

UDS

ANTOLOGÍA

SUPERVISIÓN DE CASOS CLÍNICOS

LICENCIATURA EN PSICOLOGÍA

NOVENO CUATRIMESTRE

Marco Estratégico de Referencia

ANTECEDENTES HISTORICOS

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 de Primaria 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 tarde.

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 septiembre de 1996 como chofer de transporte escolar, Karla Fabiola Albores Alcázar se integró como Profesora en 1998, Martha Patricia Albores Alcázar en el departamento de finanzas 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, Sedes y Centros de Enlace Educativo, así como de crear los diferentes planes estratégicos de expansión de la marca a nivel nacional e internacional.

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 de la UDS, está constituido por tres líneas curvas que nacen de izquierda a derecha formando los escalones al éxito. En la parte superior está situado un cuadro motivo de la abstracción de la forma de un libro abierto.

ESLOGAN

“Mi Universidad”

ALBORES



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

SUPERVISIÓN DE CASOS CLÍNICOS

Objetivo de la materia: Conocer y adquirir los conocimientos clínicos básicos, para la realización de interpretación diagnóstica de casos clínicos, así como los procesos dinámicos específicos que expliquen las diferentes perspectivas de comportamiento del individuo. Adquirir aprendizajes de los tratamientos patológicos y modelos psicológicos.

INDICE

Unidad I**Fundamentos de psicología clínica**

1.1	Que es la psicología clínica.....	10
1.2	Aspectos fundamentales de la psicología clínica.....	12
1.3	Exploración del estado mental.....	16
1.4	Entrevista clínica.....	20
1.5	Diagnóstico clínico.....	22
1.6	Importancia de la supervisión clínica en psicología.....	25
1.7	La práctica de la supervisión de casos clínicos.....	26
1.8	Evaluación clínica.....	30
1.9	Casos clínicos.....	32
1.10	Pruebas en psicología clínica.....	34
1.11	Ética y razonamiento ético.....	43
1.12	Como evaluamos lo que hacemos.....	45

Unidad 2 Conducta

2.1	Concepto de modificación de conducta.....	47
2.2	Fase de evaluación e intervención.....	48
2.3	Conducta normal y anormal.....	50
2.4	Salud mental.....	51
2.5	Enfermedades mentales.....	56
2.6	Principales trastornos de salud mental.....	57

2.7 Introducción a la patología.....63

2.8 Ramas de la patología.....66

2.9 Patologías afectivas: signos y síntomas 66

2.10 Patologías neuróticas: signos y síntomas 72

2.11 Patologías de la conducta: signos y síntomas.....75

Unidad 3

Introducción al tratamiento patológico

3.1 Terapia somática77

3.2 Terapia de la depresión 78

3.3 Terapia de la manía 80

3.4 Terapia de la psicosis83

3.5 Terapia de la ansiedad..... 85

3.6 Terapia cognitivo-conductual.....86

3.7 Técnicas cognitivas..... 88

3.8 Psicoanálisis91

3.9 Modelo humanista existencial92

3.10 Teoría de la terapia sistémica.....93

3.11 Estrategias psicoterapéuticas del enfoque sistémico 95

3.12 Escultura familiar 96

3.13 Recapitulación 100

3.14 Clarificación 100

3.15 Genograma 101

Unidad 4

Teorías y modelos psicológicos

4.1 Como tratar al individuo 102

4.2 Psicoterapia y psicoanálisis..... 104

4.3 Psicoterapia de tiempo limitado 111

4.4 Terapia conductual y cognitiva.....	114
4.5 Psicoterapia de grupo.....	126
4.6 Terapia familiar	130
4.7 Terapia de pareja.....	131
4.8 Terapia breve en la psicología clínica	140
4.9 Evaluación y tratamiento de niños y adolescentes	142
4.10 Resistencia al tratamiento	144
4.11 Un modelo integrado de la resistencia	145
BIBLIOGRAFIA.....	147

UNIDAD I

FUNDAMENTOS DE PSICOLOGIA CLINICA.

1.1.- Que es la psicología clínica.

