructuradas y la evaluación de la personalidad
- 3.2.- Las pruebas estructuradas y la evaluación de la personalidad
- 3.3.- Las pruebas proyectivas y su importancia para conocer la dinámica de la personalidad
- 3.4.- Las pruebas psicológicas más empleadas en México. Estado actual de la investigación en psicodiagnóstico.
- 3.5.- Técnicas de intervención empleadas en psicología clínica.
- 3.6.- Psicoterapia: definición, clasificación, elementos del sistema psicoterapéutico
- 3.7.- Psicoterapia de apoyo, de insight con metas reeducativas y de insight con metas reconstructivas.
- 3.8.- Psicoterapia de grupo y terapia familiar
- 3.9.- Intervención en crisis y otras psicoterapias breves.

Unidad 4

PSICOLOGÍA COMUNITARIA

- 4.1.- Prevención primaria, secundaria y terciaria, sus posibilidades y aplicación en programas de psicología Comunitaria.
- 4.2.- El trabajo clínico comunitario en México.
- 4.3.- El papel del psicólogo clínico en el equipo interdisciplinario para el desarrollo de programas comunitarios.
- 4.4.- Metodología de la investigación en psicología clínica.
- 4.5.- Aspectos característicos de la investigación en ciencias del comportamiento.
- 4.6.- La investigación clínica en el caso individual (estudios de caso).
- 4.7.- El trabajo de investigación en grupos.
- 4.8.- Alcances y limitaciones de la psicología clínica

Unidad I

HISTORIA Y DESARROLLO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

I.1.- Nacimiento y fases por las que ha pasado la disciplina en el mundo occidental

Es apropiado realizar inicialmente una exploración desde el campo filosófico, debido a su importancia dentro de la historia de la psicología misma, y por ende la psicología clínica, de este modo se pueden encontrar las primeras referencias acerca de la reflexión filosófica sobre el ser humano, así entran a jugar un papel importante pensadores de todas las épocas y lugares: Avicena y Maimónides, Descartes, Spinoza, hasta llegar a Leibniz y Kant. Más tarde llega Wundt conocido por ser el fundador de la psicología con su interés de estudio sobre los contenidos conscientes de la mente humana escogiendo las sensaciones como elementos o unidades básicas de la experiencia (Belloch, 2008).

Por otra parte llegan otros autores que han contribuido a ordenar conceptualmente el campo, (González, 2008) propone a Emil Kraepelin como el primer sistematizador de las patologías mentales, que se encargó de estudiar experimentalmente los procesos mentales de la fatiga que son esenciales en la psicología aplicada. De este modo dichas contribuciones comenzaron a influenciar en el desarrollo de la clínica dentro de la psicología y posibilitaron su desarrollo como otro tipo de campo de intervención. Llega William James que será reconocido por las grandes contribuciones en la historia de la psicología científica debido a su exitosa publicación de los Principios de Psicología en el año de 1890 (Belloch, 2008).

Hacia 1895 nace el primer centro de medición psicológica en el South Kensington Museum de Londres por Sir Francis Galton que ya comenzaba a interactuar con las primeras pruebas psicológicas (García, 2008). No ha de olvidarse a Alfred Binet, que con su 'Escala de Inteligencia' hizo posible un estudio riguroso del enorme problema del retraso mental (González, 2008). Dentro del campo de la personalidad Cattell que es reconocido por la creación de la prueba I6PF.

Pavlov también influyó desde una perspectiva más de tipo experimental acercándose a la neurosis. De este modo, poco a poco la psicología clínica tomaba fuerza y fue así que llegó el nacimiento formal de la psicología clínica que conocemos hoy, el cual se dio en la década de los noventa del siglo XIX. (García, 2008) Propone a Lightner Witmer como el fundador de la psicología clínica, quien con la creación de la primera revista sobre el mismo tema dio a conocer las primeras investigaciones que se trabajaban en la disciplina, también dio vida al término “medicina psicosomática” en 1918 en un contexto de tipo psicoanalítico, que introdujo la perspectiva de los trastornos funcionales no explicados por las enfermedades somáticas y atribuidos de este modo a conflictos psíquicos.

Por su lado (Piña, 2003), realiza otras observaciones acerca de Witmer, menciona como este vincula la psicología médica, la psiquiatría y la tradición psicométrica de aquel entonces para darle forma a lo que se conoce hoy en día como psicología clínica. (Belloch, 2008) indica que la creación de esta “modalidad profesional” de la psicología fue gracias a Witmer compartiendo esto con los demás autores, destaca también algunos de sus aportes entre los cuales se encuentran su denominación y la mayoría de las características distintivas de la misma, describe que Witmer habló por primera vez de la psicología clínica como tal en su conferencia ante la American Psychological Association (APA) en el año 1896, y se refirió a ella en los siguientes términos: “La Psicología Clínica se deriva de los resultados obtenidos en el examen individualizado de muchos seres humanos (...) la clínica psicológica es una institución pública abierta al servicio de la sociedad, a la investigación propia, y a la formación de los estudiante” (Belloch, 2008, pág. 76).

De acuerdo a lo planteado la psicología clínica es producto de muchos años de desarrollo y evolución, en los cuales logró establecerse como un campo específico dentro del ámbito de la psicología y producir una mayor credibilidad respecto a la científicidad de la misma. Las referencias que la consolidan son bastante sólidas y permitieron dar un gran paso para generar el cambio psicológico que tanto se ha buscado en torno al cubrimiento de las demandas que presenta el medio.

1.2.- Historia y desarrollo de la Psicología Clínica en México

¿Cómo llega la psicología a México?, de acuerdo a la literatura, los personajes más representativos del comienzo de la psicología fueron Chávez, Aragón, Gómez Roble y Meza Gutiérrez. De tal forma que la psicología se desarrolla principalmente por consecuencia del interés de ciertas instituciones de tipo educativas, jurídicas y estatales por sus aplicaciones clínicas y psicométricas (Vargas-Mendoza y Aguilar-Morales, 2007).

Las condiciones histórico sociales que permitieron el desarrollo de la psicología, fueron la visión de progreso que se tenía en el país, en aquel entonces, puesto que Porfirio Díaz, estaba muy interesado por obtener el reconocimiento de los países Europeos, su mayor interés era entrar en la etapa de la “modernidad”, por lo que la introducción de la psicología fue más una “importación” por vanidad que una necesidad social (De la Paz, 2012 y Álvarez y Molina [eds.], 1981).

La psicología se empezó a impartir como una pequeña clase en la escuela nacional preparatoria relacionada con lógica, filosofía, moral y pedagogía. José María Vigil, es el primer nombre relacionado con la psicología, pues fue quien empezó a impartir clases acerca de la lógica pero también de psicología, también el nombre de Rhoda Kanaty es relevante debido a que con ayuda de este personaje, la incursión de la psicología en el plan de estudios de la escuela nacional preparatoria empezó a tomarse en cuenta.

Aunque Rhodakanaty fue el primero en proponer una cátedra de psicología oficial, supuestamente no fue vista con buenos ojos debido a que no concordaba con el modelo positivista de la educación que se implementaba, sería gracias a las modificaciones de Adeodato Chávez que la materia de psicología como “psicología experimental”, atendiendo a las demandas positivistas del tiempo. Gracias a él y a sus modificaciones, la psicología empezó a tener un crecimiento en México como una disciplina encargada de la educación, según el postulado de Chávez, la psicología debe ser vista de forma experimental, no podría considerársele más allá que como una rama superior de la fisiología, es inútil tratar

de hablar de psicología en términos de emociones y sentimientos. La psicología sirve para todos los hombres debido a que todos tienen que efectuar operaciones intelectuales, emocionales y vocacionales, les sirve a los médicos ya que sin ella no podrían comprender a las enfermedades mentales, a los abogados, a los ingenieros e incluso a los padres, ya que sin ella no podrían educar debidamente a sus hijos, ya que toda obra de educación se acredita con observaciones psicológicas, debido a lo último, la psicología es indispensable para realizar la educación intelectual y moral de los alumnos. Es evidente que el propósito de la psicología era la educación, sin embargo la única forma de poder ver este tipo de actos es aterrizándolos a lo concreto, de acuerdo a fenómenos observables despojados de la metafísica o de la “pseudopsicología” (Álvarez y Molina [eds.], 1981).

La psicología y psiquiatría: principio de la psicología clínica

Ahora bien, ¿Cómo incursiona la psicología en la salud mental?, se observó que tanto la psiquiatría y la psicología partieron de las ideas europeas positivistas, encaminadas al estudio de los fenómenos mentales por medio de los fenómenos físicos. Para entender la relación entre la psicología y la psiquiatría, se debe hallar el nexo entre ambas, el cual según la literatura, se encuentra en los siguientes personajes: el primero de ellos fue el doctor Meza Gutiérrez, primer director de la Castañeda, quien introduciría al psicoanálisis dentro del método para la intervención de los pacientes, aunado a la idea de introducir una terapia “moral”, que cubriera tanto la parte mental como la orgánica del paciente (Capetillo, 2010). El nombre que más resalta en la introducción de la psicología a la clínica es el señor Enrique O.

Aragón, pues fue el primero en interesarse de lleno en utilizar un método psicológico para la salud mental, la intención de este personaje fue la de separar a la psicología de la medicina psiquiátrica. Argumentaba que los médicos no contaban con un adecuado vocablo e identificación para tratar a las enfermedades mentales, las cuales corresponden a la “psicopatología”, donde tienen un papel importante tanto las afecciones como las sensaciones, donde éstas últimas son producto del nervio gran simpático que rige la vida vegetativa.

Aragón hace una interesante mezcla entre entidades cognitivas y estados físicos de los enfermos, argumentado que existen tres tipos de escalas, la intelectualista, la afectiva y la de acción. La primera habla de la acción del mundo sobre el individuo, la segunda habla del punto subjetivo intervenido por la acción del mundo externo y la última habla acerca de la reacción del organismo ante el medio, visto en forma de reflejos y el instinto, seguidos por los impulsos y terminando con las acciones. De ahí parte para argumentar que cuando un hay un desequilibrio en estas escalas se manifiesta con una enfermedad mental (De la Paz,2012).

Otro personaje que también contribuyó a la aparición de la psicología clínica fue Rafael Santamarina, discípulo de Aragón, quien fuera el primero en introducir de lleno la psicometría a México, en el ámbito de la salud mental, se encargaría de la adaptación y estandarización de pruebas mentales aplicadas a niños de primarias y secundarias. Posteriormente contribuyó a la realización de otro tipo de pruebas psicométricas dedicadas a la medición de las habilidades mentales del mexicano, inspirado en su estancia en la Castañeda (Colotla, 1984). En fin, podemos ubicar con el primer personaje, el primer intento de introducir a una corriente psicológica a la psiquiatría, en el segundo un intento más allegado y más concreto de introducir a la psicología en el campo de lo anormal, y en el tercer personaje, la forma en contemplar a toda la población en criterios generales de normalidad.

Al revisar la literatura, se encontró que la conducta “anormal” era un tema ya conocido en México desde ya hace algunos siglos, el cual como en toda Europa era visto como obra del mal, desde ese entonces los “anormales” eran excluidos de la sociedad y mandados al encierro, ya en aquel entonces, el hospital de San Hipólito era un dispositivo de control para mantener el orden.

Después, aunque la autoridad cambió, la idea siguió siendo la misma “controlar y excluir”, sin embargo, ahora desde un punto de vista “científico” y más racional, la prueba de ello fue la Castañeda, creada en base, nuevamente, a las ideas europeas, era el símbolo del control dado por el gobierno y por la ciencia, ya que se debe recordar que una de las intenciones del

centro era reflejar la “vanguardia” de México en la medicina. Independientemente de las malas o buenas condiciones del centro, la gente iba y venía con la fiel idea de que el centro podría “curar” la enfermedad.

Paralelo a estos sucesos se encontraba el nacimiento de la psicología, otra muestra del control del gobierno y de esas ansias de querer ser Europa. La psicología se funda con la idea de que ésta sirve para “educar” para decirles a los alumnos cual es el “camino correcto” que deben seguir, la psicología que se da en ese tiempo, es una psicología muy positivista, de tal forma que literalmente la ven como fisiología, ésta no va más allá de lo que puede ver. Si se observa con detenimiento se puede observar que ambas parten de ideas traídas desde Europa, y tienen la finalidad de “ayudar” a los demás.

Entonces, cabe preguntar ¿Por qué no hay literatura sobre la psicología clínica?, bueno pues la respuesta podría ser que como ambas parten de ideas y fuentes tan paralelas que la línea divisoria entre cuando empieza una y otra son casi indetectables. El positivismo Europeo se “penetró” en todo lo que tenía que ver con lo intelectual, y eso ¿Por qué?, porque al forjarse México como un país capitalista obsesionado por la modernidad y por pasar de ser el “indio” a ser el hombre blanco, el positivismo cae como anillo al dedo, éste es una forma de control masiva que impone dictámenes donde los individuos carecen de criterios propios puesto que los sentimientos y los pensamientos pasan de largo.

Entonces, la psiquiatría es vista como una forma de controlar y excluir a los que no acatan las órdenes impuestas, antes y después de la revolución, lo mismo para con la psicología, sin embargo, nadie quiere hablar sobre el tema, la psicología clínica llega para controlar a los enfermos mentales, pero no sólo a ellos sino también a al público en general, estableciendo lo términos de “normalidad” y “anormalidad”.

1.3.- Bernstein D. (1986) Serra, C. (2000) pág. 1 – 16

El alumno deberá descargar el documento correspondiente al Cap. I “Campos de la Psicología clínica” del libro Introducción a la Psicología clínica de Bernstein Serra en el siguiente link.

https://prezi.com/azciurlgh_00/el-campo-de-la-psicologia-clinica/

1.4.- Definición y funciones de la psicología clínica

Para lograr contemplar una adecuada definición de lo que se conoce como psicología clínica es necesario tener en cuenta que el término clínica es originario de la medicina y que es referido al proceso mediante el cual se trata de minimizar o acabar con el sufrimiento que producen las enfermedades físicas en los seres humanos, de ahí puede deducirse su utilidad dentro de la psicología.

La psicología clínica es un área de especialización de la psicología, la cual se interesa en la investigación y el tratamiento de la conducta anormal compartiendo el mismo interés con la psiquiatría. Inicialmente fue llamada como clínica psicológica y que contaba con una característica en particular estar cercana al servicio social, y que era útil para la enseñanza y la investigación dedicada por completo al diagnóstico, tratamiento y estudio de los desórdenes del comportamiento (Rey & Guerrero, 2012).

Otra posible definición la ofrece Resnick (1991) ya que define la psicología clínica como el campo que abarca la "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, biológica, psicológica, social y conductual, aplicados a una amplia gama de usuarios" (p.7). Así encontramos que ambas definiciones destacan características similares y que exponen en gran parte el oficio del psicólogo clínico, que además del diagnóstico y el tratamiento de los desórdenes comportamentales, también ejerce en su campo de acción la administración, la enseñanza y la consultoría.

Para definir el objeto de la psicología clínica es necesario tener en cuenta que en relación al terreno de la psicología clínica hablar de un modelo clínico implica una orientación clínico – patológica, que tiene como mecanismo un tipo de intervención que opera respecto al objeto que en este caso sería “eliminar” del repertorio de un individuo aquello que se define como la sintomatología, o los comportamientos que le están causando malestar psicológico (Piña, 2003).

Lo que deja claro que el objeto de la psicología no es muy lejano al de la medicina, ambas disciplinas tratan el sufrimiento, por un lado la medicina lucha contra las enfermedades físicas, por el otro la psicología clínica lucha contra las enfermedades o los trastornos mentales que pasan a ser el objeto de intervención de la misma, de esa manera está el interés por conocer las causas de los trastornos mentales y la búsqueda de procedimientos para su manejo convirtiéndose en el eje del trabajo clínico dentro de la psicología.

Concepto de anormalidad y normalidad.

Antes de exponer una posible definición de lo que es la anormalidad, ha de tenerse en cuenta que esta depende del significado de la normalidad como su concepto opuesto y como su origen. También se destaca que el sentido de la normalidad depende prácticamente del contexto en el que se ubique, dejando en claro su flexibilidad en el medio.

La normalidad puede definirse como aquella capacidad que tiene el organismo del ser humano para adaptarse al ambiente y así lograr las respuestas necesarias para reaccionar adecuadamente a las exigencias de un medio exigente y riguroso (Báez, 2012). Por lo tanto y con base a esta definición se podría describir que la anormalidad nace a partir de una alteración del organismo en el proceso de adaptación en el medio.

Siendo entonces la normalidad resultado de un esquema construido por la cultura, es preciso indicar que el psicólogo no es el que ha comenzado definiendo lo que es normal o anormal, sino que al contrario la misma sociedad con sus propios parámetros se ha encargado de darle significado a la anormalidad o problemática conductiva de los individuos, basándose en criterios como por ejemplo el sentido común de los integrantes de un contexto en general (familia, instituciones, comunidades etc.), reconociendo de este modo aquellos fenómenos particulares que han invitado al psicólogo a realizar intervenciones, para tratar de darles solución (González, 2008).

Es apropiado mencionar que al comienzo la definición de anormalidad o irregularidad en contextos determinados, puso en marcha el que hacer psicológico dentro de una propuesta clínica redefiniendo criterios con base a lo cultural, que permitían realizar intervenciones en los procesos de tipo psicopatológicos de una mejor calidad.

Unidad 2

ENSEÑANZA E IDENTIDAD DEL PSICÓLOGO CLÍNICO

2.1.- La identidad y la forma de adquirirla en el ámbito de la psicología

En el Diccionario de la Real Academia Española se define profesional, en su segunda acepción, como un adjetivo que hace referencia a una persona “que ejerce una profesión”, y a la vez profesión, en su segundo significado reconocido se explica como “Empleo, facultad u oficio que alguien ejerce y por el que percibe una retribución” (RAE, 2017). Así, según datos de la Encuesta Nacional de Ocupación y Empleo (ENOE) realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) en el cuarto trimestre del 2016, el número de profesionistas ocupados en México es de 7.9 millones de personas y su ingreso promedio mensual es de \$11,213 pesos. De este grupo, tan sólo el 5 % se encuentran en un rango de edad comprendido entre los 20 y los 24 años, concentrándose mayoritariamente en las áreas Económicas Administrativas, Artes, Ingenierías y Ciencias de la Salud. Y si nos centramos en los datos que afectan a la psicología, ubicada a su vez en el área de las Ciencias de la Salud, el número de profesionales ocupados para el 2016 es de 223, 452 (INEGI, 2016).

Por todo lo anterior se puede decir que en México existen más de 220 mil personas que ejercer como psicólogos o al menos poseen las competencias esenciales para desarrollar esta profesión. Pero, ¿cómo se construye la identidad profesional en un país como México y centrándonos en el caso de los psicólogos en formación? Partiendo de esta pregunta básica sabemos a través de investigaciones que el ser profesional no es algo estático ni homogéneo.

Por el contrario, la construcción de la identidad profesional depende del contexto socio cultural en el que se sitúa el profesionista, hasta el punto de que algunos autores recomiendan llevar a cabo un estudio sistemático particular “orientado a identificar las competencias profesionales que constituyen la profesión correspondiente a los respectivos estudios universitarios; deben ser dichas competencias profesionales las que definan las

necesidades formativas, es decir, las que inspiren los contenidos de las materias o asignaturas, y no al revés” (Blas, 1996, p. 89). La necesidad de hacer una revisión sistemática de las competencias profesionales destaca en el campo de la Psicología debido a la variedad de dimensiones que condicionan el ser profesional; el currículum, la relación teoría-práctica, la pluralidad de abordajes teóricos, el grado y tipo de especialización, el contexto social en el que se ejerce la profesión, las regulaciones legales y éticas, la existencia de colegios de profesionales, entre otras (Roe, 2003).

Así, desde la disciplina psicológica se han propuesto diversos modelos para conceptualizar y explicar el desarrollo de las competencias profesionales del psicólogo (Eby, Chin, Rollock, Schwartz, & Worrell, 2011; Fouad et al., 2009; Kaslow et al., 2009). Uno de los más vigentes es el modelo del cubo (Rodolfa et al., 2005), en el que se proponen las competencias fundamentales que refieren al conocimiento, habilidades, actitudes y valores, que sirven como la base para las funciones que son esperadas en la actuación experta del psicólogo (ej. entendimiento de la ética, conciencia y entendimiento de la diversidad individual y cultural, conocimiento de los fundamentos científicos de la psicología), las competencias funcionales que enfatizan las funciones principales que son esperadas en la actuación experta del psicólogo (ej. asesoría, intervención, consultoría, investigación).