En un intento por definirla y describir la psicología clínica, Resnick(1991)

propuso la siguiente definición:

El campo de la psicología clínica comprende investigación, enseñanza y servicios relacionados con las aplicaciones de principios, métodos y procedimientos para la comprensión, predicción y alivio de la desadaptación, discapacidad e incomodidad intelectual, emocional, biológica, psicológica, social y conductual, aplicados a una amplia gama de poblaciones de clientes. Según Resnick, las áreas de habilidad que se consideran esenciales para el campo de la psicología clínica incluyen: evaluación y diagnóstico, intervención o tratamiento, consultoría, investigación y aplicación de principios éticos y profesionales. Así mismo Resnick afirma que los psicólogos clínicos son únicos en cuanto a su pericia en las áreas de personalidad y psicopatología y en su integración de ciencia, teoría y práctica.

El psicólogo clínico.

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

Actividades clínicas.

Psicoterapia.

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

En algunos casos, la terapia implica principalmente una búsqueda de insight,

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

Evaluación/diagnóstico

Todos los clínicos practicantes participan en la evaluación de una u otra manera.

Tómense por ejemplo, los siguientes casos:

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

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

Enseñanza

Es obvio que los psicólogos clínicos que tiene compromisos académicos de tiempo completo o medio tiempo dedican considerablemente cantidad de tiempo a la enseñanza. Aquellos cuyas responsabilidades se sitúan

principalmente en el área de posgrado enseñan cursos avanzados en psicopatología, pruebas psicológicas, entrevista, terapia, teoría de la personalidad, psicopatología experimental y demás.

Supervisión clínica

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

Investigación

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

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

Consultoría.

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

1.2.- Aspectos fundamentales de la psicología clínica.

En 1899, veinte años después de la inauguración del primer laboratorio de psicología en Leipzig Alemania, la Psicología ha sido considerada, en su globalidad, como una disciplina en crisis. La referencia a la crisis de la Psicología fue presentada por R. Willy, en un artículo titulado *Die krisis in der psychologie*. En ese artículo, Willy seguía las tesis presentadas por Mach

(1896, citado en Caparrós, 1980) sobre el análisis de las sensaciones y la relación de lo físico con lo psíquico. Willy establece un diagnóstico claro de la crisis: la Psicología resulta impresentable frente a las ciencias naturales por causa del dualismo, origen de interminables debates entre los psicólogos y metodológicamente funesto. La solución que propone es tomar la sensación como elemento básico, constitutivo único de la conciencia y de la materia (tal como la fenomenología Husserliana lo proponía). Wundt era objeto de fuertes críticas como principal formulador del dualismo. Allí ponía en evidencia las contradicciones existentes entre la Psicología y las ciencias naturales, a la extrapolación del método científico positivista, tarea que fue ardua e infructuosa al asumir en forma explícita dicho método.

Muchos historiógrafos de la Psicología han señalado que los psicólogos se organizaron muy pronto como scientific community pues no sólo se han contentado con producir conocimientos científicos, sino que han proclamado insistentemente a cuatro vientos que son científicos. Aquí cabe preguntarse la razón de tal insistencia, y si además de lo científico existen otras formas de abordar la subjetividad. Entre 1903 y 1913 hubo intentos muy marcados por una revisión generalizada de los objetivos, métodos y conceptos fundamentales de la Psicología así como por una crisis profunda del estatus de la conciencia (Reflexiones en el seminario de epistemología de la Psicología).

El período de 1907, se caracterizó por una rebelión contra términos psicológicos tan tradicionales y consagrados como conciencia, sentimiento y sensación. De 1911 se destaca la continua lucha sostenida por algunos psicólogos en pos del logro de una mínima claridad sobre lo que es el objeto de la Psicología. En 1913 aparecen de manera radical los continuados ataques a la introspección. Como dato curioso (Caparrós, 1980, p. 10) aparece una apreciación de Wundt refiriéndose a la interpretación norteamericana de la Psicología: aborrecía la orientación pragmática de los americanos por subordinar la Psicología pura a la aplicada, y consideraba importante en la formación del psicólogo, que además de buenos experimentadores los graduados debían ser bien formados en Filosofía y Psicología. Hacia 1924, los escritos de Vygotski muestran que él ve también la crisis en la multiplicidad de

psicologías. A todas las somete a una crítica radical. La crisis revela la escisión de la Psicología entre dos concepciones de psicología irreconciliables: la científico-natural y la científico-fenomenológica; de las que luego surgieron múltiples escuelas de pensamiento. Para Vygotski, la Psicología teleológica- intencional ha de llegar al fin definitivo, y al mismo tiempo a la determinista- causal (conductismo, funcionalismo, reflexología, Gestalt, etc.) se le ha de dotar de aquello de lo que han carecido las más próximas a sus principios: conceptos histórico-sociales y el materialismo dialéctico como metodología general (Caparrós, 1980).