Dichos componentes se desarrollan conforme se va avanzando en la formación profesional del psicólogo. Con base en dichos modelos, se vislumbra que la actuación competente del psicólogo está conceptualizada como una integración de diversos componentes; las características personales que el profesional debe poseer, las tareas y demandas sociales a las que debe dar respuesta con la integración de cada componente. Una discusión conceptual que se ha realizado desde este enfoque es concebir la noción de competencia como integral y situacional.

A dicha discusión han contribuido los trabajos francófonos (Masciotra & Medzo, 2009; Perrenoud, 2009) desde los cuales se enfatiza que la competencia no puede ser entendida como una entidad cognitiva descontextualizada, es decir, la persona moviliza diferentes clases de recursos (ej. sociales y materiales) para enfrentar las situaciones que se le presentan.

Así, una competencia está orientada por una finalidad que la determina y una situación que la contextualiza.

La identidad profesional es vista como un despliegue de múltiples imágenes y sentidos que los estudiantes tienen de sí mismos en una comunidad profesional. Interesados en indagar las múltiples imágenes o selves, Ronfeldt & Grossman (2008) analizan cómo estudiantes de psicología clínica negocian la imagen que tienen de ellos mismos como profesionales con la imagen que se refleja en su programa de formación.

Se reporta que los estudiantes encuentran múltiples posibilidades de roles en su preparación profesional de los cuales ellos los viven como contradictorios; de parte de sus profesores, supervisores y compañeros, ellos construyen un repertorio posible de roles que contribuyen a sus identidades profesionales. Las prácticas profesionales les proveen algunas oportunidades de acercarse a experimentar esos posibles roles, un ejemplo son los juegos de roles, en los que los psicólogos tienen la oportunidad de recibir retroalimentación.

La presente investigación parte de una conceptualización de la competencia como integral y situacional, desde una perspectiva socio-cultural. Y tiene por objetivo identificar el desarrollo de las competencias profesionales de estudiantes de psicología a través de su participación en escenarios de práctica profesional.

Los objetivos específicos giraron en torno a lo siguiente: 1) analizar los cambios percibidos en sus competencias profesionales durante su participación en la práctica profesional; 2) indagar los cambios percibidos en sus identidades profesionales como psicólogos.

Cuando pensamos en las trayectorias de formación profesional, más en espiral que como una línea recta, por la que atraviesan los estudiantes para llegar a ser expertos en su profesión, nos remitimos a la idea del conocimiento y su uso para resolver problemas en la práctica. Ciertamente, los expertos conocen más pero también conocen diferencialmente, es decir, ajustan y regulan sus actuaciones a las demandas del contexto. En este sentido, la pericia hace referencia a la capacidad de leer e interpretar el contexto, así como de responder a él con acciones intencionales y específicas (Edwards, 2010).

En consecuencia, cuando los aprendices de psicología conducían sus identidades como terapeutas en la práctica profesional llegaron a concebirse como expertos dentro de ese escenario de práctica. Además, la pericia dentro de un arreglo de prácticas es evidente cuando las personas pueden usar los recursos y organización disponibles dentro de éstas para impulsarse a sí mismos. Esto explica que la formación de la identidad presupone una construcción a lo largo del tiempo de las prácticas en las que los individuos se vuelven participantes activos.

Lo cual tiene resonancia con lo documentado por las investigaciones en identidad profesional (Nyström, 2009; Nyström, Dahlgren, & Dahlgren, 2008) en las que se señala que los estudiantes más avanzados visualizan su desarrollo profesional de forma integrada en todos los contextos en los que participan, es decir, que integran los elementos de su formación y rol profesional a las diferentes esferas de su vida, tales como su contexto familiar, amistades, pareja, entre otros.

De acuerdo con lo reportado en la investigación, los cambios percibidos por los aprendices en sus identidades profesionales apuntalan que al inicio de su participación en el escenario de práctica se veían a sí mismos dependiendo de los recursos mediacionales (ej. notas, guiones de entrevista, apoyo por sus compañeros y la profesora) para resolver los problemas profesionales, es a través de su compromiso y participación activa en el escenario de práctica que hacen un viraje hacia la conducción y auto-regulación de sus actuaciones.

2.2.- Importancia de la enseñanza (teoría) supervisión (entrenamiento) aplicación de la técnica y formación.

La necesidad de actualización. Evitar negligencia o daño al paciente

A continuación el caso representativo en Argentina:

La práctica de la psicología se ha visto convulsionada en los últimos tiempos en la Argentina a partir de casos de gran repercusión mediática en los cuales se puso en duda el accionar profesional.

Hay también sentencias a partir de presuntos abusos en el proceso de transferencia. Pese a que se considera a la psicología una especialidad de bajo riesgo médico-legal, los psicoterapeutas son los profesionales que más utilizan el servicio de asesoramiento médico-legal de NOBLE planteando incidentes y situaciones potencialmente conflictivas.

Es precisamente a partir de esa inquietud que consideramos oportuno abordar el tema. En diciembre de 2003 la Cámara Civil de la Capital Federal condenó a una psicóloga a pagar 28.000 pesos un paciente con quien entabló una relación amorosa. El joven de 19 años había recurrido a ella a través de la cartilla de una prepaga para tratar su adicción a las drogas.

La demandada, pese a la existencia de tal relación, continuó asistiendo profesionalmente al paciente e interrumpía la terapia cuando surgían problemas en el orden afectivo. Finalmente el vínculo se disolvió de manera tortuosa y el joven reclamó el pago de una indemnización por daño psicológico y moral. Si bien en primera instancia la demanda fue rechazada, la Cámara hizo lugar a la pretensión esgrimida por el actor a partir de la existencia de pruebas que demostraron el vínculo afectivo y la relación íntima habitual entre las partes, vedada por el Código de Ética de la Asociación de Psicología de Buenos Aires. Del monto total condenado, 20.000 pesos correspondieron a la indemnización del daño moral y 8.000 pesos fueron destinados a solventar un tratamiento psicológico que recuperara al actor del síndrome depresivo reactivo en el que lo había sumido la confusa vinculación mantenida con la psicoterapeuta.

Más recientemente, en agosto de 2006, otra sala de la misma cámara civil condenó al psicoanalista demandado a restituir a su paciente la suma de 75.000 dólares que el profesional sostuvo haber recibido en concepto de "adelanto de honorarios". La cámara también aplicó una condena por daño moral de 20.000 pesos.

Ocurrió en este caso que al cabo de un extenso tratamiento de 28 años, el profesional obtuvo un préstamo efectuado por la paciente por la suma indicada y cuando la paciente le reclamó el pago de dicho monto sostuvo que la suma recibida no había sido otorgada al título indicado sino como adelanto de honorarios. Ante tal argumento, el Tribunal sostuvo que el invocado adelanto de honorarios había constituido "una verdadera privación ilegítima de la

libertad en el ámbito de los derechos personalísimos, en tanto se priva concretamente al enfermo de su inalienable derecho de interrumpir o abandonar el tratamiento o de acudir a otro profesional". Estos casos son ilustrativos de las particularidades que tiene la responsabilidad profesional del psicólogo. Probablemente en pocos ámbitos como en el de la psicoterapia sea tan difícil establecer los límites entre la deontología y la responsabilidad profesional.

Las diferenciaciones entre la imprudencia, la impericia y la negligencia, elementos distintivos de la culpa y el dolo pueden ser sutiles y abiertas a múltiples interpretaciones. Desde el ámbito asegurador esta distinción no es menor, ya que el dolo está excluido de todas las coberturas de responsabilidad civil.

Por otra parte, para que haya responsabilidad profesional debe poder probarse un daño a la víctima pero, a diferencia de otras especialidades, en la psicología la valoración del mismo es más difícil y subjetiva que en el daño corporal. Esto complica la prueba tanto para quien demanda como para quien defiende.

La mayoría de los problemas legales que enfrentan los psicólogos no se originan en situaciones impredecibles. Más bien sobrevienen de situaciones que pudieron ser evitadas y sobre las que el terapeuta debiera tener excelente control. Los terapeutas suelen encontrarse con abogados en las siguientes situaciones: Relaciones no profesionales con sus pacientes, incluyendo las sexuales. Ruptura de la confidencialidad Conflictos matrimoniales donde se disputa la tenencia de los hijos Suicidios de pacientes, daños producidos por sus pacientes a terceras partes, Conflictos por honorarios, Error de diagnóstico, Error de tratamiento, Falta de derivación o utilización de técnicas para las cuales el psicólogo no está debidamente capacitado. En nuestro país carecemos de datos exactos acerca de la cantidad de psicólogos que han sido demandados. Sólo se conocen algunas sentencias aisladas.

En los Estados Unidos, de acuerdo al informe anual 2003 del organismo oficial al cual se debe denunciar cualquier reclamo de este tipo (National Practitioner Data Bank), más de 1500 psicólogos sufrieron reclamos en la última década. Aproximadamente el 1% de los pagos

resarcitorios en concepto de mala praxis en ese país se originarían en casos que involucran a psicólogos.

2.3.- Características de personalidad que apoyan o dificultan el trabajo clínico

Los psicólogos clínicos utilizan la psicología, el estudio científico de la conducta, para ayudar a personas con distintos problemas de salud mental y física. Sus actividades más importantes son la docencia, la investigación, administración y la consultoría. Los clientes por lo general acuden a un psicólogo clínico, o bien porque son derivados desde el médico o porque hay algunos equipos de salud mental y servicios de psicología a los que se puede acudir directamente. Antes del inicio del tratamiento, los psicólogos clínicos utilizan sus conocimientos en psicología y teoría psicológica para evaluar las necesidades, habilidades y comportamientos del paciente.

Los psicólogos clínicos utilizan sus evaluaciones para ayudarse a identificar:

La naturaleza del problema.

La idoneidad del tratamiento.

El tipo de tratamiento requerido.

La evaluación general conduce al tipo de terapia, asesoramiento o consejo que necesita cada paciente.

Los psicólogos clínicos visitan a los pacientes en distintos entornos. Algunos psicólogos clínicos participan en la gestión y planificación de los servicios de salud. Esto podría incluir la enseñanza en áreas como el diagnóstico psicológico o el control del estrés, o también la supervisión de psicólogos en proceso de formación. Los psicólogos clínicos pueden trabajar en equipo, junto con otros profesionales.

Para ser psicólogo clínico se necesita:

Capacidad investigadora.

Un fuerte interés en la forma de pensar y actuar del ser humano.

Un enfoque lógico y metódico para la resolución de problemas.

Excelentes habilidades interpersonales y de comunicación.

Un enfoque tranquilo y profesional en todo momento.

La capacidad de comunicar los resultados de sus investigaciones, incluso en informes escritos.

Habilidades de trabajo en equipo, para trabajar junto con otros profesionales.

El respeto estricto de la confidencialidad de sus clientes.

Conocimiento de psicología para entender el comportamiento de una manera científica.

También debe ser/estar:

Un buen oyente.

Trabajar de forma lógica y sistemática.

Paciente, objetivo y carente de prejuicios.

Capaz de relacionarse con personas de todas las edades y de todos los entornos sociales.

Capaz de establecer una relación de confianza y constructiva con los clientes.

Comprometido a ayudar a las personas a transformar sus vidas de una manera positiva.

Resistente y capaz de no verse superado por las dificultades con las que se encuentra.

Debe tener las siguientes cualidades de personalidad:

- Actitud positiva.
- Amable.
- Aptitudes para gestionar el tiempo.
- Aptitudes para la comunicación verbal y escrita.
- Aptitudes para la escucha.
- Aptitudes para negociar.
- Aptitudes para redactar informes.
- Bien organizado.
- Capacidad para ganarse la confianza de los demás.
- Capacidad para gestionar carga de trabajo.
- Capacidad para tener en cuenta y entender cómo se sienten las demás personas.
- Capacidad para trabajar en equipo.
- Capaz de interpretar situaciones.

- Capaz de mantener la calma bajo presión.
- Capaz de plantear preguntas con claridad.
- Capaz de plantear preguntas de manera objetiva.
- Capaz de tomar la iniciativa.
- Capaz de tratar con personas agresivas.
- Capaz de tratar con personas difíciles o demandantes.
- Capaz de valorar a las personas y analizar la información que dan.
- Destrezas en informática.
- Discreto.
- Dispuesto a trabajar con varios tipos de personas.
- Educado.
- Empático.
- Enfoque flexible.
- Flexible.
- Habilidad para gestionar conflictos.
- Habilidad para resolver problemas.
- Habilidad para reunir datos.
- Habilidades para la administración.
- Habilidades sociales.
- Mente inquisitiva.
- Meticuloso.
- Metódico.
- No es sentencioso.
- Objetivo.
- Observador.
- Paciente.
- Perseverante.
- Persistente.
- Rapidez de reflejos.
- Resistente.

- Respeto por la confidencialidad del cliente.
- Responsable.
- Responsable.
- Resuelto.
- Se enfrenta a situaciones difíciles.
- Sensato.
- Sentido del humor.
- Tolerante.
- Trabaja en equipo.
- Valora necesidades

2.4.- El quehacer clínico y aspectos éticos en el ejercicio profesional.

El expediente clínico

Una de las principales tareas éticas del psicólogo clínico es tener una evidencia física de su trabajo, normalmente representado en un expediente clínico.

A continuación se expone el modelo básico de expediente psicológico clínico.

INFORME PSICOLÓGICO

I.- DATOS DEL USUARIO.

Nombre: _____ Sexo _____ Edad _____

Fecha y lugar de Nacimiento _____

Estado civil _____ Religión _____ Domicilio _____

Teléfono _____ Remitido por _____

II.- MOTIVO DE LA CONSULTA

III.- PROBLEMA ACTUAL

IV.- ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

- V.- ANTECEDENTES MÉDICO
- VI.- EXAMEN DEL ESTADO MENTAL
- VII.- FAMILIOGRAMA E HISTORIA FAMILIAR
- VIII.- DESARROLLO ESCOLAR/LABORAL
- IX.- DESARROLLO AFECTIVO/ EROTICO-SEXUAL
- X.- DESARROLLO SOCIO CULTURAL
- XI.- PRUEBAS APLICADAS
- XII.- RESULTADOS
- XIII.- IMPRESIÓN DIAGNÓSTICA
- XIV.- SUGERENCIAS
- XV.- ANEXOS

2.5.- Método Clínico y sus pasos. Su aplicación en diferentes modelos teóricos: Psicoanálisis, conductismo, humanismo. Feixas (88-251)

Psicoanálisis

El mayor exponente y creador del paradigma psicoanalítico es Sigmund Freud, quien plantea como hipótesis fundamentales la existencia del inconsciente y la determinación (causalidad) psíquica de los trastornos neuróticos. Freud postula un modelo espacial del aparato psíquico, que en una primera tópica divide a este último en tres sistemas: consciente, preconsciente e inconsciente, para luego (a partir de 1923) [1] plantear un modelo estructural de la psique dividida en tres instancias: el ello el yo y el superyó. Este modelo es también conocido como «segunda tópica freudiana». Ambas tópicas se superponen, es decir, no existe una correspondencia entre estas instancias definidas posteriormente con los sistemas definidos en la primera tópica. Otro aporte teórico relevante del psicoanálisis es la concepción ampliada de la sexualidad humana que incluye una sexualidad infantil, es decir, anterior a la genitalidad adulta. Freud postuló la existencia de un desarrollo psicosexual dividido en tres fases infantiles previas a la sexualidad madura: fase oral, fase anal-sádica y fase fálica.

El objeto de estudio del psicoanálisis es fundamentalmente la exploración del inconsciente, sirviéndose para ello de una técnica de tratamiento cuya regla fundamental es la asociación libre.

Conductismo

Corriente de Psicología que defiende fervientemente la idea del método científico, pues en sí esta escuela es netamente científica y parte gracias a la base Wundt que hace volver a la ciencia al ámbito psicológico. Los mayores exponentes de esta corriente son los señores Pavlov, Watson y Skinner (quienes plantean en conductismo clásico y el operante), esta teoría poseía una visión mecanicista del hombre pues se basa en el concepto de arco reflejo base de Estimulo y respuesta, que es la partida para las teorías básicas de aprendizaje (condicionamiento); ven a la mente como pasiva o sea una conciencia a un nivel más concreto que subjetivo (contrarios la psicoanálisis), el hombre está determinado por el factor del medio que lo rodea, y esto produce estímulos que lo condicionan a determinados actos. Ahora bien este condicionamiento está basado en dos partes el clásico y operante, más la reflexología rusa. Estas Intentan explicar como por medios de estímulos las personas comprenden y aprenden. B.F. Skinner, el mayor exponente del condicionamiento operante, además de los estímulos, planteo la idea de los refuerzos (+) y (-), de igual manera planteo los castigos (+) y (-) en función a la consecuencia de mejora o disminución de X comportamiento del individuo.

Con esto establecemos el objeto de estudio que posee esta escuela, netamente la conducta de los individuos en un ámbito de estímulo y respuesta, pues ven este aspecto porque es medible aquí nuevamente entra en juego lo que es el método científico, pues esto es la conducta netamente observable todo proceso mental, emociones, afecto o derivados no los estudia, pues en si es perceptible solo es ser humano a nivel corpóreo, en síntesis conciencia es casi intocable, pues solo la conciencia consciente es analizable pues se refleja en los actos de las personas.

Ahora sobre la persona y su concepción de enfermedad es que la conducta no adaptativas no se adaptan a la norma de lo social, por eso una de sus frases es "en el aspecto de influencia

social es todo, pues el hombre determinado por el medio", y usar la ideal principal es poder modificar la conducta, o sea la conducta no adaptativa, dentro del rango de normalidad social.

La reflexión obtenida de esta escuela es muy amplia, para entender como son los cimientos de este movimiento sería un personaje catalogado como el contrario de Descartes, me refiero al señor Bacón, quien en sus postulados se puede apreciar una reorganización del método científico y además una aún más cercana a esta corriente el concepto que la ciencia está basada en el estudio del hombre y su entorno, por medio de la observación directa y controlada, netamente es base para un futuro conductual, pues sus teorías son a través del laboratorio (de forma controlada) y a su vez es directa, y cuantificable. En si es agradable la propuesta conductual de cómo el medio siempre ha influido sobre nosotros de una manera u otra, antes de finalizar esta corriente, debo decir que en el día el conductismo tuvo una fusión con las teorías cognitivas y paso a ser "cognitivo conductual", uno de los pioneros de esto fue el señor Bandura y su aprendizaje social "nosotros aprendemos observando a los otros (imitando)", esta unión sirvió para ver el peso de los factores cognitivos en las respuestas, sumado a los estímulos ya previamente nombrados; incluso este método es ocupado de gran forma en la educación.

Pero si nos remontamos desde la era paleolítica, el hombre tenía que arrancar de su medio natural, pues hoy en día es un medio domado en ámbito natural, ahora se mide la preocupación dentro del medio socio-cultural y la repercusión en uno. Como síntesis, aunque sea criticado por sus métodos logro establecer un parámetro científico y de correlación en psicología algo que se estaba perdiendo o adormeciendo, también contribuyó en ver un análisis más palpable del medio social y en el individuo, y reacción que produce el medio sobre las personas ya sea de manera positiva o patológica

Humanismo

Para los psicólogos de la escuela humanista el hombre es psicológicamente distinto de los animales (su concepción psíquica). El Hombre es por naturaleza bueno, además cada hombre, posee una naturaleza específica que le permite elegir mientras adquiere conciencia sobre la

bifurcación entre lo "bueno y lo malo"; además de la naturaleza como raza o sea como a otros hombres, posee una naturaleza individual, que es única e irrepetible. Por ser cada hombre distinto a los demás, como tal debe ser tratado y estudiado de forma particular. Se debe evitar, el uso de esquemas o conceptos preestablecidos, a través de los cuales se puede explicar o interpretar la conducta coincidente de un colectivo, pero en modo alguno, la del individuo como ser diferente que recibe y asimila cada experiencia de una manera típica y personal, porque aunque exista una naturaleza racial como seres humanos, uno es autónomo y aprende según sus patrones.