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

La problemática de la Psicología aplicada.

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

La aplicación de pruebas, comenzó además, a ser un negocio. Se comercializaron las pruebas y por ende se ofreció asesoría a negocios e

industrias, ¿atisbos de Psicología empresarial? Además de aplicar pruebas, los psicólogos tuvieron que hacer entrevistas, escribir informes psicológicos, y debido al enorme número de trastornos psicológicos durante y después de la guerra, tuvieron que realizar terapia, paradójicamente psicoanalítica. Esto pone en evidencia que los psicólogos clínicos no estaban capacitados para hacer intervenciones psicoterapéuticas.

La psicoterapia en disputa.

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

La psicoterapia más allá de la ciencia psicológica.

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

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

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

La psicoterapia antes que nada se ocupa de la vivencia subjetiva, de la experiencia inmediata, referida a la forma cómo las personas intuyen, percibiendo de manera vívida el mundo de la vida. La psicoterapia es un arte y no una derivación de una aplicación sistemática de una teoría psicológica. Bruno

Bettelheim definía la psicoterapia como el arte de lo obvio, al arte de ver claramente aquello que está ahí para ser visto, en vez de superponerle nuestras propias ideas previas y nuestros prejuicios (Bettelheim y Rosenfeld, 1994, p. 237).

I.3.- Exploración del estado mental

El examen del estado mental se ha definido como una obtención sistemática de datos basada en la observación de la conducta del paciente, realizada tanto durante la entrevista, como en otras circunstancias (sala de espera, unidad de hospitalización).

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

a. Descripción general. Se valorará:

— Aspecto general e higiene. Se observa la higiene personal, la forma de vestir y el aspecto general del paciente, describiendo rasgos que pudieran ser considerados como extravagantes. — Psicomotricidad. Se recoge el aumento o inhibición de la actividad motora, la presencia de inquietud o agitación, perseveraciones motoras (estereotipias motoras), ecopraxia (repetición mimética de gestos realizados por el entrevistador) tics o movimientos involuntarios, que serán descritos de la manera más precisa posible.

— Conducta y actitud general. Se recoge si el paciente se muestra colaborador, si muestra interés por la entrevista o, por el contrario, está distante, desinteresado o ausente; si está tranquilo y relajado o tenso, angustiado, receloso, con una actitud defensiva o si realiza comentarios sarcásticos. Es importante reseñar si las respuestas son adecuadas a las preguntas, y si ha reaccionado especialmente hacia alguna pregunta concreta. Asimismo, quedará reflejado en la evaluación si el paciente se muestra hostil y amenazante, adopta actitudes de desafío, negativismo, o muestra alguna conducta que pudiera ser considerada anormal o excéntrica.

b. **Nivel de conciencia.** Fundamentalmente se examina el grado de alerta o vigilancia que mantiene el paciente durante la entrevista, así como sus posibles fluctuaciones.

Cuando el nivel de conciencia está reducido se dice que el paciente está obnubilado (obnubilación-estupor-coma); suele ir asociado a otras alteraciones cognitivas, como desorientación y disminución de la capacidad para fijar información.

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

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

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

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

— Cálculo: realización de cálculos numéricos sencillos.