Hay dos aspectos importantes que se transmitieron a través de la filosofía existencial y que retoma la psicología humanista:

La aceptación de la parte dolorosa de la existencia (la pelea con el dolor conlleva a la angustia, con lo que se produce una reafirmación de que el dolor es malo). Las estructuras sociales son generadoras de enfermedad (la primera de estas estructuras es la familia). Uno de los exponentes de esta escuela el señor Rogers, se centra en el drama de la diada terapéutica (psicólogo-paciente) y parte de la idea de que el individuo tiene dentro de sí mismo recursos suficientes que pueden ser movilizados, con tal que el psicólogo consiga crear un clima adecuado.

Para Maslow la persona progresa al ir superando una serie de necesidades ordenadas jerárquicamente de mayor a menor importancia biológica y de menor a mayor importancia psicológica (la pirámide de Maslow). El hombre se realiza cuando sus necesidades prioritarias llegan a ser las de autorrealización (como son la contemplación de la belleza, la búsqueda de la verdad y el encuentro religioso).

Principios de la Psicología Humanista:

1. El hombre es más que una suma de partes.
2. El hombre es la esencia en un contexto humano.
3. El hombre vive de forma consciente.
4. El hombre se halla en situación de elegir.

5. El hombre es un ser orientado hacia una meta.

6. El hombre no es sólo un ser.

2.6.- La entrevista fundamental de la psicología clínica.

La entrevista clínica es el proceso de comunicación que se produce entre médico y paciente, dentro del desarrollo de su profesión. La comunicación es la interrelación que se produce entre al menos dos personas que intercambian mensajes y consiguen hacerse conscientes recíprocamente de sus sentimientos e ideas, por medio de expresiones verbales y no verbales. El objetivo de la entrevista clínica es la atención del paciente para solucionar un problema de salud. Para alcanzar este objetivo se debe crear una buena relación profesional sanitario-paciente donde el médico o el/la enfermero/a debe aplicar sus conocimientos técnicos y su humanidad, y el paciente su confianza.

Es importante la participación del entrevistador en el tipo, calidad y destino de la relación con el entrevistado, por lo que se debería tener cualidades o actitudes necesarias, como: "sentido de humor, habilidad y juicio intelectual superiores, originalidad y variedad de recursos" (Wolff, 1970).

Son tres Etapas en la entrevista:

Etapas de contacto o "Rapport". Es para que el paciente se sienta más a gusto y seguro. Corresponde al inicio de la entrevista, es la apertura de la relación profesional terapeuta-paciente, donde la principal herramienta es el entendimiento.

Etapas de desarrollo o "Cima". Llegar a donde queremos llegar pero que el paciente esté totalmente relajado. Donde se trata la problemática.

Etapas de despedida o "cierre". Crear un espacio de tiempo para resumir todo lo que ha sucedido en la entrevista, aclarar dudas o planificar futuras entrevistas. Donde vamos preparando al paciente para terminar sesión.

2.6.1.- Importancia de la observación en la práctica clínica.

La observación del comportamiento es una de las estrategias más flexibles del método científico en la cual se pretende describir, codificar, cuantificar y analizar el comportamiento que se quiere evaluar. Para que este proceso tenga validez se ha de realizar de manera estructurada y siguiendo una serie de fases.

Tipos de observación.

Observación pasiva | Observación activa.

La observación pasiva es de carácter exploratorio en la que de momento no hay ninguna hipótesis planteada y el control externo es mínimo. Mientras, la observación activa supone la recogida más amplia de datos con un grado de control externo elevado y el planteamiento de una posible hipótesis.

Observación según el grado de participación del observador.

El observador no tiene porqué ser el propio investigador, ya que solo se limita a la recogida de los datos. Según esto podemos diferenciar entre:

Observación no participante: No hay relación entre el observador y el observado, incluso ni que se conozcan físicamente hablando.

Observación participante: Existe una iniciativa del observador sobre el observado, como sucede en una entrevista pero tratando de evitar que colisione con la ausencia de reactividad.

Participación/observación: El observado y observador pertenecen a un mismo grupo natural. Es cuando la realiza un miembro de la familia o un profesor con sus alumnos. Tiene cierto sesgo de expectativa pero disminuye la reactividad y tiene una mayor accesibilidad al sujeto a observar.

Auto observación: El observado y el observador son la misma persona.

Observación según los niveles de respuesta.

Conducta no verbal: expresiones faciales, conducta gestual, conducta postural.

Conducta espacial o próxemica: desplazamientos, ubicación, distancia.

Conducta vocal o extralingüística: los sonidos que emite el observado contienen también información.

Conducta verbal o lingüística: el mensaje que reproduce el observado, siendo esto lo que más variedad de estudio supone.

Observación directa | Observación indirecta.

Esta diferenciación se basa en la observabilidad de las conductas a estudiar. En el caso de la observación directa tienen que ser conductas que nuestros sentidos puedan percibir. En el caso de la observación indirecta se implican diferentes tipos de información. Se trata de distinguir entre las conductas manifiestas y las que no lo son. En la observación directa permite el registro en vivo de conductas perceptibles, predominantes sobre la interpretación. En la observación indirecta la carga interpretativa es mayor para encontrar las conductas encubiertas.

2.6.2.- La entrevista: Su importancia en los diferentes campos de la psicología

El instrumento por excelencia utilizado en cualquier área de trabajo donde se desenvuelva el psicólogo, es la entrevista. Con los conocimientos previos y un poco de experticia, logramos ahondar de manera exhaustiva en la psique del sujeto, con el único propósito de conocerlo y recabar la mayor cantidad de información que necesitamos según sea el propósito. La entrevista es un instrumento especializado, sustentado en la interacción humana, diseñado para la recolección de información relevante, mediante la interacción entre un entrevistador y una persona o un grupo humano con la finalidad de alcanzar uno o varios objetivos específicos. Dialogar para saber, es la esencia de la entrevista.

Según sea el fin que se persigue al realizarla se puede categorizar de la siguiente manera:

Entrevista de investigación

Su objetivo es recolectar información pertinente para responder una pregunta de investigación, ya sea en investigación cuantitativa o cualitativa; se conduce en función del paradigma de investigación usado.

Entrevista psicopedagógica o psicoeducativa

Se aplica para determinar las posibles interferencias en el proceso de enseñanza aprendizaje, además de localizar sus causas e influir en su solución.

Entrevista de orientación vocacional

Su fin es asesorar a un sujeto en la elección de un empleo, escuela o carrera en función de sus características personales: aptitudes, intereses, tipos de inteligencia, estilo de aprendizaje, etc.

Entrevista clínica

Su objetivo es conocer el funcionamiento de la personalidad de un sujeto: sus motivaciones, frustraciones y dinámica. Puede ser diagnóstica, terapéutica y de asesoría.

Entrevista laboral

Se aplica para conocer las características de un candidato a un puesto laboral para elegir al más idóneo. Puede ser de selección, ajuste o salida.

Entrevista forense

Se aplica para conocer la versión de personas imputadas, testigos y/o consultores expertos en eventos de corte criminológico y judicial.

La entrevista también puede variar según su estructura, podemos trabajar con libretos muy bien definidos y rígidos o por el contrario, podemos ir jugando con el guión e improvisando según se vaya desarrollando la sesión y la dinámica con el entrevistado.

La entrevista puede ser estructurada. Aquí el entrevistador se presenta con un cuestionario bien estructurado, que el entrevistado debe responder; el entrevistador se ciñe fielmente al cuestionario y no pregunta nada fuera de él.

Entrevista semi-estructurada. En esta modalidad, si bien el entrevistador lleva un guión de preguntas básicas, tiene la libertad de cuestionar al entrevistado sobre aquellos temas que le interesen, o bien omitir algunos tópicos de acuerdo a su criterio.

En la entrevista no estructurada, existe la flexibilidad de adaptarla a las características psicológicas del entrevistado, avanzando o retrocediendo en función de su propósito. Se le llama abierta por esta característica de no seguir un guión. El entrevistador no propone temas ni hace sugerencias y el entrevistado puede sentirse con la libertad de tratar, desde su propio punto de vista, los temas que le son más relevantes.

Podemos mencionar también la entrevista tipo panel. En ella un entrevistador hace una serie de preguntas iguales a un grupo de entrevistados para conocer sus distintas opiniones. Del mismo modo el formato puede variarse cuando un grupo de entrevistadores entrevistan a una sola persona.

Procesos psicológicos que aparecen en la entrevista

Con anterioridad se habló de la Resistencia. En toda entrevista aparecen procesos psicológicos como consecuencia de la interacción humana, los entrevistadores y los entrevistados revelan de manera no siempre consciente ni voluntaria, algunos elementos de su personalidad que arrojan datos pertinentes para la entrevista. Sin embargo, algunos de estos elementos pueden bloquear o de plano sabotear el proceso, en ello radica la importancia del abordaje didáctico durante la misma.

Uno de los factores presentes en la dinámica de la entrevista es la Resistencia, la cual no es más que una “fuerza” en el entrevistado que se opone a aquello que se busca durante el intercambio, puede oponerse a revelar información, a aceptar un punto de vista, a cambiar su actitud, a aceptar una sugerencia, a cambiar un modo de vida, o aceptar una verdad acerca de su comportamiento. Puede ser consciente, inconsciente o preconscious y se manifiesta a través de actos, expresiones, posturas, silencios, emociones, actitudes, ideas, impulsos, pensamientos y fantasías.

La resistencia tiene funciones defensivas en la personalidad del entrevistado, mantiene y defiende un estado de equilibrio y de comodidad del sujeto. Puede bloquear o sabotear el proceso de obtención de información, por ello es necesario que todo entrevistador se capacite en enfrentarlas, analizarlas o eludir las en función del objetivo que persiga en la entrevista, ya que como lo hemos mencionado anteriormente, el fin de la entrevista es obtener la mayor cantidad de información posible.

La Transferencia es el otro proceso psicológico a través del cual una persona inconscientemente transfiere y reactiva, en sus relaciones interpersonales y sociales nuevas, sus antiguos sentimientos, afectos, expectativas o deseos reprimidos o no resueltos. Se trata de afectos que pueden haber estado orientados originariamente hacia los padres, los hermanos, maestros u otras personas significativas en la infancia y que en la vida adulta mantienen su presencia y su efectividad psíquica, siendo por tanto posible transferirlos a relaciones actuales.

Tanto entrevistado como entrevistador están expuestos al desarrollo de tales sentimientos; a estas emociones y afectos que se establecen transferencialmente en el entrevistador y orientados al entrevistado se les llama contratrtransferencias.

La entrevista es realmente una herramienta importante para el Psicólogo. En la parte II de nuestro artículo, abordaremos otros procesos psicológicos que debemos conocer al realizar una entrevista, hablaremos sobre la comunicación y algunas técnicas y estrategias de interés para un efectivo desarrollo de la sesión de entrevista.

2.6.3.- Definición, clasificación, objetivos, el entrevistado, el entrevistador, su relación

Las tres características que todo psicoterapeuta debería tener a la hora de relacionarse con un paciente son empatía, aceptación incondicional y autenticidad. Más allá de las técnicas

psicológicas que se apliquen y del método que se siga, la psicoterapia siempre implica una relación profunda con otra persona, un vínculo que tiene un poder sanador en sí mismo. De hecho, a lo largo de los últimos años se han realizado numerosos estudios cuyo objetivo era evaluar la eficacia de los diferentes enfoques psicoterapéuticos y la mayoría de ellos han llegado a la conclusión de que gran parte del poder sanador de la psicoterapia radica en el vínculo que el psicólogo establece con el paciente.

En realidad, este resultado no es sorprendente, ya que la psicoterapia es, básicamente, un proceso en el cual el psicoterapeuta acompaña a la persona a lo largo de un camino que le lleva a solucionar sus conflictos y desarrollar la autonomía emocional. Cuando no se establece un vínculo adecuado, la persona se sentirá insegura y el psicoterapeuta (y por lo tanto también el paciente) no podrá avanzar en la terapia. Al contrario, cuando se establece un vínculo sano que potencia la sensación de seguridad, el paciente se sentirá aceptado, confiará en el psicoterapeuta y bajará las barreras defensivas.

Más allá de la empatía: La sintonía

Las personas experimentamos una necesidad natural de relacionarnos con los demás porque a través de estas interacciones nos construimos, adquirimos determinadas habilidades y desarrollamos la imagen que tenemos de nosotros mismos. Mediante estas relaciones establecemos vínculos afectivos, pero hay ocasiones en que esos lazos no nos satisfacen, sino que generan sentimientos de malestar y frustración. En esos casos, mientras peor sea la calidad de nuestras relaciones, más necesidad de afecto tendremos; lo cual nos sumerge en un círculo vicioso muy dañino que puede conducirnos a la dependencia emocional.

El vínculo que se establece con el terapeuta rompe este círculo vicioso porque proporciona la cantidad de protección, confianza y seguridad necesarios como para que la persona desarrolle su autonomía emocional. Este vínculo se va consolidando en cada sesión y se basa en la confianza mutua. No obstante, para lograr este tipo de relación es imprescindible que el terapeuta sea capaz de sintonizar con la persona. La sintonía implica la existencia de la empatía, pero va un paso más allá. De hecho, la capacidad de identificarse con las necesidades

y sentimientos del paciente no es suficiente en la psicoterapia, es necesario que el psicoterapeuta o psicólogo sea capaz de comunicar esa empatía, no solo a través de las palabras sino también mediante su lenguaje no verbal. Solo entonces tiene lugar la sintonía, que no es más que la capacidad de unirse plenamente con el paciente durante el tiempo que dure la terapia psicológica. Cuando la sintonía se consolida, la persona puede llegar a conectar con algunas partes de sí que daba por desaparecidas o que no expresaba por miedo al rechazo. Una vez que el paciente se siente seguro y confía plenamente en el psicoterapeuta, elimina las defensas y logra ventilar emociones y/o experiencias que son importantes para el proceso de sanación.

¿Cómo se crea un vínculo sanador entre psicoterapeuta y paciente?

Cada persona demanda un tipo de interacción diferente, por lo que el secreto para establecer una relación que conduzca a la resolución del problema radica en saber adaptarse a las necesidades del paciente. No obstante, en sentido general, el psicoterapeuta debe ser capaz de validar las experiencias, pensamientos y emociones de la persona, haciéndole sentir que es plenamente aceptado.

El psicoterapeuta no asume el rol del juez, sino que debe figurar como un acompañante incondicional. Cuando la persona se siente aceptada, no solo comienza a conectar con el terapeuta, sino que empieza a aceptar esos deseos, necesidades y/o problemas que antes negaba. En este punto comienza la verdadera resolución del conflicto.

Obviamente, el psicólogo o psicoterapeuta no se limita a ser empático y sintonizar con el paciente, al ser alguien ajeno a la problemática, aporta una visión más objetiva. Por tanto, el psicoterapeuta no solo conecta emocionalmente con la persona sino que, a la misma vez, mantiene la distancia necesaria para poder ayudarlo. Siente empatía y comprende sus emociones, pero aun así, no permite que estas le embarguen, por lo que puede reaccionar de una manera más adaptativa e indicarle la vía más adecuada para resolver sus problemas.

La psicoterapia como experiencia emocional correctiva

Nuestros afectos y nuestra vida emocional se van construyendo a través de las relaciones con los demás. Nuestra autoestima se asienta en la estima que nos han mostrado las personas con las que nos hemos vinculado, y nuestra seguridad en la protección que nos han proporcionado. Si en nuestra infancia hemos tenido algún déficit en este sentido probablemente arrastremos esas carencias de adultos.

La psicoterapia constituye una segunda oportunidad de establecer un vínculo sano con una persona de referencia en nuestra vida, supone por lo tanto una oportunidad de aprender a valorarnos y a sentirnos seguros en el mundo. A través del vínculo con nuestro psicoterapeuta sanamos de alguna forma los vínculos que no se han establecido de manera adecuada en el pasado.

El vínculo entre psicoterapeuta y paciente, constituye por lo tanto, una experiencia emocional correctiva, tal y cómo propuso Alexander, es decir, “una forma de estar con el otro” que es en sí misma reparadora a nivel emocional

2.6.4.- Entrevista psicológica e Historia clínica

I. Estructura de la entrevista

Apoyándose en la teoría de la praxis la entrevista clínica inicial se compone de las siguientes partes:

1. Recepción y saludo. –Duración de 5 a 20 segundos–
2. Datos básicos y establecimiento de empatía o rapport –Duración de 2 a 3 minutos–
3. Psicodrama: ¿Con cuántas personas vive? De cada una tomar los siguientes datos:
 - Nombre propio (sin apellidos)
 - Parentesco
 - Edad
 - Ocupación
 - Escolaridad

•Carácter o manera de ser (en dos o tres palabras) –Duración de 2 a 4 minutos–

4. Motivo de la consulta: ¿Qué es lo que le decidió a venir con un psicólogo?

–Duración menos de 3 minutos–

5. Exploración del cuadro clínico (síntomas o preocupaciones: inicio, intensidad, precisión semántica o cualitativa, duración, frecuencia, asociación con acontecimientos o situaciones) –

Duración entre 3 y 10 minutos–

6. Historia directa de la dinámica del cuadro clínico (antecedentes, evolución de las relaciones en conflicto desde su origen, búsqueda de las dinámicas que provocaron directamente el cuadro clínico anterior). –Duración entre 5 y 15 minutos–

7. Historia general o contexto de vida.

a) Exploración de etapas generales de la vida buscando elementos relacionados con el cuadro clínico: primera infancia (0 a 6 años); segunda infancia (6 a 12 años); adolescencia (12 hasta independencia económica si la hay); adultez joven (hasta los 40 años); adultez madura (40 a 65-70 años); senectud (más de 70 años). –Duración entre 10 y 20 minutos–

b) Exploración del significado dinámico-casual de etapas especiales: cambios de casa, matrimonio, primer hijo, cambios de trabajo, pérdidas o ganancias emocionales importantes, etc. –Duración entre 10 y 20 minutos–

c) Exploración muy general de la historia de los padres o sus equivalentes.

–Duración entre 5 minutos–

8. Explicación de conclusiones al paciente:

a) Cuáles son las causas evidentes de su problemática

b) Cuáles son factores hipotéticos que intervienen en la problemática

c) Cuáles son los elementos favorables desarrollados por el paciente que copensan los factores negativos

d) Qué elementos de la dinámica de vida del paciente han sido o pueden ser positivos para la salud mental del paciente

e) Retroalimentaciones del paciente y aclaraciones de sus dudas–Duración 5 a 15 minutos–

9. Explicación de pronósticos probable a partir de la dinámica de vida actual

- a) Sin ayuda profesional terapéutica
- b) Con ayuda profesional terapéutica
- c) Retroalimentaciones y aclaraciones de dudas del paciente.

–Duración entre 5 y 10 minutos–

10. Generación de 2 a 6 propósitos inmediatos por escrito

–Duración entre 2 y 5 minutos–

11. Despedida y cobro de honorarios (1 o 2 minutos)

Total de duración mínima: 54 minutos

Total de duración máxima: 110 minutos (1 hora, 50 minutos)

Duración promedio: 1 hora 22 minutos.

Las duraciones son indicativas y no prescriptivas, por lo que pueden variar en cada caso.

II. Características de un buen entrevistador clínico

- 1. Su voz es serena, audible y segura.
- 2. Su posición corporal refleja seguridad, profesionalismo y serenidad.
- 3. Sus movimientos son seguros, profesionales y serenos.
- 4. Establece rapport o empatía con naturalidad y agilidad en forma oportuna.
- 5. Mantiene contacto visual con el paciente más del 80% del tiempo, sobre todo al principio de la entrevista.
- 6. Toma los datos básicos completos, con precisión y agilidad.
- 7. Recaba con precisión y agilidad, en forma horizontal, el psicodrama.
- 8. Pregunta con naturalidad y precisión qué es lo que hizo que el paciente decidiera acudir a consulta psicológica.
- 9. Evitar hacer preguntas sugeridas.
- 10. Evitar repetir preguntas que ya han sido respondidas.
- 11. Razona sus preguntas pero no titubea o genera silencios prolongados.
- 12. Se expresa con precisión y lenguaje accesible para el paciente.
- 13. Promueve que el paciente se exprese suficientemente en sus respuestas.
- 14. Se muestra comprensivo de los sentimientos, pensamientos y acciones del paciente.

15. Evita refutar agresivamente u ofender al paciente.
16. Evita con habilidad y prudencia que el paciente se extienda innecesariamente.
17. Mantiene el control y ritmo de la entrevista (evita que el paciente sea el que determine unilateralmente los puntos a tocar, que salte de uno a otro, o se extienda demasiado).
18. Aprovecha el tiempo recabando información sin perder serenidad y naturalidad.
19. Después de preguntar el motivo de la consulta, sus preguntas son lógicas para explorar factores hipotéticos que podrían intervenir directa o indirectamente en el cuadro sintomático, considerando también los Criterios de Salud Mental.
20. Hace preguntas sistemáticas procurando abordar en forma concreta (pide corregir los discursos abstractos o generales) las experiencias del paciente en una etapa/aspecto de su vida.
21. Muestra sistematicidad para abordar las áreas y etapas de la vida del paciente según el grado de cercanía o pertinencia al cuadro sintomatológico.
22. Explora sistemáticamente la presencia de factores físico-biológicos que puedan estar participando en el cuadro de síntomas.
23. No preguntar aspectos de la vida íntima de los pacientes que no sean realmente necesarios para la comprensión del caso.
24. Retroalimenta o consolida las expresiones verbales espontáneas del paciente que significan ideas o propósitos activos para superar la dinámica que mantiene el cuadro clínico.
25. No adelanta recomendaciones, consejos o propuestas que no se basen en una exploración clínica suficiente.
26. Explica claramente al paciente las conclusiones a que ha llegado al final de la entrevista.
27. Explica la perspectiva que el caso tendría sin el apoyo psicoterapéutico.
28. Explica la perspectiva el caso puede tener con apoyo psicoterapéutico, en qué consistirá, y cuánto puede durar aproximadamente.
29. Orienta al paciente sobre posibilidades físicas, médicas, legales, educativas, tecnológicas, sociales y económicas que puedan ser de ayuda en su caso.
30. Evita dar consejos voluntariosos o moralistas (“cornejismo”).
31. Evita hacer sentir culpable, tonto o irresponsable al paciente.

32. Propone al paciente una lista escrita de 2 a 6 propósitos accesibles a realizar en el plazo inmediato para iniciar el cambio en la dinámica de vida del paciente que presuntamente está generando el cuadro sintomatológico.
33. En común acuerdo con el paciente establece la fecha y hora de la siguiente cita.
34. Realiza una despedida al mismo tiempo cálida, motivadora y profesional.

Unidad 3

LA EVALUACIÓN DE LA PERSONALIDAD Y EL PSICODIAGNÓSTICO

3.1.- Diferencia entre evaluación y psicodiagnóstico de la personalidad. Clasificación, limitaciones y objetivos.

EL PSICODIAGNÓSTICO, EL DIAGNÓSTICO Y LA EVALUACIÓN IMPORTANCIA Y ACTUALIDAD

AUTORA: DRA. LILIANA SCHWARTZ DE SCAFATI

En la Psicología, como en cualquier otra disciplina científica, se hace necesario en principio y antecediendo a cualquier actividad, realizar tareas de evaluación en un sentido amplio. Queremos decir con ello que no podemos planificar, ni realizar ninguna acción, sin antes haber sopesado las condiciones iniciales de la situación en la que hay que intervenir, ya sea en el campo individual, grupal o institucional.

Por ello necesitamos en principio, aclarar los alcances de los términos que figuran en el título, a saber: Evaluación – Diagnóstico y Psicodiagnóstico.

Por Evaluación entendemos cualquier actividad que implique “medir de alguna manera” (cualitativa o cuantitativamente) ciertas características del individuo, o la organización y eficacia de una institución (en sus aspectos programáticos y organizacionales). Si nos centramos en los otros dos términos: Diagnóstico y Psicodiagnóstico, diremos que el Diagnóstico es un término general, que es pertinente a todas las disciplinas y que quiere decir, dar cuenta de una situación en sus peculiaridades, generalidades y diferencias, mientras que Psicodiagnóstico es el Diagnóstico que corresponde a la Psicología.

Si la Evaluación y el Diagnóstico son actividades generales que encaran desde di-versos ángulos todas las disciplinas, o sea evaluando y diagnosticando situaciones (diferenciando y delimitando), el Psicodiagnóstico es la actividad que por antonomasia corresponde al quehacer del Psicólogo, cuando su actividad se centra en el sujeto que deberá ser objeto de su conocimiento. Y es por haberse comprendido la necesidad de esta actividad, que aumenta día a día la demanda de este proceso, cualquiera sea su ámbito de aplicación: Clínico, Laboral, Forense o Educativo. Pero ¿qué es lo que se ha comprendido? Se ha comprendido que no podemos orientar, planificar acciones educativas y/o terapéuticas sin partir de la especificación y clarificación del/los sujeto/s sobre quien se va a encarar una labor, pues caeríamos en una grave falencia ética de resultados iatrogénicos. Lo mismo ocurre con los otros quehaceres psicológicos, como en el campo laboral, en cuanto a la selección del sujeto a las condiciones laborales, o la adecuación de las tareas laborales al sujeto, para prevenir efectos tan letales como el burn out y otras cuestiones deletéreas, que podrían ser causantes de desajustes que pasan desde lo individual, a lo institucional o social.

Por último, el otro gran campo de la Psicología y el Psicodiagnóstico, se refiere a la actividad relacionada con lo forense, donde la tarea del Psicodiagnóstico es de orden ineludible, ya que se necesita de éste para determinar nada menos, que el des-tino de un ser humano en cuanto a su culpabilidad o no (en el orden penal) y/o su inserción socio-familiar (en el fuero civil).

A lo cual debemos agregar el área de la producción de conocimientos de la Investigación, donde el Psicodiagnóstico (Diagnóstico en sentido restringido al quehacer psicológico) y la Evaluación, es el área central sobre la cual se construirán las decisiones de Investigación, ya que deben comenzarse dando cuenta de un estado de situación investigada (individual, colectiva o institucional) a los efectos de construir o probar en la empírea, las hipótesis teóricas que deberemos demostrar o sostener. Hipótesis que, al justificarse o probarse, permiten el desarrollo y acrecentamiento de las Teorías y/o Estrategias Técnicas adecuadas. En pocas palabras, y con la brevedad que requiere un artículo periodístico, creo haber demarcado la necesidad e importancia de esta particular actividad de la Psicología, a través de

la cual se desarrollarán todas las intervenciones y planificaciones que contribuyen a la Salud Mental de los individuos en sociedad.

Es por todo lo expuesto que los Psicólogos debemos tender a especializarnos, ya que debemos responder eficientemente a las demandas que los distintos campos institucionales nos solicitan. Demandas que para ser cumplimentadas con solvencia profesional, nos exigen un proceso de actualización constante. El Psicodiagnóstico es la tarea de los Psicólogos, es su “núcleo duro”, y sólo des-de allí, es que podemos justificar un accionar psicológico de excelencia. Por último, es necesario recordar a la comunidad en general y a los profesionales en particular, que esta actividad, el Psicodiagnóstico, es de incumbencia exclusiva de nuestra Profesión. Sólo los Psicólogos estamos formados y autorizados por ley para realizar un Psicodiagnóstico. Es tarea de los Psicólogos la defensa y cuidado de esta actividad, para que la misma no sea encarada por profesionales no autorizados, ni formados, pues de su accionar sólo se obtendrán falacias científicas, ausencia de ética y trasgresión de la legalidad vigente.

3.2.- Las pruebas estructuradas y la evaluación de la personalidad

En los cuestionarios de personalidad se plantean una serie de preguntas o afirmaciones que han de responder los sujetos. Así, a través de sus respuestas se trata de extraer los principales rasgos de personalidad y carácter de esos sujetos. Es decir, no hay contestaciones correctas o incorrectas. Sino que simplemente reflejan cómo es el candidato, cuál es su forma de comportarse, su manera de pensar o de afrontar distintas situaciones.

Los elementos que contiene un cuestionario no tienen por qué estar ordenados o graduados, sino que cada ítem puede ser interpretado de manera individual.

Existen dos tipos:

Generales: tratan de definir las características de las personas fuera del ámbito clínico. Es decir, están diseñados para conocer perfiles de personalidad. Se pueden aplicar en numerosos campos.

Clínicos: están orientados a determinar características patológicas de las personas en el ámbito clínico. Están diseñados para identificar los factores que hacen que alguien se encuentre en niveles superiores o inferiores a lo considerado como normal y, por tanto, le hacen estar desadaptado.

Pruebas objetivas

Las pruebas objetivas suelen ser las herramientas más utilizadas para evaluar la personalidad, junto con las pruebas proyectivas. Permiten evaluar distintos aspectos: conocimientos, capacidades, actitudes, inteligencia, etc. No suelen tener límite de tiempo para su realización y en ellas, se hacen preguntas o se explican diferentes situaciones a la persona para que responda qué haría de forma personal y sincera. En este tipo de pruebas tampoco hay respuestas correctas e incorrectas.

Las pruebas objetivas son muy empleadas para la evaluación diagnóstica y se aplican frecuentemente en el ámbito escolar.

Existen a su vez dos tipos:

Inventarios: son hojas que contienen numerosas preguntas que miden variables de personalidad. Muestran la conformidad o disconformidad de los sujetos con los enunciados. Pueden administrarse a un número grande de personas. Algunos de los más representativos son el MMPI, el I6-PF, NEO-PI-R.

Otras pruebas, como los indicadores de la personalidad. Suelen ser complementarias a los inventarios. Son, por ejemplo, medidas del comportamiento expresivo (forma de andar, hablar, escribir...), variables fisiológicas (tasa cardíaca, tiempos de reacción...) o pruebas de rendimiento (resolución de problemas, suma de números, definiciones...).

Las ventajas de usar estas pruebas son evitar una tendencia de respuesta (responder siempre la “B”) o la deseabilidad social (contestar lo considerado como aceptable socialmente). También son resistentes a la falsificación.

Pruebas proyectivas

Este tipo de pruebas tienen que estar supervisadas por el terapeuta, porque requieren de mucha formación y aprendizaje. Normalmente, se usan para saber cómo el entrevistado ve, enfoca y maneja la realidad. Tal y como su nombre indica, son aquellas pruebas que sirven para que la persona proyecte rasgos de su personalidad. Por lo tanto, van acorde a lo que cada persona lleva dentro.

Son pruebas de evaluación abierta, poco estructurada y muy fiable. Consisten en suministrar pocas y breves instrucciones a la persona, a partir de las que ella deberá libremente actuar. Así, casi sin ser consciente, va mostrando sus rasgos. Sus respuestas son manifestaciones de su estructura y dinámica interna de personalidad.

Tipos de pruebas subjetivas

Completar frases comenzadas: La persona debe terminar frases que se le presenta. De esta manera, proporciona información de su temperamento en una situación concreta.

Describir manchas de tinta: la más conocida es la desarrollada por Hermann Rorschach. Son 10 láminas, 5 de tinta negra y 5 de color. La interpretación que hace el profesional se fundamenta en la idea de que la organización de la estructura perceptiva del paciente manifiesta una proyección de su estructura de la personalidad.

Tareas de dibujo: se le pide a la persona que dibuje algo de forma libre. La manera de evaluar la personalidad está basada en las características formales del dibujo, tales como la inclinación del papel, intensidad del trazo, tamaño, estructura, color, posición. El más conocido es el formato de Buck (test del árbol, la persona y la casa). Con niños se suele emplear el test de la figura humana de Elizabeth Koppiz. Elaboración de relatos: consiste en redactar o narrar

un relato libre. Uno de los más utilizados ha sido el TAT (Test de Apercepción Temática) de Murray, 31 láminas a través de las que la persona debe contar un relato. Como vemos, existen múltiples maneras de evaluar la personalidad con sus diferentes factores, rasgos y variables. Los profesionales han de conocer cuál es la técnica más adecuada en cada caso y tener en cuenta las diferencias individuales de cada sujeto.

Reflexión final: En constante cambio

A pesar de las múltiples herramientas para evaluar la personalidad debemos tener en cuenta que no somos estáticos. El resultado de un cuestionario no indica que seamos de una forma única e inamovible. Si con veinte años éramos tímidos, con 30 años hemos podido dejar de serlo. Lo que ayer dio un resultado, hoy puede dar otro.

Muchas personas tienen la creencia de que su forma de ser es y será la misma durante toda su vida. Sin embargo, la realidad muestra que esto no es así. Por ello, cuando se someten a alguna evaluación psicológica se agarran al resultado y ya se cuelga una u otra etiqueta. Es por esto, que es importante señalar que el resultado de evaluar la personalidad es algo puntual y sujeta a cambio con el tiempo.

3.3.- Las pruebas proyectivas y su importancia para conocer la dinámica de la personalidad

Como ya sabemos, los test proyectivos son una de las herramientas más interesantes que nos podemos utilizar en la fase de psicodiagnóstico en clínica.

Test proyectivos:

A pesar de que algunos de ellos también se utilizan en un ámbito laboral – recursos humanos y selección de empleados –, estos test suelen estar destinados a un ambiente clínico puesto que forman parte del psicodiagnóstico, es decir, sus resultados forman parte de un diagnóstico clínico. Los test proyectivos podríamos definirlos como unos test en los que el sujeto o paciente puede proyectar tanto elementos de su personalidad como conflictos inconscientes que le pueden resultar desconocidos y, a su vez, proyecta elementos conscientes sobre sí mismo pero de forma inconsciente.

Dicho de otra manera, los test proyectivos se caracterizan porque se le presenta al sujeto un estímulo no estructurado (las manchas del test de Rorschach) o se le pide que realice una tarea creativa (un dibujo y la creación de una historia).

Esa falta de estructuración hace que el sujeto proyecte su propia interpretación sobre lo solicitado, que muestre algo que ha creado por sí solo y que está más liberado de las defensas que pueden aparecer ante test más estructurados, que serían aquellos donde uno va marcando la casilla con la que se siente más identificado y donde puede aparecer la necesidad de marcar aquello que uno considera que es la respuesta deseable.

El hecho de que los test proyectivos tengan como objetivo conocer los aspectos más inconscientes de una persona, suele asociarse más a una orientación psicoanalítica, aunque se utilizan en diversas orientaciones psicológicas. Con los resultados de estos test proyectivos uno puede conocer qué tipo de estructura psíquica tiene el paciente, por lo que también se puede prever qué tipo de trabajo terapéutico va a ser el más adecuado junto con el pronóstico.

Tipos de test proyectivos

Dentro del amplio mundo de los test, nos encontramos con la sección de los test proyectivos y estos, a su vez, se subdividen en dos tipos: verbales o gráficos. Ambos tipos de test nos permitirán conocer elementos inconscientes porque en esta creatividad y sentir, el sujeto está poniendo elementos de su propia existencia.

Test proyectivos verbales

Los test proyectivos verbales, también conocido como técnicas proyectivas verbales, se caracterizan por la presentación de estímulos ambiguos que requieren de respuestas verbales y éstas pueden ser ilimitadas.

Dentro de este tipo de test nos encontramos con una clasificación en función de la edad del sujeto, presentando láminas que pueden estar adaptadas para la edad del mismo. En ambas se solicita al sujeto que describa lo que ve o tiene que inventar una historia.

Un ejemplo sencillo, el TAT – Test de Apercepción Temática – sería para adultos, mientras que el CAT – Test de Apercepción Infantil – sería para niños.

En gran parte de estos test proyectivos al participante se le muestra una imagen ambigua, es decir, que puede ser interpretada de varias maneras y es ahí donde cada uno pone parte de sí mismo, de qué es lo que ve y qué le hace sentir.

Se le pide que dé la primera respuesta que le viene a la mente. De acuerdo con la teoría al proporcionar un estímulo poco claro a la persona se le puede incitar a definir cuestiones que tienen soterradas de forma inconsciente.

Tests proyectivos gráficos:

A grandes rasgos, podemos decir que los test proyectivos gráficos consisten en solicitarle al sujeto que dibuje algo (una persona, una casa, un árbol, una pareja...) de la manera que él quiera, indicando que no se va a evaluar la calidad del dibujo sino lo que se expresa en él.

Los test proyectivos gráficos son muy utilizados en ámbitos de psicología clínica, educativa y laboral. Se podría aplicar a grupos pero se estaría perdiendo parte de la información que puede resultar interesante para su interpretación, todo depende de qué es lo que realmente se esté buscando en el test.

A su vez, estos test pueden aplicarse tanto a adultos como a niños, en todos los casos va a brindar información muy interesante.

3.4.- Las pruebas psicológicas más empleadas en México. Estado actual de la investigación en psicodiagnóstico.

Los test psicométricos atemorizan a casi cualquier profesional dado que cientos de reclutadores los utilizan como una herramienta para conocer si el perfil del candidato aplica a la vacante de empleo o para otros procesos psicoterapéuticos.

Especialistas laborales explican que para esta clase de test no es posible estudiar, debido a que no existen respuestas correctas o incorrectas, pero sí es posible estar preparado para los distintos tipos de prueba posible. Las compañías suelen usar alguno de los siguientes tres modelos: test de inteligencia, test de personalidad o test de aptitudes y habilidades y test proyectivos.

Test de inteligencia

Una de las pruebas más comunes dentro de esta categoría es el Terman Merrill. Este test, que mide el Coeficiente Intelectual (CI), se aplica a candidatos con nivel académico de bachillerato que se postulan para ocupar posiciones como administrativos, supervisores, coordinadores o gerentes.

Test de personalidad

Para estas pruebas psicométricas se suele recurrir al Cleaver, un método que permite obtener una perspectiva entre persona-puesto de empleo; además de prever cómo reaccionará el candidato en situaciones normales, así como de alta presión. Se suele aplicar a profesionales que pretendan ocupar posiciones administrativas, de supervisión o de coordinación.

Test de aptitudes y habilidades

Los test más comunes dentro de esta categoría son el Moss y el Zavic. El primero de ellos permite conocer el comportamiento de una persona bajo supervisión, así como con personal

a su cargo. Por su parte, el Zavic, se enfoca en medir intereses de la persona en áreas como: corrupción, legalidad, indiferencia, moral, entre otras.

Test proyectivos. (abordado en el punto anterior)

3.5.- Técnicas de intervención empleadas en psicología clínica.

A continuación se ofrece, a título orientativo, un pequeño glosario de algunas técnicas y procedimientos terapéuticos relacionados con el tratamiento de problemas psicológicos en el campo clínico. Por ejemplo, ansiedad, estrés u otros malestares clínicamente significativos. Aunque algunas de ellas, por el contenido breve y esquemático de la explicación, puedan parecen sencillas, no lo son en absoluto. Han de ser planificadas, dirigidas, y aplicadas por especialistas competentes bien entrenados. Bajo ningún concepto, deben ser aplicadas por personal no capacitado en el área de la psicología clínica. No son técnicas de autoayuda. Es necesario consultar a un especialista.

Actividades gratificantes: Todas aquellas actividades que produzcan efectos placenteros o de aumento del estado de ánimo a las personas. Las actividades gratificantes son de carácter personal (determinadas actividades funcionan a algunas personas mientras que a otras no) y los programas que se componen de un aumento de éstas persiguen una mejora del estado de ánimo y un aumento de la actividad general llevada a cabo por el cliente.

Asertividad: La conducta asertiva implica la expresión directa de los propios sentimientos, necesidades, derechos legítimos u opiniones sin amenazar o castigar a los demás y sin violar los derechos de esas personas. El mensaje básico de la aserción es: “Esto es lo que yo pienso. Esto es lo que yo siento. Así es como veo la situación.” El mensaje se expresa sin dominar, humillar o degradar al otro individuo.

Auto instrucciones: Imágenes o verbalizaciones dirigidas a uno mismo (decirse algo a sí mismo) para apoyar, dirigir, refrenar o mantener conductas que se estén llevando a cabo o se deseen ejecutar. Esta técnica acostumbra a utilizarse con niños impulsivos, algunos pacientes

esquizofrénicos, para combatir la ansiedad (en especial ante exámenes, temor a hablar en público y miedo a los animales) y para controlar la ira y el dolor.

Biblioterapia: Proporcionar bibliografía sobre una problemática, para que la persona que la solicita pueda comprender su problema y conocerlo mejor, con el objetivo de poder solucionarlo o mejorarlo.

Biofeedback: Los aparatos de biofeedback son instrumentos que miden algunos de los cambios fisiológicos producidos en nuestro cuerpo por la ansiedad, como por ejemplo la tasa cardíaca, conductancia eléctrica de la piel, etc. Se usa para demostraciones de los efectos de la ansiedad y para la evaluación de su tratamiento.