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

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

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

- Estado de ánimo, aspecto subjetivo. Descripción que realiza el paciente sobre cómo se siente interiormente a nivel emocional (triste, angustiado, desesperado, alegre, irritable).
- Estado de ánimo: aspecto objetivo. Emoción comunicada por el paciente a través de su expresión facial, gestos, tono de voz.
- Afecto o grado de variabilidad emocional observada a lo largo de la entrevista. Así, puede apreciarse una incapacidad para mostrar cualquier tipo de cambio emocional o, por el contrario, un aumento de la reactividad emocional. La observación de la expresión gestual o de las modificaciones en las inflexiones de la voz proporciona información sobre este punto. Es importante recoger si esta variabilidad emocional es adecuada, o si el paciente presenta una respuesta emocional inadecuada al entorno ambiental.

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

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

- Ideas delirantes. Es indispensable describir de una forma precisa el tema de las ideas delirantes, utilizando siempre que sea posible expresiones utilizadas por el paciente. Asimismo, deberá especificarse el nivel de sistematización del delirio, la presencia de rasgos bizarros y su repercusión conductual.
- Ideas, sentimientos o impulsos autolesivos, precisando su consistencia, grado de planificación y circunstancias ambientales relacionadas con su presencia.

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

g. **Alteraciones perceptivas.** Las alucinaciones (percepción sin objeto) y las ilusiones constituyen las alteraciones perceptivas más significativas, pudiendo afectar a los distintos sentidos. Son evaluadas preguntando al paciente de una manera más o menos directa sobre el tema; no obstante, a partir de la observación se pueden encontrar indicadores conductuales que sugieren su presencia (p. ej., presencia de soliloquios).

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

7. VALORACIÓN FUNCIONAL La exploración del estado mental debe ir acompañada

de una evaluación funcional del paciente. Al menos deben ser exploradas las siguientes áreas de funcionamiento:

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

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

Fuentes bibliográficas: 1.- Héctor Santíes Castilla. Psiquiatría para médicos no psiquiatras, Edit.

Panamericana. 2.- Manual de psiquiatría.

I.4.- Entrevista clínica.

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

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

Aspectos esenciales y técnicas de entrevista.

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

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

Disposiciones físicas.

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

Escenario.

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

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

Tomar notas y grabaciones.

De nuevo, existen pocas normas absolutas. En general, parecería deseable tomar algunas notas durante la entrevista. Anotar unas cuantas frases clave ayudará al clínico a recordar. Debe evitarse cualquier intento por tomar notas al pie de la letra, excepto cuando se aplica una entrevista estructurada. Las

anotaciones excesivas tienden a evitar al clínico preste atención completa a la esencia de las verbalizaciones del paciente.

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

Rapport

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

Comunicación

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

Inicio de una sesión

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

Lenguaje

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

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

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

Silencio

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

Escuchar

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

1.5.- Diagnóstico clínico.

Una de las funciones del profesional psicólogo, tal vez incluso una de las que es considerada más típica del quehacer del psicólogo, es la de efectuar diagnósticos psicológicos. El término diagnóstico es ampliamente utilizado, no sólo en el ámbito de la psicología o de las ciencias de la salud, sino que en el contexto de muchas de las disciplinas profesionales, y pareciera que en general se entiende su significado.

En el campo de la psicología, podemos decir que el psicólogo intentará hacer un psicodiagnóstico cuando, a través de los métodos propios de la psicología, intente llegar a una conclusión acerca de las características de una persona, de un grupo de personas o de un hecho psicológico en sí.

Por otra parte, es importante destacar que el psicodiagnóstico es el resultado de un examen detallado o de un estudio minucioso de algunas muestras de conducta. No debemos perder de vista el hecho de que los fenómenos psíquicos (o procesos psicológicos) no los podemos observar o medir

directamente, sino sólo su exteriorización o manifestación a través de alguna forma de comportamiento o conducta.

En consecuencia, podemos decir que el diagnóstico psicológico intentará establecer de la manera más objetiva posible, las características psicológicas de una persona o un grupo de personas, otorgando a sus conclusiones un relativo valor de probabilidad. Es importante no perder de vista este último aspecto: dadas las características de lo diagnosticado (características humanas) y las características de los instrumentos de diagnóstico (entrevistas, test o pruebas psicológicas), siempre habrá un cierto margen o probabilidad de error.