Desensibilización sistemática: Procedimiento dirigido al tratamiento de problemas de ansiedad, concretamente problemas fóbicos. Se aplica junto a alguna técnica de relajación y su objetivo es la eliminación de la ansiedad asociada a los estímulos a los que se tiene fobia.

Consiste en la presentación de forma gradual de dichos estímulos (de menos a más ansiedad) junto a la aplicación de la técnica de relajación para conseguir la ruptura de la asociación entre ansiedad y dichos estímulos.

Actualmente, esta técnica se incluye dentro del grupo técnicas de exposición, que incluye diferentes procedimientos.

Detención del pensamiento: También llamado parada de pensamiento, es un procedimiento desarrollado para la eliminación de patrones perseverantes de pensamientos con consecuencias negativas, como por ejemplo, los que puedan producir ansiedad.

Consiste en la detención de dichos pensamientos mediante una expresión verbal o imagen, lo antes posible en cuanto se presentan. Requiere un entrenamiento previo en la identificación de dichos pensamientos negativos.

Desensibilización y Reproceso por el Movimiento de los Ojos (EMDR): La aplicación de esta técnica parte de la premisa, para el Trastorno de Estrés Postraumático (PTSD), de que la ansiedad se debe a que la información acerca del evento traumático permanece sin haber sido procesada, manteniendo bloqueados las cogniciones, conductas y sentimientos acerca del evento. La EMDR facilitaría el reprocesamiento del recuerdo traumático, mediante la reconstrucción cognitiva del evento, asociada a la inducción en el paciente de movimientos oculares sacádicos, u otras formas de estimulación sensorial bilateral. En la actualidad se aplica no sólo para problemas de estrés postraumático, sino también en fobias, crisis de ansiedad, etc.

Estrategias de afrontamiento: Todas aquellas acciones que ejecutamos al encontrarnos delante de un problema, con el objetivo de solucionarlo, eliminarlo o minimizar sus efectos.

Se incluyen acciones motoras, cogniciones y estados emocionales, y en función del tipo de problema afrontado y las habilidades de uno mismo, algunas estrategias serán válidas y otras no lo serán.

Exposición en imaginación: Técnica de exposición en la cual el cliente se expone en su imaginación (es decir, imaginando) a los estímulos y situaciones que le producen ansiedad.

Exposición en vivo: Técnica de exposición en la cual el cliente se expone en la vida real a aquellos estímulos y situaciones que producen ansiedad, miedo y/o pánico. Acostumbra a ser la más efectiva de las técnicas de exposición.

Exposición interoceptiva: Técnica de exposición que consiste en la inducción de las sensaciones corporales que producen ansiedad o pánico, con el objetivo de reducir la ansiedad que producen y comprobar que no son sensaciones peligrosas.

Exposición virtual: Técnica de exposición en la cual el cliente se expone a los estímulos y situaciones que le producen ansiedad mediante programas computarizados de realidad virtual.

Habilidades Sociales: Conjunto de habilidades necesarias para una correcta interacción con otras personas en casa, trabajo, escuela, etc. Incluye habilidades de conversación, alabanza, resolución de problemas, ayuda a los otros, agradecimiento, etc.

Inoculación de estrés: Procedimiento terapéutico formado por técnicas y estrategias cognitivas, emocionales y conductuales que permiten a una persona afrontar situaciones estresantes de forma más adaptativa.

Intención paradójica: Técnicas también conocidas como prescripción del síntoma, donde se pide a los clientes que lleven a cabo deliberadamente alguno los comportamientos problemáticos que les ha llevado a consulta. Por ejemplo, en el caso de un ritual de lavarse las manos, prolongarlos 4 ó 5 veces más de lo considerado por él necesario; o, en algunos problemas de conciliación del sueño, prescribir la indicación de estar despierto durante un determinado tiempo.

Estas técnicas, se aplican especialmente en casos en que la solución aplicada por el paciente, está contribuyendo al mantenimiento y perpetuación del problema. Las técnicas paradójicas, que incluyen varios procedimientos, pretenden cortocircuitar dichos procesos contraproducentes.

Modelado: Es un aprendizaje que tiene lugar a partir de la observación de la conducta de un modelo y de las consecuencias que tiene dicho comportamiento. Este proceso recibe también el nombre de aprendizaje vicario. Durante el tratamiento, el modelado puede producirse a partir de conductas ejemplificadas por el terapeuta, compañeros del grupo en caso de un tratamiento grupal, visionado de vídeos o a partir de modelos de la vida real.

Prevención de respuesta: Técnica que consiste en exponer a una persona a aquellos estímulos que le suscitan compulsiones o rituales, pero sin permitirle su ejecución, con el objetivo de producir una habituación a los niveles de ansiedad, su disminución e incluso su desaparición.

Reestructuración cognitiva: Técnicas que se encaminan a identificar pensamientos (cogniciones) no adecuados del cliente que están incidiendo en sus emociones y conductas inadecuadas, para modificarlos o sustituirlos por otros más adecuados.

Refuerzo negativo: Acción, consecuencia o suceso, que al producirse disminuye la probabilidad de que una conducta vuelva a repetirse. Por ejemplo, la amonestación del jefe, o una sanción económica, por llegar tarde al trabajo, tendería a disminuir dicho comportamiento.

Refuerzo positivo: Por ejemplo, la alabanza de una madre a su hijo cuando se ha lavado las manos antes de comer, es un refuerzo positivo ya que aumenta la probabilidad de que el hijo vuelva a lavarse las manos antes de la siguiente comida.

Relajación muscular progresiva: Técnica de relajación consistente en la identificación de zonas musculares tensas debido a los efectos de la ansiedad y su posterior e inmediata relajación a voluntad de la persona que la aplica.

Respiración Controlada: Técnica de relajación consistente en que el cliente siga un patrón de respiración abdominal lento de ocho veces por minuto, que reduce la activación fisiológica producida por la ansiedad.

Solución de problemas: Procedimiento de carácter cognitivo y conductual que persigue dos objetivos: a) la generación de múltiples posibilidades de actuación ante la ocurrencia de un problema y b) el incremento de la probabilidad de elección de aquella alternativa más eficaz ante el problema.

Técnicas cognitivas: Conjunto de técnicas terapéuticas que persiguen como objetivos el uso de pensamientos del cliente para la solución o mejora del problema, ayuda para llevar a cabo determinadas estrategias o para sustituir o reemplazar a otros pensamientos que mantengan al problema, o sean parte del mismo. Ejemplos de técnicas cognitivas serían la reestructuración cognitiva o las autoinstrucciones.

Técnicas conductuales: Conjunto de técnicas terapéuticas que persiguen como objetivos la modificación, adquisición o pérdida de comportamientos por parte del cliente.

Técnicas de exposición: Las técnicas de exposición son técnicas que se basan en exponerse a aquellas situaciones o elementos que producen ansiedad o angustia al cliente.

Su aplicación es, en la gran mayoría de los casos, gradual. Es decir, se sugerirá al cliente en un primer momento la exposición a estímulos o situaciones que generan escasa ansiedad, para ir aumentando la dificultad a medida que se vayan consiguiendo los objetivos de la técnica.

Normalmente, para la aplicación de este tipo de técnicas, el cliente estará entrenado en otras habilidades para controlar la ansiedad (como por ejemplo las técnicas de relajación) y/o técnicas para afrontar situaciones problemáticas.

Los objetivos que persiguen estas técnicas son: a) aprender que la ansiedad y sus síntomas pueden ser controlados con técnicas de afrontamiento enseñadas, b) aprender que las consecuencias catastróficas anticipadas a la situación que produce ansiedad no ocurren y c) romper la asociación entre situaciones o estímulo y ansiedad, y a responder de un modo distinto a la situación.

Son técnicas especialmente indicadas para problemas de ansiedad.

Tensión aplicada: Técnica aplicada para el tratamiento de la fobia a la sangre o heridas. Está formada por dos fases: a) aprender a tensar los grandes grupos musculares para combatir la disminución de la presión arterial producida por la visión de la sangre o herida, y b) exposición a los estímulos que producen ansiedad.

3.6.- Psicoterapia: definición, clasificación, elementos del sistema psicoterapéutico

Definir un concepto como este no es cosa fácil, ya que la psiquiatría tiene tantas escuelas como corrientes filosóficas pueden existir, por eso trataremos de definir un concepto de psicoterapia lo suficientemente amplio e independiente, que pueda abarcar todas las corrientes en las que nos desempeñamos nosotros los psicólogos. En la primera parte de este informe se revisan diferentes concepciones del término psicoterapia, se critican y se detallan los puntos en los que fallan, para quedarnos por último con la que fue considerada por el grupo como la más completa. Luego, pasamos a puntualizar 4 diferentes clasificaciones de ella: por orientación, por número de participantes, por tiempo de duración y de acuerdo a los objetivos de la terapia, dentro de ellas se ubicaron distintas técnicas. Por último, se da una reseña de dos terapias que no fueron ingresadas en ninguna clasificación: terapia sistémica y psicodrama.

Agradecemos a todas las personas que con su colaboración facilitaron la elaboración de este reporte y esperamos que la información aquí compilada y analizada sirva de base o ayuda para trabajos posteriores sobre el tema.

DEFINICIÓN DE PSICOTERAPIA

Para definir un concepto la forma lógica es remitirse a la fuente más fidedigna. Comencemos por ver las definiciones de Terapia, Terapéutica y Psicoterapia que nos enseña el máximo exponente de nuestro idioma: El Diccionario de la Real Academia Española.

Terapia: f. Med. Terapéutica.

Terapéutica: f. Parte de la medicina, que enseña los preceptos y remedios para el tratamiento de las enfermedades.

Psico: Elem. Compos. Que significa «alma» o «actividad mental» Ej.: PSICOanálisis, PSICOtecnia.

Psicoterapia: De psico - y terapia. f. Psicol. Tratamiento de las enfermedades, especialmente de las nerviosas, por medio de la sugestión o persuasión o por otros procedimientos psíquicos.

Es evidente que desde el punto de vista epistemológico este es un muy buen concepto, pero desde el punto de vista psicológico, hay algo que no nos gusta, Es reduccionista.

Según Robert Stewart en El Tratado de Psiquiatría de Kaplan y Sadock: Psicoterapia son todos aquellos procedimientos que utilizan métodos Psicológicos para influir en una dirección terapéutica. Mejor que el concepto anterior, pero sigue siendo reduccionista.

También podemos recurrir a la Semiótica, como ciencia que estudia todos los procesos culturales como procesos de comunicación, para definir un concepto práctico de lo que es la Psicoterapia.

La Psicoterapia como todo proceso comunicacional, contiene elementos de codificación y decodificación del mensaje, que se matizan con lo que toma el terapeuta del ambiente y vierte en el mensaje, y lo que del ambiente vierte el paciente en la interpretación del mismo, es decir, que el estado de los comunicantes puede modificar el estado del mensaje, revelando la función del contexto en las reacciones de elaboración e interpretación del mismo. Esto pone de manifiesto el problema de las disposiciones psicofísicas del emisor y del receptor (fatiga, tristeza, etc.) sobre el contenido del mensaje y la interpretación del mismo. Lo que podemos llamar circunstancias comunicativas o ideología de los protagonistas.

La psicoterapia se interpreta así, como una experiencia PSICO-SEMIOTICA, donde intervienen procesos de comunicación estéticos, emotivos, y de contacto. Desde esta óptica,

para aproximarnos a un concepto o definición imparcial, amplio, operativo e independiente de lo que es Psicoterapia, y hacerlo desde una aproximación Psico-semiótica que permita sistematizar los elementos, y los eventos que la componen, debemos tomar en cuenta el ¿Qué?, el ¿Cómo?, el ¿Quién o Quiénes?, el ¿Dónde? , y el ¿Para qué?, como también las circunstancias comunicativas históricas que rodean el evento, y las distorsiones psicofísicas de los protagonistas.

Intentando buscar esta definición, surge un concepto como el siguiente:

Psicoterapia: Es un proceso comunicativo transformacional bi -direccional y sistematizado, entre dos o más personas, que usa el mensaje y sus códigos, como medio para generar cambios en situaciones adaptativas, en el individuo al cual se dirige, en dónde el mensaje se encuentra influenciado por las circunstancias ambientales y psicofísicas de los protagonistas.

Por otra parte, y cambiando de punto de vista, la Asociación Psiquiátrica Americana define a la psicoterapia en términos genéricos como cualquier tipo de tratamiento basado principalmente en la comunicación verbal y no verbal con el paciente, que difiere específicamente de los tratamientos electrofísicos, farmacológicos o quirúrgicos.

Para la Federación Española de Asociaciones de Psicoterapeutas la psicoterapia es un tratamiento de naturaleza psicológica que, a partir de manifestaciones psíquicas o físicas de sufrimiento humano, promueve el logro de cambios en el comportamiento, la adaptación al entorno, la salud física o psíquica, la integridad de la identidad psicológica y el bienestar biopsicosocial de las personas y grupos tales como la pareja o la familia. Es interesante remarcar que esta concepción no presupone una orientación o enfoque teórico definido.

Una definición social y médica (vista en cátedra) es la referida por Jerome Frank, que manifiesta: la psicoterapia es la interacción cargada de emociones y confianzas entre un sanador socialmente reconocido y una persona que sufre, y durante esta interacción este sanador socialmente reconocido intenta aliviar el malestar del individuo mediante la comunicación de símbolos, principalmente la palabra y en ciertas ocasiones a través de

expresiones corporales. Otra definición de psicoterapia es la que sigue: tratamiento de naturaleza psicológica, que se desarrolla entre un profesional especialista y una persona que precisa ayuda a causa de sus perturbaciones emocionales. Se lleva de acuerdo a una metodología sistematizada y basada en determinados fundamentos teóricos, con la finalidad de eliminar o disminuir el sufrimiento y los trastornos del comportamiento derivados de tales alteraciones, a través de una relación interpersonal entre el terapeuta y el paciente.

En esta definición queda claro que la psicoterapia se diferencia de la ayuda informal que una persona puede prestar a otra, en al menos dos aspectos: El primero, que la controla un psicoterapeuta, formado y autorizado para ello, lo que supone le otorga la autoridad cultural propia de los médicos; el segundo es que se apoya en teorías científicas que han estudiado el origen de los trastornos mentales y la forma de aliviar sus consecuencias. El consejero, el sacerdote, el amigo, intentan ayudar al sujeto a resolver su problema indicándole posibles formas de abordarlo, aconsejándole la mejor forma de comportamiento, incluso en los mejores casos pueden tener idea de la existencia de conflicto psíquico, pero no se ocupan de abordarlo. Por el contrario, los psicoterapeutas centraremos nuestra atención sobre dicho conflicto, y todo el manejo de la relación con el paciente lo dirigiremos a la solución de este conflicto. Según los objetivos y las técnicas utilizadas seleccionaremos una modalidad u otra de psicoterapia.

Por último, podríamos resumir todo lo anterior diciendo que la psicoterapia es aquel tratamiento que:

- a) Se efectúa sobre un sujeto que se supone afectado por un conflicto psíquico,
- b) Llevado a cabo por un experto en el mismo,
- c) Con intención de anular, hacer desaparecer o contrarrestar los efectos nocivos de dicho conflicto,
- d) De acuerdo con una técnica previamente determinada según el conflicto, el método y los objetivos a alcanzar,
- e) Realizado con conocimiento explícito por ambas partes,

- f) Siguiendo pautas de sistematización, frecuencia, duración y encuadre, previamente determinadas,
- g) Utilizando como único agente terapéutico la relación entre el terapeuta y el paciente.

Es aquel procedimiento que pretende resolver el conflicto psíquico a través de la relación interpersonal entre el individuo que lo sufre y un experto en ese tipo de ayuda.

CLASIFICACIÓN DE LA PSICOTERAPIA

I-A. CLASIFICACIÓN: POR ORIENTACIÓN

Worchel y Shebilske en su obra *Psicología Fundamentos y Aplicaciones* clasifican los distintos enfoques de la psicoterapia de la siguiente manera:

I. TERAPIAS PROFUNDAS

Ayudan al individuo a ser consciente de los motivos que determinan su conducta.

A) TERAPIA PSICOANALÍTICA

Explica el trastorno basándose en la motivación. Es la naturaleza inconsciente del conflicto la que impide que la persona pueda revertir voluntariamente la situación. Su objetivo es descubrir el origen del conflicto intra psíquico a través de los relatos del paciente. Dado que este origen se remonta a los primeros momentos de vida del paciente los tratamientos suelen ser prolongados. Promueve un cambio en la personalidad a través de la comprensión de los conflictos del pasado. Se le enseña al paciente a hacer consciente los pensamientos y a reconocer las resistencias naturales a la voluntad de la mente.

Este tipo de psicoterapia utiliza técnicas como la libre asociación, la transferencia y la interpretación de sueños:

Libre asociación: método de Freud para hacer que los clientes expresen cualquier pensamiento (no importa lo poco importante o irrelevante que sea) que aparezca en su mente durante la terapia.

Interpretación de sueños: parte de la técnica de psicoanálisis de Freud; implica ayudar al cliente a entender el contenido latente de sus sueños, que son expresiones de sentimientos reprimidos.

Transferencia: parte de la técnica del psicoanálisis, se produce cuando el cliente transfiere al terapeuta sentimientos que estaban en principio dirigidos a sus padres. De esta forma se puede trabajar con ellos en un nivel más racional y consciente.

B) TERAPIA GUESTÁLTICA

Una de las finalidades de este enfoque es promocionar el "darse cuenta" de las emociones y sentir el momento. También supone que una persona insatisfecha continúa elaborando asuntos inconclusos del pasado en su actividad presente. Los tres principios de la terapia son:

1. Valoración de la actualidad: Se pretende que el sujeto no se refugie en el pasado.
2. Valoración de la conciencia y aceptación de la experiencia: Más allá de los discursos intelectuales y las interpretaciones.
3. Valoración de la responsabilidad o integridad: Cada uno es responsable de su conducta (que puede implicar: deprimirse, enloquecer o suicidarse).

C) TERAPIA HUMANISTA

Movimiento formado por Carl Rogers, Abraham Maslow y Rollo May, que rechaza el punto de vista freudiano sobre las personas; argumenta que las personas son básicamente buenas y dignas de respeto; subrayan el aspecto creativo de las personas para alcanzar su verdadero potencial.

2. TERAPIAS ACTIVAS

Se focalizan en los síntomas actuales del paciente e intentan cambiar las conductas problemáticas específicas o creencias.

A) TERAPIA CONDUCTISTA

Este enfoque enfatiza el papel del proceso de aprendizaje en la generación de trastornos. Es decir, ciertas conductas que se aprenden se transforman en hábitos perjudiciales para la persona. Hace hincapié en las condiciones presentes como causantes del trastorno. La eliminación de los síntomas significa la desaparición de la enfermedad. Los tratamientos son breves e implica la sustitución de las conductas desadaptativas por nuevos patrones de conducta que no produzcan ansiedad. El terapeuta asigna tareas específicas, entrena al paciente en ciertas habilidades. Requiere menos tiempo que otro tipo de terapias y, por lo tanto es más económica.

Algunas aplicaciones clínicas frecuentes son:

Fobias.

Dependencia del Alcohol.

Anorexia Nerviosa.

Bulimia Nerviosa.

Esquizofrenia.

Disfunciones Sexuales.

Enuresis.

Dificultad para orinar en lugares públicos.

Obsesiones.

Compulsiones.

En sus técnicas encontramos tres tipos distintos:

I. Terapias de Condicionamiento Clásico

Condicionamiento aversivo: tipo de terapia de conducta usada a menudo para romper hábitos como fumar y beber; en este tipo de terapia las personas consiguen consecuencias displacenteras por la conducta indeseada. De esta forma se toma una droga (anti-abuso) que

les pone enfermos si beben, o se les hace fumar tanto y tan rápidamente que se pongan enfermos. Desensibilización sistemática: tipo de terapia de conducta basada en la presunción de que es imposible estar relajado y ansioso al mismo tiempo. A los clientes se les enseña relajación muscular profunda; y después emparejan esta con los sucesos u objetos que producen miedo o estrés, la idea es que la respuesta de relajación puede superar a la reacción de miedo. Se utiliza a menudo para tratar fobias.

2. Terapias de Condicionamiento Operante

-Modificación de conducta: un tipo de terapia que está basada en el condicionamiento operante incluyendo premios por conductas deseables y castigos por conductas no deseables.

-Economía de fichas: técnica de condicionamiento operante en la que se da a los sujetos fichas por un buen cumplimiento o conducta, estas fichas las pueden cambiar por regalos u otros refuerzos primarios.

3. Terapias de Modelado

Modelado: utilizado como técnica terapéutica para enseñar conductas nuevas o fortalecer unas que ya existen. También se utiliza para reducir un número de fobias y para ello se muestra a un modelo que interactúa con el objeto al que se le tiene miedo.

B) TERAPIA COGNITIVA

Es un tratamiento de corto-mediano plazo que utiliza la colaboración activa del paciente. Los pensamientos del paciente se consideran hipótesis a verificar. En colaboración con el terapeuta se elaboran alternativas y se las pone a prueba en situaciones reales.

Aplicaciones clínicas en las que demuestra tener éxito:

Depresión.

Distimia.

Trastornos de Ansiedad.

Fobias.

Anorexia Nerviosa.

Bulimia Nerviosa.

Trastorno Obsesivo-Compulsivo.

Hipocondría.

Entre sus técnicas hallamos la terapia racional emotiva de Ellis:

Terapia racional emotiva: tipo de terapia desarrollada por Albert Ellis que se focaliza en el presente y en las creencias irracionales del cliente. El terapeuta juega un rol mucho más directivo e incluso desafiante que en la mayoría de las otras terapias.

2A CLASIFICACIÓN: POR NÚMERO DE PARTICIPANTES

I. TERAPIAS INDIVIDUALES

Participan un terapeuta y un paciente, dentro de esta categoría pueden considerarse cualquier técnica de cualquier enfoque, pues sólo necesita cumplir este requisito numérico.

2. TERAPIAS GRUPALES

A) PSICOTERAPIA GRUPAL

Es un tratamiento en el que los pacientes, seleccionados a partir de ciertos criterios, forman un grupo coordinado por un terapeuta experto, para ayudarse unos a otros a efectuar cambios y superar sus problemas. Se utilizan distintos enfoques en la terapia de grupo (de orientación conductual, psicoanalítica, cognitiva) dependiendo de las necesidades de las personas. Las dos ventajas claras de la terapia de grupo son: la oportunidad de obtener información inmediata por parte de los compañeros del paciente sobre las situaciones que experimenta, y la oportunidad, tanto para el paciente como para el terapeuta, de observar las respuestas psicológicas, emocionales y conductuales del sujeto frente a determinados temas o situaciones, gracias a la interacción con las demás personas del grupo. Además, el grupo provoca un compromiso especial para con uno mismo y con los demás, que ayuda a la modificación de la conducta desadaptada. Suele proveer un mayor enriquecimiento por la

interacción con los compañeros, además de tener la posibilidad de aprovechar distintos puntos de vista, y por lo tanto, obtener diferentes soluciones frente a un mismo problema. Además, es una modalidad económica, y suele necesitarse de un tiempo menor para ir experimentando modificaciones en uno mismo y en las personas que lo rodean.

Es frecuente su indicación para:

Fobias.

Problemas para enfrentar situaciones estresantes.

Problemas para enfrentar situaciones de cambio.

Conflictos con adolescentes.

Problemas familiares.

Conflictos de pareja.

Celos.

Timidez.

B) PSICOTERAPIA FAMILIAR

La familia funciona como si fuera una unidad, un sistema, con una homeostasis (equilibrio) particular de relaciones que se mantiene indiferente a su nivel de desadaptación. El objetivo de este abordaje es el de reconocer y confirmar el patrón subyacente del sistema que mantiene el equilibrio, y ayudar a la familia a comprender el significado y propósito de dicho patrón. También se trata que la familia pueda satisfacer las necesidades emocionales de uno de sus miembros, reforzar su capacidad como unidad para hacer frente a los conflictos, y por último influir en la identidad y valores de la familia para que los miembros se orienten hacia la salud y el crecimiento.

3. TERAPIAS MÚLTIPLES

Participan dos terapeutas y uno o más pacientes. La idea que se persigue con esto es que el coterapeuta haga aportes que el terapeuta no había tomado en cuenta, o que retome contenidos que sea necesario profundizar.

3A CLASIFICACIÓN: POR TIEMPO DE DURACIÓN

1. TERAPIA BREVE

Terapia de corta duración que generalmente dura entre uno y tres meses. Hay varios tipos de psicoterapias breves, pero la mayoría tienen tres hechos comunes:

1. El número de sesiones de terapia está reducido, en algunos casos, a poco más de diez o doce.
2. El objetivo y las metas de la terapia se indican de forma clara al comienzo.
3. El terapeuta dirige activamente el curso del tratamiento.

2. TERAPIA MEDIANA

Terapia que dura de tres meses hasta doce y dieciocho meses.

3. TERAPIA LARGA

Terapia que tiene una duración de dieciocho meses o más.

4A CLASIFICACIÓN: DE ACUERDO A LOS OBJETIVOS DE LA TERAPIA

1. APOYO EMOCIONAL

Acompañamiento del paciente durante su enfermedad. No hay un proceso de terapia establecido.

2. ALIVIO SINTOMÁTICO

Tiene por objetivo disminuir la sintomatología que presenta el paciente ante un cuadro clínico. Se usa generalmente en terapias de corta duración.

3. MODIFICACIÓN DE RASGOS DE PERSONALIDAD

Terapia de mediana a larga duración, en la cual se necesita un alto compromiso del paciente durante el tratamiento.

4. SOLUCIÓN DE PROBLEMAS

Terapia de apoyo. Se asesora al paciente frente a un problema y se le enseña a generar alternativas de solución para sus problemas.

5. APOYO EN TRASTORNOS ADAPTATIVOS

Se apoya al paciente durante aquellos cambios que necesitan un tiempo para procesarlos.

Además de los enfoques mencionados hasta aquí existen otras dos terapias que aun cuando no han sido abarcadas por las clasificaciones expuestas, no deben quedar sin señalar: la terapia sistémica y el psicodrama.

TERAPIA SISTÉMICA

Este enfoque se basa en los conceptos tomados de la Teoría General de los Sistemas. Un sistema es un conjunto de elementos dinámicamente estructurados, cuya totalidad genera propiedades que, en parte son independientes de aquellas que poseen los elementos por separado. Por lo tanto hay que tener en cuenta la interacción entre estos elementos. Por otro lado, estos sistemas tienen la propiedad de autorregularse.

En esta terapia los síntomas se consideran expresiones disfuncionales del sistema familiar. La solución del problema se encuentra supeditada al cambio en los patrones disfuncionales de dicha interacción familiar.

Suele ser indicada para:

Conflictos familiares.

Conflictos interpersonales.

Adicciones.

Divorcio.

Conflictos de pareja.

Violencia familiar.

Problemas de comportamiento en niños y adolescentes.

PSICODRAMA

Se basa sobre el concepto de "catarsis", que implica que se actúan experiencias nocivas y este ejercicio tiene efectos curativos. La técnica consiste en elegir un lugar o escenario para la representación, también hay un director de escena (el terapeuta), un protagonista que pone en escena lo que se le ocurre, co-actores y un público. El protagonista tiene que intentar lograr revivir su realidad, pero al mismo tiempo experimentar y poner a prueba posibilidades

nuevas de experiencia y de conducta. Se intenta, mediante la representación, que los problemas se vuelvan claros para el protagonista y para el grupo.

3.7.- Psicoterapia de apoyo, de insight con metas reeducativas y de insight con metas reconstructivas.

El concepto insight

El concepto de insight es algo complejo a nivel teórico, si bien en la práctica todos nosotros hemos experimentado en alguna ocasión alguna situación en que lo hemos empleado. Se considera como insight a aquella capacidad o facultad a través de la cual podemos tomar conciencia de una situación, conectando la situación que estamos viviendo o pensando en una solución o su comprensión. Esta vivencia o fenómeno se corresponde con la idea de darse cuenta de algo, apareciendo una comprensión repentina vivida como una especie de revelación tras haber estado (por lo general) intentando comprender o solucionar la situación en cuestión.

Esta comprensión aparece de manera repentina, siendo producto de una actividad inconsciente que llega repentinamente a la conciencia y que supone la aparición de una solución, la generación de estrategias para llegar a ella o la visión de la situación o problema diferente y nueva en comparación con la perspectiva inmediatamente anterior, obteniendo una visión global de la situación. La sensación sería semejante a la de encontrar de golpe la manera de conectar todas las piezas de un puzzle.

El insight supone la existencia de cierta capacidad cognitiva, ya que requiere darse cuenta de lo que sabíamos anteriormente y lo que hemos llevado a cabo, así como la capacidad de generar una representación mental de la situación. También se requiere de capacidad de observación y comprensión de los fundamentos de la situación y de la capacidad de establecer asociaciones y estrategias. Ello puede hacer pensar en que es algo humano pero lo

cierto es que se ha observado en otras especies animales, siendo especialmente conocido en el caso de los chimpancés.

Fases del insight

Si bien el insight se concibe como la experimentación generalmente súbita de la conciencia de una situación, metodología o vía para solucionar un problema, lo cierto es que diversos autores proponen la existencia de varias fases identificables a través del cual podemos ver su actuación. En este sentido podemos distinguir entre las siguientes.

1. Impasse mental

Esta primera etapa fase hace referencia a una situación o problema ante la cual la persona no es capaz de dar respuesta o que no es capaz de identificar, estando en una situación de bloqueo en relación a su superación.

2. Reestructuración del problema

Proceso mediante el cual se intenta resolver el problema, que da inicio en el impasse y en los intentos infructuosos de representarlo y resolverlo y pasa por la modificación y trabajo para variar la concepción o la interpretación de la situación con el fin de resolverla. En ella se emplean diversos recursos y habilidades cognitivas.

3. Adquisición de comprensión profunda

Esta fase es en la que aparece el conocimiento y comprensión profunda de la situación. Se trata de una comprensión que aparece de manera inconsciente, no siendo un producto directo del proceso cognitivo que se estaba siguiendo hasta el momento.

4. Suddenness

Uno de los contextos en que resulta más evidente el insight y uno de los puntos en que primero fue identificado en otras especies es en el del aprendizaje, concretamente en el necesario para solucionar problemas. En este sentido Wolfgang Köhler describió la existencia de esta capacidad incluso en monos a través de diversos experimentos en que los simios debían encontrar la solución a un problema.

La adquisición de nuevos repertorios de conducta y conocimientos de manera súbita tras alcanzar una comprensión global de la situación se denomina aprendizaje por insight. Este fenómeno nos es tremendamente adaptativa, y además se encuentra vinculado a la creatividad ya que nos permite generar nuevas estrategias de solución de problemas, anteriormente inexistentes.

Aplicado en psicopatología

Hablar de insight implica darse cuenta de algo. Y aunque generalmente solemos pensar en la existencia de insight en pequeños detalles o ante la resolución de un problema concreto y práctico, este concepto también es aplicable a otras situaciones o ámbitos.

Uno de ellos, especialmente relevante, tiene que ver con la salud mental. Y es que es habitual que desde la clínica se hable de capacidad de insight en lo referente a darse cuenta del estado de sus facultades mentales o su estado cognitivo, conductual o emocional. Este aspecto es de gran utilidad a la hora de realizar el tratamiento de cualquier trastorno o enfermedad mental o cerebral, dado que permite auto-observar la existencia de dificultades y identificar la necesidad de ser tratado.

La capacidad de insight puede estar alterada en muchas situaciones, no siendo conscientes los afectados de que presentan dificultades (hasta el punto de que un sujeto puede no darse cuenta de que se ha quedado ciego, o por ejemplo en casos de demencia de que presentan

problemas de memoria u otras facultades) o síntomas tales como estados de agitación y alteración del estado del ánimo, alucinaciones o delirios. Y no necesariamente tenemos por qué estar hablando de psicopatología, ya que la capacidad de insight puede verse alterada por la vivencia de situaciones traumáticas, emociones fuertes persistentes o preocupaciones varias que impiden ser consciente de la existencia de problemas o de las necesidades de uno mismo.

En los casos en que hay falta, déficit o ausencia de insight es necesario trabajar esta conciencia de la situación, dado que permite la existencia de flexibilidad mental y autonomía, y que se valore por ejemplo para hacer ver la necesidad de ayuda o de un tratamiento concreto (por ejemplo, al permitir hacer ver que las alucinaciones o delirios son contenido autogenerado y no estímulos reales, o la necesidad de tratarse).

3.8.- Psicoterapia de grupo, terapia familiar y de pareja.

Los profesionales dedicados a la salud mental brindamos ayuda y buscamos aliviar el sufrimiento de aquellos que padecen trastornos emocionales. Algunas dificultades se gestan al interior de grupos en los que se desenvuelven las personas, como la pareja, la familia, con las amistades, en el ámbito laboral o en el social. Dentro de las psicoterapias derivadas de la teoría psicoanalítica se encuentran las terapias de familia, de pareja o grupal, como una alternativa que combina el trabajo en el vínculo sin dejar de lado el quehacer individual.

Al iniciar un tratamiento, una de las consideraciones principales es la de la indicación, es decir, cómo elegir correctamente el tipo de psicoterapia. Si bien es cierto que la teoría psicoanalítica propone que el trabajo con las fantasías individuales es sumamente útil y repercute positivamente en el entorno del paciente, hay ciertas circunstancias en las que la problemática amerita trabajar centralmente con las relaciones grupales o familiares, sobre todo cuando se encuentran significativamente deterioradas. Los especialistas entrenados en este campo se ocupan de atender y mejorar las habilidades de comunicación y relación entre los miembros de la familia. La terapia familiar o de pareja está indicada en aquellos casos donde se presentan cambios significativos en las relaciones familiares, como la pérdida de un

miembro del grupo familiar, enfermedades, lesiones permanentes, la pérdida de empleo, problemas de migración o la inminente ruptura de un vínculo amoroso.

Las familias pueden enfrentarse a una gran cantidad de obstáculos y problemas. Hay hogares que viven “angustiados” porque alguno de sus miembros no cumple con las expectativas establecidas, por ejemplo, el caso de un padre con poco éxito económico que es parte de una familia que desea tener acceso a actividades costosas. Otras guardan asuntos inconclusos, secretos o resentimientos y el conflicto se manifiesta de manera permanente. Asimismo, la psicoterapia grupal, de pareja o familiar se basa en diferentes marcos teóricos, como el sistémico, el interaccional, de apoyo o de orientación psicoanalítica. Podría recurrirse a una terapia breve de familia cuando existe un conflicto en el que todos los miembros de la familia coinciden y, por lo tanto, se encuentran motivados para arreglarlo; también en el caso de una pareja que necesita ayuda para definir un divorcio.

En otras ocasiones, este tipo de psicoterapias pueden realizarse de forma complementaria a otros tratamientos, como la terapia individual o la administración de fármacos, como es recomendable en el caso de pacientes psicóticos, quienes se benefician de un espacio familiar, una terapia individual simultánea y su prescripción de medicina psiquiátrica, que contribuye al alivio de sus síntomas.

Es frecuente que un miembro de la familia cargue con toda la patología grupal y, en este sentido, el terapeuta busca implementar una estrategia para reorganizar las relaciones alteradas y transformarlas en vínculos más saludables. Por ejemplo, los síntomas de un miembro de la familia pueden acarrear ganancias secundarias que mantienen dinámicas enfermas; éstas son familias que encuentran complicado el acceso a la salud y prefieren sostener el equilibrio patológico.

Tales modalidades terapéuticas se pueden aplicar a una amplia gama de situaciones: si un adolescente presenta trastornos de conducta derivados de la relación con su familia (al convivir con los hijos de la nueva pareja de su madre, por ejemplo), si se presentan

problemas matrimoniales por dificultades sexuales, discrepancias culturales, etc., en situaciones graves de adicciones, maltrato físico o abuso a los menores. Las psicoterapias de grupo pueden impartirse dentro del ámbito institucional o en el consultorio privado, ya sea en atención a niños, adolescentes o adultos, con resultados muy provechosos.

En estas terapias se busca reducir los sentimientos de aislamiento o hacer aflorar las características comunes entre las personas del grupo. En otras ocasiones, el mismo grupo es tratado como un paciente: las interpretaciones se dirigen al grupo como un todo y el objetivo es lograr el insight sobre las reacciones de transferencia que surgen.

Por ejemplo, un hombre joven se integra a un grupo terapéutico y posee una difícil historia personal y familiar. Al principio, se desploma en su lugar sin moverse ni participar, sólo dirige su mirada al terapeuta. Si el grupo logra tolerar la depresión y distancia de este muchacho, superando sus intentos de sabotear toda ayuda, se convertirá en un medio terapéutico para contenerlo y reflexionar sobre sus relaciones.

La mayor parte de las modalidades psicoterapéuticas buscan, esencialmente, liberar a los seres humanos del sufrimiento, ayudarlos a recuperar la salud, el bienestar y a descubrir forma de desarrollar sus potencialidades en armonía con su entorno físico y social, dentro de un marco de respeto y generosidad hacia los demás. Los tratamientos de pareja, familia y grupo no son la excepción y se incluyen dentro del arsenal clínico con el que cuenta el psicoterapeuta.

3.9.- Intervención en crisis y otras psicoterapias breves.

Estas son dos modalidades de intervención diferentes. La intervención en crisis se realiza después de que la persona ha experimentado un trauma en el que probablemente su integridad o vida estuvo en riesgo. Un ejemplo de ello son los accidentes, las violaciones, los secuestros, los asaltos o los desastres naturales. Este tipo de abordaje terapéutico cuenta con técnicas y estrategias específicas que tienen como finalidad restablecer el equilibrio emocional y cognitivo, es decir, contener y –posteriormente– salir de la crisis.

La psicoterapia breve se puede considerar como continuación de la intervención en crisis o emergencia, no obstante, son terapias distintas. La intervención en crisis puede durar tan solo algunos minutos o unas cuantas horas. Por su parte, la psicoterapia breve suele llevarse a cabo a lo largo de cinco sesiones o hasta tres meses de trabajo, aproximadamente. La delimitación dependerá de la corriente teórica que se tome como referencia.

El objetivo de la psicoterapia breve es la elaboración de la experiencia traumática a través de la comunicación y la resignificación emocional. En contraste, la intervención en crisis busca es la contención y reequilibrio emocional. Dentro de una psicoterapia breve, en principio, se va más allá de la pura contención, ya que busca favorecer la resignificación de la vivencia, el aprendizaje de la misma y la respuesta a eventualidades que en un primer momento no se podían identificar.

Unidad 4

PSICOLOGÍA COMUNITARIA

4.1.- Prevención primaria, secundaria y terciaria, sus posibilidades y aplicación en programas de psicología Comunitaria.

Hay algo que definir primero: ¿qué entendemos por Salud, en especial la salud mental, de la Comunidad? Adolf Meyer a principios del siglo XIX enunciaba que "la enfermedad mental es una respuesta psicobiológica a la situación vital especial y compleja dentro de la cual es colocado un individuo". En ese entonces la Medicina definía a la salud en forma negativa: como estado de "no-enfermedad", poniendo más énfasis en determinar qué es lo que enfermaba a una persona.

Con el cambio de siglo, y dentro del nacimiento del Psicoanálisis y de la Psicología, tanto psicólogos como psiquiatras comenzaron a encarar a la salud y la enfermedad como extremos de un mismo continuo. Para Sigmund Freud, tener salud mental era "ser capaz de amar y trabajar", así de simple. Para Erich Fromm "es mentalmente saludable la persona que mantiene una cierta estabilidad de personalidad y que sin embargo está en constante cambio, adaptándose a su sociedad" (1961). Marie Jahoda elaboró en 1958 un modelo de salud mental positiva en el que es mentalmente sano aquél que: se adapta o tiene intentos activos de dominio de su ambiente y de su propio comportamiento, tiene la capacidad de percibir correctamente al mundo y a sí mismo, y tiene relaciones sociales y afectivas apropiadas.

El cambio del siglo pasado (XX) al nuestro propició muchos avances investigativos y empíricos dentro de la Psicología Social, la Sociología, y la Medicina Comunitaria, como también nuevas problemáticas sociales que enfrentar tales como la crisis de los modelos socioeconómicos, el aumento general de la población anciana y el reconocimiento de las adicciones, los trastornos psicoafectivos y el estrés como flagelos mundiales.

Con el tiempo todas las disciplinas intervinientes en la Salud de la Comunidad se han dado cuenta que una comunidad saludable es aquella que, dentro de lo posible, avanza a pasos

constantes en su lucha por otorgar el bienestar biopsicosocial a todos sus integrantes, el cual les pertenece por derecho.