Visto de este modo, tenemos que un test psicológico no es otra cosa que un conjunto de estímulos utilizados para provocar en el sujeto una respuesta, respuesta que es en sí misma una forma de conducta. Las conductas específicas que se hacen manifiestas en la situación de examen psicológico como respuesta a los estímulos que constituyen el test que se está utilizando, se supone que son un indicador del aspecto o variable psicológica que se desea diagnosticar. El test psicológico no hace sino medir una conducta. Sólo es posible determinar por la experiencia que dicha conducta puede servir como índice efectivo de otra. En este sentido, la predicción se entiende aquí no sólo en el sentido de deducir de un rendimiento actual una conducta futura, sino también en el sentido que el diagnóstico de una condición presente significa una predicción del comportamiento del individuo en situaciones distintas a las del test.

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

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

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

Resumiendo, tenemos que:

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

Otro punto que es importante tener claro respecto del psicodiagnóstico es que no busca explicar. Con frecuencia cometemos el error de considerar los resultados o las conclusiones obtenidas, como explicaciones de ciertos hechos.

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

1.6.- Importancia de la supervisión de casos clínicos

La supervisión psicológica de casos clínicos en psicología desempeña un papel fundamental en la formación de los psicólogos porque ofrece un espacio para reflexionar sobre las técnicas y métodos que se han elegido para desarrollar la terapia, logrando así encauzar el tratamiento en la dirección más adecuada.

No obstante, la supervisión clínica en psicología no se limita exclusivamente a los primeros años de vida profesional, también es una herramienta muy útil para mantener una práctica de calidad. De hecho, esta actividad ha surgido de la necesidad de compartir las experiencias profesionales, aclarar dudas y validar el enfoque con el cual se ha

abordado determinado caso analizando la dinámica que ha tenido lugar

Cada etapa por la que transita un psicólogo a lo largo de su formación profesional implica un reto diferente. La forma en la cual se enfrente ese desafío determinará si el terapeuta continuará evolucionando o si se quedará atascado. Cuando se experimenta una sensación de bloqueo, no se comprende con certeza lo que está sucediendo en las sesiones o no se sabe qué hacer a continuación, es necesario pedir ayuda. En estos casos, la supervisión de casos clínicos en psicología es esencial ya que se convierte en una herramienta de reflexión que nos permite seguir adelante.

Por otra parte, la supervisión de casos clínicos también es una excelente estrategia para monitorizar la calidad de los servicios psicológicos que se ofrecen. Es importante no comprenderla como un proceso de evaluación externa sino más bien como una manera para contrastar nuestras competencias profesionales y crecer como terapeutas.

La supervisión psicológica es un instrumento de trabajo que tiene dos vertientes fundamentales: la formación y la colaboración. Se trata de una herramienta muy valiosa para el psicólogo que está dando sus primeros pasos ya que le permite perfeccionar sus habilidades terapéuticas y resolver sus dudas. No obstante, también es ideal para solucionar el estancamiento en la terapia y para resolver los casos más difíciles, analizándolos desde otra perspectiva y/o revalorando las hipótesis de trabajo.

Sin embargo, la supervisión de casos clínicos en psicología no solo tiene el objetivo de ayudar a resolver los casos sino que también contribuye a potenciar las habilidades terapéuticas, ya que se convierte en un espacio para compartir recursos, estrategias y técnicas psicológicas. En este proceso se analiza tanto la relación que se ha establecido con el paciente como el tipo de vínculo que se ha creado y la idoneidad de las técnicas aplicadas.

1.7.- La práctica de la supervisión de casos clínicos

La supervisión clínica es un área profesional que reviste gran importancia en la formación de psicoterapeutas, debido a que no sólo aporta retroalimentación al trabajo técnico, sino que promueve una práctica ética, el cuidado y bienestar del paciente, la actualización constante del psicoterapeuta y su auto-observación, entre otros beneficios. En México no existen programas de entrenamiento formal para supervisores debido a varios factores, entre ellos, la falta de regulación de la

profesión psicológica y la ausencia de leyes específicas. No obstante, la supervisión se realiza y es funcional en la mayoría de los casos, aunque se dé bajo condiciones que no son las óptimas.