Desarrollo del tema

Importancia y Desarrollo de los Modelos en Psicología Comunitaria

Los modelos teóricos en Psicología Comunitaria son en principio distintos de los de la Psicología Individual, puesto que el objeto de intervención es psicosocial, es decir, el grupo en relación a su estructura asociativa y los roles de cada participante.

Estos modelos permiten explicar los problemas sobre los que se interviene, entender el contexto comunitario en que se dan y sirven de guía operativo para la intervención. Sánchez Vidal (1991) los agrupa muy básicamente en modelos analíticos y modelos operativos, con la salvedad de que todos los modelos presentan un componente operativo, al tratarse de un campo de acción.

Modelos analíticos:

Son aquellos que se abocan en especificar conceptualmente las ideas centrales del campo (comunidad, desarrollo humano, etc.) para así ayudar en su comprensión y la de su problemática. Se pueden dividir a su vez en globales y psicosociales.

Los modelos analíticos globales son aquellos que se enfocan en lo macrosocial (comunidades grandes como pueblos o naciones), mientras que los analíticos psicosociales se orientan al nivel mesosocial (grupos medianos, como por ejemplo instituciones), ligando dos términos básicos de la Psicología Comunitaria: individuo y sistema social o comunidad (a varios niveles).

Ejemplos de modelos analíticos: ecológico-sociales, transaccionales, de los problemas sociales, etc.

Modelos operativos:

Apuntan a señalar estrategias genéricas de actuación para, desde el cambio social, lograr el desarrollo y buenas condiciones de salud psicológica comunitaria. En los modelos operativos

se pueden distinguir aquellos más conceptuales y valorativos, enfocados en los objetivos o metas de la intervención, de los más formales, dinámicos y relacionales, que se concentran más en la acción y sus efectos para determinar los paradigmas a ser aplicados.

Ejemplos de modelos operativos: de prevención, de las habilidades sociales, de acción social (marxista, sistémico, autogestionado, organizativo, etc., basados en la acción solidaria desde abajo para redistribuir el poder), de suministros (Caplan), etc.

Necesidades Socioeconómicas y Psicológicas de la Comunidad

El modelo de las necesidades de una comunidad está basado en la célebre pirámide jerárquica de necesidades de Abraham Maslow. Por lo tanto estas necesidades pueden clasificarse en:

Fisiológicas: alimentación, descanso, ausencia de enfermedades y lesiones o intervención necesaria para curarlas...

De seguridad: tener una vivienda, vestuario y resguardo adecuados al medio ambiente; de superar la incertidumbre ante posibles atentados al bienestar físico, mental y espiritual...

De posesión y pertenencia: tanto en sentido económico (poseer los recursos necesarios) como afectivo (sensación de unión y de pertenecer a un grupo)...

De salud mental y autoestima: una vez más diferenciando la salud del concepto de "ausencia de enfermedades" y poniéndolo en un contexto de bienestar y aptitud para desarrollarse...

De educación: obtener las herramientas necesarias para el buen desempeño sociocultural de los roles y profesiones necesarios para un buen funcionamiento comunitario...

De ocupación: tanto socioeconómica como recreativa, cultural, espiritual, etc.

De autorrealización: tanto personal de cada uno de los miembros, como de la comunidad en cuanto a sus objetivos y su identidad propia.

Martínez Coll (2001) señala que "las necesidades sociales se difunden por mecanismos sociales, principalmente por demostración e imitación, por lo que pueden ser creadas y, mediante técnicas publicitarias, puede provocarse que sean fuertemente sentidas por grandes masas de población". En el sistema de consumismo, basado en la relación productor-consumidor, los productores tienen muy en cuenta la escala de Maslow y apuntan a promover medios de satisfacción de las necesidades, principalmente las de autoestima y de pertenencia y prestigio social.

Cuando un sector de la comunidad falla en satisfacer estas y otras necesidades, ocurre frustración social. Los individuos de este sector presentan como reacción a esta frustración conductas de compensación, agresividad, impotencia, pasividad, etc. La más común es la resignación: aprender a vivir dentro de la frustración, remodelando las alternativas y aspiraciones, lo que retarda pero no elimina las otras reacciones.

Prevención en el contexto de Salud Mental Comunitaria

Introducción:

Prevenir puede analizarse como conformado con un prefijo "pre", "antes de", y "venir", en otras palabras "antes de que venga algo". El Diccionario de la Real Academia Española lo define como "anticiparse a un inconveniente, dificultad u objeción; prepararse de antemano o con anticipación a un daño o perjuicio".

La necesidad de políticas de prevención de enfermedades se hizo patente con la crisis del modelo clínico asistencial tradicional (en que la comunidad debe depender completamente de los servicios clínicos hospitalarios) y el surgimiento de las tendencias actuales en los campos de la Epidemiología y de la Salud Comunitaria. En la Declaración de Alma-Ata, 1978, la OMS proclama que "los gobiernos tienen la obligación de cuidar la salud de sus pueblos [...] y

prestar los servicios de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación necesarios para resolver los problemas [de salud]".

En 1975 Leavell y Clark, dentro de su trabajo sobre la historia natural de las enfermedades, realizan un modelo de prevención que consta de varios niveles, modelo ampliamente adoptado por los sistemas de prevención. Estos niveles son:

Prevención primaria:

En este nivel se pretende interrumpir el inicio de la enfermedad antes de que ésta aparezca, por medio de la eliminación o reducción de los factores de riesgo de un problema de salud. Los tipos de intervención son promoción de la salud (dirigido a las personas) y protección de la salud (dirigido al ambiente).

Prevención secundaria:

Consiste en detectar a tiempo la enfermedad o epidemia y darle tratamiento, muchas veces antes de que empiecen a presentarse los síntomas (en el período preclínico). Los tipos de intervención son pasiva (detección en los centros de atención primaria o screening) y activa (detección por parte del mismo enfermo a través de la autoexploración).

Prevención terciaria:

En este nivel se toman medidas para controlar una enfermedad o epidemia ya aparecida (en el período clínico), con el objeto de evitar que avance y cause pérdidas mayores. Por lo general se realiza en pacientes con enfermedad crónica, para potenciar lo más posible su calidad de vida. Los tipos de intervención son la terapia y la rehabilitación.

Barreras para la prevención:

Existen varias barreras que obstaculizan la prevención. Éstas pueden dividirse en tres categorías:

De los profesionales de salud: una de los principales obstáculos es la actitud de los médicos y directivos de salud pública hacia la prevención. Por ejemplo, la subvalorización de la

comunidad (principalmente en cuanto a su educación sanitaria), y el enfoque mismo del sistema asistencial (en donde la palabra "paciente" tiene connotaciones de pasividad impuesta en los enfermos).

Otro riesgo muy importante en la realización de la prevención son los errores de diagnóstico y el tratamiento inadecuado (excesivo o insuficiente). Los médicos, a fin de cuentas, son humanos y por tanto susceptibles de cometer errores en su valoración de la situación.

De los pacientes: que pueden clasificarse en deficiencias de educación (ignoran las medidas de prevención, o no tienen suficiente información sobre las enfermedades, o ignoran que están en su derecho para reclamar medidas de salud en su comunidad), económicas (no cuentan con el dinero o los medios para obtener estudios o tratamientos adecuados), y problemas de prioridad (no le dan importancia a los hábitos de prevención, o deciden llegar al nivel terciario para actuar).

De los sistemas asistenciales de la salud: que tienen que ver con la organización de dichos sistemas (burocracia, indisponibilidad y/o desperdicio de recursos) y, como hemos dicho, de la actitud que los directivos tienen hacia la prevención y su implementación.

Los Psicólogos y la Prevención

Reconocimiento de los factores de riesgo para la Salud Mental de la Comunidad:

Dentro del marco de la prevención de enfermedades y trastornos mentales, el papel del Psicólogo es igual de importante como el del médico Psiquiatra, el del Asistente Social y de las redes de apoyo. En primer lugar, para reconocer los factores de riesgo y prevenirse, hay que comprender los conceptos que envuelven a los trastornos psicológicos. Por ejemplo, existen teorías organicistas, las que caracterizan a la psiquiatría clásica, que consideran que las enfermedades mentales tienen origen orgánico, en especial las producidas por lesiones cerebrales; por lo tanto la prevención de la salud mental debe comenzar con un minucioso examen físico, ya que algunas patologías pueden tener su etiología en la alteración de las funciones orgánicas neuroendocrinas (Ej.: infecciones tales como la meningitis o afecciones

adquiridas tales como el hipotiroidismo). El historial de vida y genealógico del paciente es de vital importancia, puesto que existen trastornos inducidos por la genética del individuo (Ej.: Síndrome de Rett, Corea de Huntington).

Por otro lado existen teorías ambientalistas y sociológicas, que consideran que muchos trastornos tienen su origen en la influencia ambiental y la estructura social en que se desarrolló el individuo a lo largo de su vida. Una valoración apropiada del estilo de vida y hábitos, tanto de los individuos como de la propia comunidad en que se desarrollan, es muy importante también: se debe prestar atención a la presencia de conductas de riesgo (conductas antisociales, tendencia a la agresión externa y/o a la autoagresión, rechazo del alimento, uso y/o abuso de sustancias, comportamiento sexual de riesgo, etc.), de conductas desajustadas (compulsiones, impulsividad, extremo desaseo o bien una exagerada pulcritud y/o extravagancia, ataques de pánico, etc.), y a cambios en las características de la personalidad habitual. La entrevista con miembros del grupo al que pertenece el paciente (familia, vecinos, lugar de trabajo) es también importante para comprender estos procesos.

Ambas teorías podrían parecer mutuamente excluyentes, pero el consenso general es que la salud de las personas es un proceso biopsicosocial; eso quiere decir que los agentes de Salud Mental Comunitaria deberán tener en cuenta todos los factores mencionados a la hora de evaluar los riesgos de padecer alguno o varios de los trastornos mentales conocidos y aplicar la intervención necesaria.

Promoción de la Salud Mental de la Comunidad

En Ottawa, 1986, la Organización Mundial de la Salud definió: "promoción de la salud es el proceso de capacitación de la comunidad para actuar para el mejoramiento de su calidad de vida y salud, incluyéndose una participación mayor en el control de este proceso", y también sentenció en Yakarta, 1997, que "la educación, el derecho a voz de las personas y comunidades son esenciales para la promoción de la salud"

Oblitas (2006) señala que promoción y prevención suelen ser mencionados como una misma cosa, "pero razones de tipo operacional, administrativo y sobre todo financiero, justifican una diferenciación": la prevención se enfoca en evitar la enfermedad, un punto de vista negativo; en cambio la promoción se enfoca en el sentido positivo de la salud: el desarrollo de hábitos de vida que mejoren y mantengan el estado de bienestar biopsicosocial.

En lo que respecta a la proporción en gastos públicos, es más conveniente concentrarse en el cambio permanente de conductas de la comunidad a favor de la salud que en reparar los daños causados por los factores mórbidos. Sin embargo, como indica Gil (1996), cuando se trata de la etapa de prevención primaria, la promoción de la salud es una de las herramientas más importantes para llevarla a cabo.

Como mencionado más arriba, uno de los factores más importantes para promover la salud es la Educación para la Salud.

Educación para la Salud en Salud Comunitaria:

La Educación para la Salud es una estrategia para la promoción y protección de la salud por la cual se optimizan los recursos personales y comunitarios. Según Saller (1979) sus objetivos son:

Conseguir que las personas y los grupos acepten la salud como un valor fundamental, es decir, hacer de la salud un "patrimonio de la comunidad".

Modificar las pautas de comportamiento de la población cuando los hábitos o costumbres individuales o sociales son insalubres o de riesgo.

Crear e inculcar hábitos o costumbres sanas en la población.

Promover la protección de la salud: modificación de aquellos factores externos al individuo que influyen negativamente en su comportamiento de salud.

Como hemos citado, es de interés gubernamental (a nivel local, nacional y mundial) el implementar programas de educación para la Salud Mental, los cuales deben estar adaptados

a la realidad comunitaria. En nuestro país, ambos Ministerios de Educación y Culto (MEC) y de Salud Pública y Bienestar Social (MSPyBS), con el apoyo de la OMS, la OPAS y diferentes organizaciones no gubernamentales (ONG) realizan campañas de educación y concientización a nivel institucional (escuelas, hospitales), distrital, regional (sanitaria y de educación) y nacional.

Por ejemplo, dentro del currículo de enseñanza para el Bachillerato Técnico de Salud del MEC está previsto el enseñar a los futuros agentes de salud importantes conceptos como el de higiene mental, calidad de vida, enfermedades mentales y los factores físicos, psicológicos y socioculturales que influyen en la salud mental, como también la importancia de estos conceptos y de las medidas para la prevención, protección y promoción de la salud mental.

El MSPyBS por otra parte lanzó en julio de 2011 su Política Nacional de Salud Mental que, entre otras medidas tales como la desmanicomialización del sistema (quitar del sistema de asilo o manicomio a los enfermos mentales para integrarlos en sistemas comunitarios de acción), también prevé la formación de los trabajadores de salud y la participación protagónica de pacientes, familiares y la comunidad en general en la intervención sanitaria.

Conclusión

En el siguiente trabajo hemos visto conceptos importantes de la Psicología Comunitaria tales como los modelos teóricos de acción, la prevención de enfermedades mentales, sus niveles y los distintos tipos de intervención en cada uno de ellos, como también sus barreras. Hemos profundizado en uno de los tipos de intervención, la promoción de la salud, y su herramienta, la educación para la salud.

Mucho énfasis se le dio a los psiquiatras y psicólogos clínicos en el trabajo de cuidado de la salud mental. El objetivo actual (desde fines del siglo XX), sin embargo, es de salir de ese esquema asistencial clínico y llevar la salud mental a todo el pueblo, en especial los sectores que no pueden cubrir sus necesidades sociales. El psicólogo comunitario actúa de bisagra entre los dos departamentos que se abocan a la prevención: el de salud y el educativo.

Dice el proverbio chino: "dale pescado a un hombre y podrá saciar su hambre por un día; enséñale a pescar y podrá alimentarse toda su vida". Del mismo modo, uno de los objetivos del psicólogo comunitario es "enseñar a pescar", a cuidarse por sí mismos y a tener hábitos saludables todos los miembros de la comunidad.

Esperamos que con este trabajo sepamos apreciar la importancia como agentes de salud mental que tenemos todos los miembros de nuestra comunidad. Solo basta querer educarse, cuidarse, y educar y cuidar a los demás.

4.2.- El trabajo clínico comunitario en México.

La psicología social yo la defino de manera simple como el estudio de los factores psicosociales en la interacción humana. Puede parecer una definición redundante al mencionar lo Psicosocial pero facilita la comprensión de los límites de la rama. Así, toda problemática influida o determinada por factores psicosociales es parte de nuestro estudio. La psicología comunitaria (PC), de acuerdo con Maritza Montero, su objeto es estudiar los factores psicosociales que permitan desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su ambiente individual y social para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios de las estructuras sociales (Carranza, 1993). Así en esta definición, que aunque no es reciente, considero tiene la esencia de la psicología social comunitaria. Hace hincapié en el aspecto social y en la aplicación de la psicología para lograr cambios sociales.

La psicología comunitaria tiene sus orígenes en USA y en América Latina. Orígenes independientes. El origen latinoamericano tiene que ver con la necesidad de resolver los problemas sociales. Con el desarrollo de la PC se enfocó su ámbito a las comunidades. México no fue de los protagonistas a la hora del origen y desarrollo de la PC, a pesar de que somos uno de los países que presentan muchas de las problemáticas por las que se origina. La psicología en México ha tenido un crecimiento exponencial comparándolo con otras profesiones y tomando en cuenta que la facultad de psicología fue de las últimas

incorporaciones a Ciudad Universitaria (1973). Al respecto digo que actualmente hay un interés mínimo en su desarrollo cuando hay una necesidad clara de que nos involucremos los psicólogos en las comunidades mexicanas. En esta línea desarrollaré mi perspectiva, en donde planteo la necesidad de direccionar parte de la aplicación de la psicología a la sociedad, específicamente penetrando en las comunidades.

4.3.- El papel del psicólogo clínico en el equipo interdisciplinario para el desarrollo de programas comunitarios.

Hasta hace relativamente poco, el sector profesional del Psicólogo de la Intervención Social, adolecía de la falta de un cuerpo conceptual propio, debido a una diversidad de factores, que incluían tanto la falta de una especialización universitaria, como la dificultad de aunar una heterogénea variedad de actividades y funciones profesionales del psicólogo que trabaja en la Intervención Social.

Por otra parte, la imprescindible comunicación del Psicólogo de la Intervención Social con las administraciones públicas, universidades y profesionales del sector, hacía preciso delimitar una serie de funciones específicas del profesional, a fin de optimizar su trabajo individual y coordinado, con la red multidisciplinar en el que dichas funciones se llevan a cabo. El enfoque del/la Psicólogo/a de la Intervención Social, lejos de circunscribirse únicamente a la red de servicios sociales, busca de una manera más amplia, mejorar la calidad de vida y el bienestar de las personas, superando el marco conceptual que incluye términos como “marginación”, “inadaptación”, “pobreza”, etc. En un enfoque más amplio, la Psicología de la Intervención Social, pretende superar enfoques basados en las carencias y las patologías, para asumir un papel proactivo y autónomo del individuo. Éste se convierte así, en agente activo del cambio, tanto en el papel de la intervención en situaciones de cotidianidad o de crisis, como en la prevención de las mismas, al objeto de maximizar sus habilidades y competencias de análisis y transformación personal y de su entorno social. Se trata de un encuadre basado tanto en la intervención, como en la prevención, en una filosofía de empoderamiento y promoción de la autogestión, que adopta la perspectiva de la diversidad humana.

El logro de estas metas, requiere un abordaje multidisciplinar, en el que el trabajo del psicólogo de intervención social, se articula sin diluirse, en una estructura organizativa en red con otros profesionales, como trabajadores sociales, educadores, abogados, animadores socioculturales, profesores, agentes de igualdad y profesionales de otras disciplinas. En el ejercicio de su actividad profesional, el/la Psicólogo/a de la Intervención Social ejercerá sus funciones, ateniéndose siempre a los criterios científicos de la Psicología y a la normativa y especificaciones que establece el Código Deontológico de la profesión. En toda intervención sobre personas, grupos, instituciones o comunidades, el/la Psicólogo/a de la Intervención Social ofrecerá la información adecuada sobre las características esenciales de la relación establecida, los problemas que está abordando, los objetivos que se propone y el método utilizado. En caso de menores de edad o legalmente incapacitados, se hará saber a sus padres o tutores. En cualquier caso, el/la Psicólogo/a de la Intervención Social realizará funciones de: Atención Directa Ya sea individualmente o en grupo, se intervendrá con la población objetivo en la evaluación, orientación y resolución de sus necesidades.

Individualmente: Valoración de capacidades, orientación individual, aprendizaje de competencias, etc.

Grupalmente: Intervención basada en grupos de autoayuda, escuelas de padres, y programas de prevención y sensibilización, mediando y negociando, y proporcionando apoyo y foment de la participación, el consenso, la motivación y los procesos organizativos. La atención directa con las personas, familias y grupos, en situación de vulnerabilidad y dificultad social, se realiza con el fin de: Informar y orientar en relación a los aspectos psicológicos que pudieran favorecer o que sostienen y mantienen las situaciones de desprotección o vulnerabilidad social, tanto a personas individuales, como a grupos o entidades privadas y públicas.

Evaluar y diagnosticar los aspectos psicológicos presentes

Asesoramiento y Consultoría Externa El trabajo se dirigirá a los/las profesionales de los servicios de atención al ciudadano, respecto a su estructura de funcionamiento,

implementación y desarrollo de programas o resolución de conflictos interpersonales. }
Selección de personal. } Análisis de profesionales, puestos y estructuras de trabajo, sistemas
de relación y/ coordinación entre profesionales. } Evaluación e intervención en conflictos
profesionales en equipos. } Apoyo a relaciones externas con otros profesionales y entidades.

Gestión de la calidad del servicio. Dinamización Comunitaria Promoción y mejora de las
redes formales e informales de apoyo social, incluyendo el asociacionismo y la creación u
optimización de proyectos, planificando e implementando programas de carácter preventivo
de sensibilización y activación de los recursos propios de la comunidad. Para ello se utilizarán
técnicas y metodología específica de la profesión del psicólogo, tales como la generación de
procesos de participación comunitaria y empoderamiento, para que sea la misma comunidad
quien genere proyectos propios. Aprobado por Área (06/04/13) Roles y Funciones del
Psicólogo Intervención Social Página 6 de 27 Área de Psicología de la Intervención Social Se
trata de actuar sobre los factores sociales comunitarios, tanto en los que determinan
situaciones de vulnerabilidad y dificultad social, como en los que generan Bienestar y mejora
de la calidad de vida. Investigación Creación de conocimientos nuevos en base a estudios y
prospecciones, incluyendo: } La detección de necesidades sociales y grupos de riesgo. } Los
factores, tanto de riesgo como de protección, implicados en las situaciones de dificultad
social, en sus diferentes niveles: individual, familiar, grupal, comunitario. } El desarrollo de
técnicas e intervenciones psicológicas y psicoterapéuticas aplicables, desde los diferentes
modelos teóricos psicológicos, a las situaciones objeto de intervención. } Divulgación de
dichos conocimientos, no solo a través de los cauces estándares propios del ámbito
científico, sino igualmente, a la propia comunidad, incluyendo actividades de representación y
difusión, a través de los diferentes medios de comunicación. Planificación, Evaluación y
Gestión de Programas Sociales Estas funciones incluyen tanto la detección de necesidades
poblacionales, como de su resolución a través de la creación de programas específicos, y su
evaluación continua y final, en un proceso dinámico de evaluación/acción, que se
retroalimenta tanto de la experiencia adquirida, como de las nuevas ideas y proyectos que el
flujo de resultados genera. Formación Realización de actividades formativas, orientadas tanto
a población diana, como a los profesionales intervinientes, para que en su intervención

puedan tener en cuenta elementos y factores de carácter psicológico, aunque no intervengan de forma directa sobre ellos. En este sentido, quizá sea importante subrayar que el efecto terapéutico de una intervención no se consigue únicamente con las intervenciones de carácter psicológico o psicoterapéutico, sino con muy diferentes actuaciones (sociales, educativas, sanitarias, socioeducativas), si en ellas se tienen en cuenta los factores psicológicos en juego. Aprobado por Área (06/04/13) Roles y Funciones del Psicólogo Intervención Social Página 7 de 27 Área de Psicología de la Intervención Social No por ello se debe confundir la “intervención psicoterapéutica”, que se realiza mediante intervenciones metodológicas y técnicas propias y específicas del/la psicólogo/a, con el “efecto terapéutico” que puede generar una amplia gama de actuaciones e intervenciones propias de otras disciplinas. Por ello no debe descartarse un conocimiento de los factores psicológicos por parte de otros profesionales, para que en su consideración, que no tratamiento directo, puedan generar efectos terapéuticos. Además de las funciones específicas como psicólogo/a, este/a realizará funciones que son comunes con otros profesionales de la Intervención Social y no específicas del psicólogo, sino del campo de la intervención social. Por el propio objeto de la intervención y por la complejidad de los objetivos de la intervención social, las situaciones a acometer requieren generalmente de un abordaje interdisciplinar. En este mapa, las relaciones de los psicólogos con otras profesiones propias del campo de la intervención social (Trabajadores Sociales, Educadores Sociales, Abogados....) se convierten en un factor esencial para el adecuado manejo de las intervenciones. En este sentido, existen funciones comunes y asimilables entre los diversos profesionales de la intervención social, cada uno desde su corpus teórico y técnico y su propia responsabilidad y especificidad profesional. Algunas de estas tareas comunes, serán además compartidas y hasta realizadas conjuntamente, como la coordinación en red, ya que la propia definición de la tarea así lo estipula, mientras que otras, aún siendo comunes requieren de un trabajo específico y diferenciado de cada corpus profesional. Entre estas funciones comunes, que los diferentes profesionales y profesiones de la intervención social deben realizar, destacan: } La coordinación en red, como modo de intervención compartido. } La planificación, diseño, implementación y evaluación integrada de proyectos, programas y planes de intervención. }

La elaboración de informes y memorias de intervenciones y proyectos, delimitando en los informes psicosociales.

4.4.- Metodología de la investigación en psicología clínica.

I. - MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

El método experimental. Es un tipo de método de investigación en el que el investigador controla deliberadamente las variables para delimitar relaciones entre ellas, está basado en la metodología científica. En este método se recopilan datos para comparar las mediciones de comportamiento de un grupo control, con las mediciones de un grupo experimental. Las variables que se utilizan pueden ser variables dependientes (las que queremos medir o el objeto de estudio del investigador) y las variables independientes (las que el investigador manipula para ver la relación con la dependiente). Además debemos controlar todas las demás variables que puedan influir en el estudio (variables extrañas).

El método correlacional: Cuando una teoría científica postula la existencia de una correlación entre dos variables que no pueden ser analizadas experimentalmente, su presencia en una población o grupo puede ser detectada con el recurso del método de verificación correlacional.

El método observacional: El método de observación como instrumento de análisis. ... La observación científica "tiene la capacidad de describir y explicar el comportamiento, al haber obtenido datos adecuados y fiables correspondientes a conductas, eventos y /o situaciones perfectamente identificadas e insertas en un contexto teórico.

4.5.- Aspectos característicos de la investigación en ciencias del comportamiento.

Las ciencias de la conducta o del comportamiento, son un conjunto de disciplinas que centran su atención en la conducta humana en la medida en que influye y es influida por las actitudes, el comportamiento y las necesidades de otras personas.

Las disciplinas que forman parte de las ciencias de la conducta son: antropología, pedagogía, ciencias políticas, psiquiatría, psicología, criminología y sociología.

Este conjunto se incluye dentro de otro más amplio: las ciencias sociales. Estas estudian el origen, funcionamiento y las instituciones de la sociedad. Además, esta categoría más amplia incluye las disciplinas enmarcadas dentro de las ciencias de la conducta y otras como derecho, economía, historia y geografía. La investigación en estas áreas tienen ciertas pautas para su realización, una de ellas, recordar que los criterios de diagnóstico tendrán que realizarse con cuidado debido a la subjetividad que representa trabajar y estudiar a seres humanos.

Las ciencias de la conducta se aplican para diagnosticar y predecir la conducta humana, como, por ejemplo, en sondeos y encuestas (políticas, estudios de mercado, cuestionarios y pruebas de actitud), y con fines psicológicos, al estudiar y realizar pruebas de aptitud, habilidad, capacidad y personalidad. Las ciencias de la conducta engloban dos amplias categorías: la neurológica (ciencias de la decisión) y la social (científica).

Las ciencias de la decisión tratan de aquellas disciplinas relativas al proceso de decisión y los mecanismos individuales usados por un organismo para sobrevivir en un medio social. Entre ellas se incluyen la antropología, la psicología, la ciencia cognitiva, la teoría de organización, la psicobiología y la neurociencia social.

Por otro lado las ciencias de la comunicación tratan aquellos campos que estudian las estrategias de comunicación usadas por los organismos y las dinámicas entre organismos en un medio. Entre ellos se incluyen campos pertenecientes a la antropología, el comportamiento organizativo, los estudios sobre organización, la sociología y las redes sociales.

4.6.- La investigación clínica en el caso individual (estudios de caso).

El estudio de caso o análisis de caso es un instrumento o método de investigación con origen en la investigación médica y psicológica y que ha sido utilizado en la sociología por autores como Herbert Spencer, Max Weber, Robert Merton e Immanuel Wallerstein. Se sigue utilizando en áreas de ciencias sociales como método de evaluación cualitativa. El psicólogo educativo Robert E. Stake es pionero en su aplicación a la evaluación educativa.

Los estudios de casos incluyen una variedad de grupos de presión como movimientos de paz, movimientos sociales, derechos de las mujeres, exiliados, tratados internacionales y grupos extremistas de derecha. Los asuntos que se abordan incluyen la relación de los espacios públicos y privados en el contexto de la actividad política, la interrelación entre cambio social y cambio dentro de la familia, así como la relación entre generaciones en términos de políticas y de procesos que ofrecen la motivación para que un individuo participe en movimientos sociales. Esta técnica intenta contribuir al cambio de paradigma en la investigación de los movimientos sociales.

Según Daniel Díaz (1978), es un “examen completo o intenso de una faceta, una cuestión o quizás los acontecimientos que tienen lugar en un marco geográfico a lo largo del tiempo”. Otros como McDonald y Walker (1977) hablan de un examen de un caso en acción. Muchos otros lo definen también, pero todos coinciden en que es una investigación procesual, sistemática y profunda de un caso en concreto.

Un caso puede ser una persona, organización, programa de enseñanza, un acontecimiento, etc. En educación, puede ser un alumno, profesor, aula, claustro, programación, colegio...

Destacamos a Merriam (1988), quien define el estudio de caso como particularista, descriptivo, heurístico e inductivo. Es muy útil para estudiar problemas prácticos o situaciones determinadas. Al final del estudio de caso encontraremos el registro del caso, donde se expone este de forma descriptiva, con cuadros, imágenes, recursos narrativos, etc.

Algunos consideran el estudio de caso como un método, y otros como un diseño de la investigación cualitativa. Como dice Yin (1993), el estudio de caso no tiene especificidad, pudiendo ser usado en cualquier disciplina para dar respuesta a preguntas de la investigación para la que se use.

El estudio de caso cuenta con distintas categorías: crónico, descriptivo, pedagógico, y para contrastar una teoría según el objetivo de la investigación y los tipos del estudio de caso: factual, interpretativo y evaluativo. También destaca la clasificación de Stake (1994), en estudios de caso intrínsecos (para comprender mejor el caso), instrumentales (para profundizar un tema o afirmar una teoría) y colectivos (el interés radica en la indagación de un fenómeno, población se estudian varios casos). Son muchas las clasificaciones de estudio de caso. Destaca también la de Yin (1993). Según este, encontramos el estudio de caso único, que se centra en un solo caso, justificando las causas del estudio, de carácter crítico y único, dada la peculiaridad del sujeto y objeto de estudio, que hace que el estudio sea irreplicable, y su carácter revelador, pues permite mostrar a la comunidad científica un estudio que no hubiera sido posible conocer de otra forma. También encontramos el estudio de caso múltiple, donde se usan varios casos a la vez para estudiar y describir una realidad. Ahora, ya sea el estudio de caso único o múltiple, además puede tener una o más unidades de análisis, considerando la realidad que se estudia de forma global o en subunidades de estudio, independientemente de si se trata de uno o más casos.

En cuanto a los objetivos del estudio de caso, trata:

Producir un razonamiento inductivo. A partir del estudio, la observación y recolección de datos establece hipótesis o teorías.

Puede producir nuevos conocimientos al lector, o confirmar teorías que ya se sabían.

Hacer una crónica, un registro de lo que va sucediendo a lo largo del estudio.

Describir situaciones o hechos concretos

Proporcionar ayuda, conocimiento o instrucción al caso estudiado

Comprobar o contrastar fenómenos, situaciones o hechos.

Pretende elaborar hipótesis

Es decir, el estudio de caso pretende explorar, describir, explicar, evaluar y/o transformar.

4.7.- El trabajo de investigación en grupos.

El estudio sobre colectivos de investigación resulta significativo para comprender los cambios que están gestándose en los modos de producción del conocimiento (Gibbons, Limoges, Nowotny, Schwartzman, Scott y Trow, 1997). La modalidad individual de producción de saberes está siendo reemplazada por la interacción entre especialistas de una o varias disciplinas que deciden resolver problemas de interés común (Adams, Grant, Clemmons y Stephan, 2004). Este esquema de trabajo, según Bianco y Sutz (2005), está adoptándose debido a los procesos internos de la ciencia, donde los problemas que surgen en las disciplinas requieren de las capacidades de varios individuos que se complementan entre sí.

La colectivización también es incentivada por las políticas de ciencia y tecnología, que implementadas en un contexto de insuficiencia económica promueven la competencia entre agrupaciones para acceder a recursos limitados (Acosta Silva, 2006; López Leyva, 2010). En cualquier caso, resulta conveniente indagar ¿qué factores influyen en el desempeño de los grupos de investigación? La literatura especializada sobre el tema brinda algunas respuestas a esta interrogante, pero todavía resulta incierto si una agrupación opera eficientemente como resultado de las habilidades de liderazgo (Page, 1966), una atmósfera de comunicación positiva (Meader, 1953), la composición del grupo (Pelz y Andrews, 1966), una clara división de las tareas (Hamui, 2005), las condiciones institucionales o el proceso de maduración grupal (Didou y Remedi, 2008).

Los estudios examinados revelan la existencia de acuerdos en torno a los criterios que visibilizan el desempeño grupal, remiten a indicadores financieros, tecnológicos, tecnométricos pero, sobre todo, bibliométricos. El desempeño científico está asociado con el reconocimiento que la comunidad disciplinar otorga a sus practicantes a partir de la evaluación del capital acumulado y de las aportaciones al progreso del campo de conocimiento (Gordon, 1984; Becher, 2001). Los indicadores que validan la suficiencia de las agrupaciones descansan en el número de publicaciones que acumulan los practicantes, el

índice de impacto de las revistas que difunden las contribuciones, el número de citas que recibe un artículo, el monto de financiamiento de los proyectos de investigación, la cantidad de tesis dirigidas, la relevancia de las aportaciones para la comunidad disciplinaria, la invitación a eventos organizados por “el colegio invisible” y la entrega de distinciones otorgadas por asociaciones científicas, entre otros (Arechavala y Díaz, 1996).

Tradicionalmente esos indicadores son dominados por comunidades académicas con adscripción en establecimientos del centro de México (Remedi y Ramírez, 2016). Aunque el gobierno federal ha operado políticas para impulsar la descentralización de la ciencia, persiste la concentración de capacidades científicas de élite en las principales instituciones metropolitanas. Existe poca información sobre lo que ocurre con agrupamientos que habitan establecimientos alejados de esta zona geográfica. Justamente, el propósito de este artículo es presentar los resultados sobre algunos factores que intervienen en el desempeño de los grupos de investigación. La inclinación por analizar la actuación de tres agrupaciones en un escenario institucional como la Universidad de Sonora (Unison) lleva a plantearse las siguientes interrogantes: ¿Cómo se conformaron los grupos de investigación? ¿Qué estilo de liderazgo favorece el desempeño efectivo? ¿Cuáles son las formas de organización del trabajo que adoptan estos colectivos? ¿Qué estrategias de posicionamiento disciplinar despliegan? ¿Cómo contribuyen los líderes en el desempeño de los grupos?

La estructura del artículo consta de un marco de referencia donde se describe la idea de grupo que orienta el escrito, le sigue la descripción de la metodología puesta en juego para la recopilación y análisis de los datos, posteriormente, se presentan los tres casos de estudio y se cierra con una serie de reflexiones sobre los factores que influyen en la actuación de las colectividades científicas seleccionadas.

4.8.- Alcances y limitaciones de la psicología clínica

Como comentábamos en anterior oportunidad, en la psicología hay diversos enfoques que tiene en común el estudio del comportamiento humano. Sin embargo, para ser más precisos, el análisis de la conducta pretende establecer herramientas útiles para que las personas

puedan manejar los desafíos de la vida cotidiana: problemas en sus relaciones, vacíos en su afectividad, inseguridades, etc.

Una buena terapia debe apuntar a que la persona pueda identificar sus debilidades para contrarrestarlas con sus fortalezas y así restablecer un adecuado equilibrio en su vida. Por lo tanto, desde un enfoque u otro, la psicología busca prestarle un servicio al ser humano para que pueda solucionar sus problemas de relacionamiento, con los demás, o consigo mismo.

Un aspecto fundamental dentro de este desafío, hace referencia a dos elementos esenciales para el ser humano; (a) Cuando una persona tiene problemas de relacionamiento con los demás, y es engañada, violentada, burlada, etc, dichas experiencias generan heridas en su corazón que suelen ser muy dolorosas. (b) Por un mecanismo de defensa que parece lógico, ante una herida, las personas tienden a encerrarse en sí mismas para evitar ser lastimadas de nuevo. Producto de este aislamiento, se levantan verdaderas murallas que dificultan aún mas la comunicación entre las personas, especialmente con quien se han tenido problemas (los padres, el esposo, etc.).

Vistas así las cosas, el verdadero reto para que una persona pueda volver a tener una vida como la que conocía antes del problema, consiste en sanar esa herida y en derrumbar las murallas que se levantaron para evitar que el corazón fuera mas lastimado.

Lo que yo puedo decir desde mi experiencia de algo más de 15 años como psicólogo, es que para esas dos tareas la terapia es prácticamente inocua. Menciono un par de razones de manera ágil: (a) los factores que causaron la herida están en el pasado y por lo tanto no pueden ser manipulados para que no sigan haciendo daño a la persona. (b) Las trampas mentales para pretender que ese dolor no cause daño, no alcanzan a ser eficientes, puesto que el amor es la fuerza más grande que hay en el ser humano, y el sentimiento llega a lugares que no conoce el intelecto.

Se pueden dictar horas y horas de talleres sobre habilidades sociales, pero la timidez causada por una mala experiencia, puede resistirse a desaparecer si la persona **NO QUIERE** enfrentar

su miedo. Se pueden dar docenas de argumentos al infiel para que respete a su esposa y a la promesa que hizo ante Dios, pero ello no garantizará que sea más fuerte que la debilidad de mirar a otras mujeres. Se necesita que QUIERA ser fiel.

Con base en lo mencionado aquí, si no se sana la herida y se derrumba la muralla, cualquier intento de cambio será inútil. Y lo único que conozco para desarmar esas paredes de piedra calcárea y revivir el tejido muerto por la herida, es la acción amorosa y perfecta de Dios, que sin quitar nada a nadie, a todos nos da, no solo lo que necesitamos para vivir, sino lo que nos hace falta para volver a vivir.

Desde la orilla de la psicología lo que puedo decir es que, humanamente hablando, no tenemos la capacidad de “ver” el corazón para descubrir qué está dañado en él y cómo arreglarlo. Creo firmemente que esa es una capacidad exclusiva de Su Creador, quien con Su Misericordia, logra que lo que dolía, ya no sea trágico sino que se pueda recordar con paz y, por lo tanto, ya no sea necesaria una barrera que aisle a la persona de sus potenciales agresores.

Bibliografía básica y complementaria:

Referencias bibliográficas

Alarcón, L. (2007). *Psicología social de la salud – Promoción y Prevención*. Bogotá: El Manual Moderno, pp. 208.

Belloch, A.; *Psicología y Psicología Clínica: Sobre Árboles y Ramas*; pp 67 – 93. Baéz, J.; (2008) *normalidad, anormalidad y crisis*; tesis psicológica; pp 134 – 145 9

González, Ordí H.; (2008). *Un paseo por la historia de la psicología clínica y de la salud: entrevista a Helio Carpintero*; revista clínica y salud; pp 121 – 129.

Moreno, A. & Tolosa, D. (2011). *La relación terapéutica, más allá de la aptitud*. *Ágora de enfermería* 15 (3), pp. Ormart, E.; (2006). *Abstinencia y neutralidad: un análisis de los Códigos de Ética de las Asociaciones de Psicólogos de la República Argentina*; revista perspectivas psicológicas; pp 20 – 34.

Piña, López J.; (2003). *Psicología clínica y psicología de la salud: en defensa de la psicología de la salud*; revista suma psicología; pp 67 – 80.

Phares, J. & Trull, T. (2003). *Psicología clínica, conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*; Columbia: Thompson. Rey, C.;

Guerrero-Rodríguez, S. (2012). *Tendencias de proyectos de investigación en psicología clínica en Colombia*; revista psicología desde el Caribe; pp 177 -104.

Umaña Giraldo H.; (2011). *Relación médico – paciente: un buen negocio*; revista médica de Risaralda; pp 59 – 64.

Anthony, M.A. y Barlow, D.H. (1997). En V.E. Caballo (Dir.), *Manual para el tratamiento cognitivo-conductual de trastornos psicológicos (Vol.I)*. Madrid: Siglo XXI.

Bados, A. (2000) Agorafobia y ataques de pánico. Madrid: Pirámide.

Bados, A. (2001) Fobia Social. Madrid: Síntesis

Diccionario Terminológico de Ciencias Médicas (1990). Barcelona: Salvat.

DSM-IV

Gavino, A. (1997). Técnicas de terapia de conducta. Madrid: Martínez Roca.

Luciano, M.C. (1996). Manual de psicología clínica: Infancia y adolescencia. Valencia: Promolibro.

www.psicologia-online.com