La supervisión clínica es una actividad profesional en la cual un supervisor experimentado brinda retroalimentación a un psicoterapeuta en formación, o bien, ya con práctica establecida, a fin de apoyar en el manejo de los casos de sus pacientes. Usualmente es vista como una relación de mediano a largo plazo donde existen criterios de evaluación (explícitos y/o implícitos) y en la cual también se da una jerarquía de roles asignados por niveles de experiencia. Selicoff (2006) agrega que si bien se trata de una relación donde hay una jerarquía, el vínculo o alianza entre supervisor y supervisado debe ser colaborativo, de modo que se compartan ideas para el manejo de los casos y ambos profesionales se enriquezcan. La supervisión cumple a su vez con varias funciones: por un lado, mejora las habilidades psicoterapéuticas de quien es supervisado, también hace un control sobre la calidad del servicio terapéutico que se ofrece e incluso, en los programas de posgrado, puede funcionar como un filtro de selección para separar a aquellas personas que pueden dedicarse a esta labor de las que no están calificadas (Goodyear & Bernard, 1998; Milne, 2007). Por su parte, O'Donovan, Halford y Walters (2011) sugieren que la supervisión tiene una "función restauradora" porque constituye un medio para que el supervisado obtenga bienestar y crecimiento personal a través del apoyo que se brinda y que es base fundamental en la formación psicoterapéutica. Un beneficio directo de este apoyo es que el psicoterapeuta puede concentrarse más eficientemente en su cliente al disminuir su propia ansiedad y separando con eficacia los temas personales de los profesionales. Por otro lado, la supervisión puede ser vista como un intercambio entre iguales que provee de herramientas, experiencias y conocimientos teóricoprácticos que favorecen la eficacia de los tratamientos (Holloway & Neufeldt, 1995; Milne, 2007; Selicoff, 2012; Thomas, 2010; Todd & Storm, 2002) y permite el manejo ético de diversas situaciones al tiempo que promueve la generación de mejores estrategias psicoterapéuticas al crearse comunidades de aprendizaje entre profesionales. (Green, Shilts & Bacigalupe, 2001; Holloway & Neufeldt). Como se puede apreciar, la supervisión clínica es un área indispensable

para la práctica profesional y por ello llama la atención que a nivel internacional los entrenamientos formales para supervisores sean escasos o incluso inexistentes (Falender & Shafranske, 2012; Goodyear & Bernard, 2004). Cabe mencionar también que en la oferta de dichos programas de formación se aprecia una alta variabilidad en lo que al entrenamiento se refiere, teniendo diversos abordajes, metodologías, manejándose con o sin práctica real (Hunsley y Barker, 2011). Apesar de lo mencionado anteriormente, es necesario agregar que en países como Estados Unidos, Australia, Gran Bretaña y España existen regulaciones específicas tanto en los códigos de la profesión como dentro del marco legal de estos países para que el ejercicio de la supervisión. Esto significa que el supervisor debe recibir una preparación específica amplia, que incluya entrenamiento teórico-práctico real; obtener una certificación que garantice su especialización y además, recibir una evaluación continua, de tal suerte que se garantice que esta actividad sea de alta calidad (Villafuerte, 2016). En México la historia es muy distinta, ya que no hay una conexión ético-legal ni para el ejercicio de la psicología clínica ni para la supervisión. Los códigos éticos con los que se cuenta son poco específicos y la Ley de Salud Mental del Distrito Federal (2011) contempla lineamientos muy generales, aplicables a las profesiones de salud mental, pero sin mayor detalle o distinción entre ellas. Por esta razón, los entrenamientos para la formación de supervisores que se llegan a ofrecer no son obligatorios para ejercer la supervisión y carecen de especificaciones que los estandaricen, siendo las propuestas muy diferentes entre sí. Esta es la razón por la cual existen cursos, principalmente teóricos, donde se trabajan temas aislados, no se incorpora un área práctica, hay ausencia en el desarrollo de habilidades y no hay una evaluación de competencias.

Cabe destacar que hay tres escuelas psicológicas que promueven más activamente la formación de supervisores, aunque no sea un requisito obligatorio; éstas son: el psicoanálisis, el modelo cognitivo-conductual y el enfoque sistémico. Además de la falta de obligatoriedad, el problema radica en que no hay una preparación integral para trabajar con otros modelos salvo el propio (Villafuerte, 2016). Todo esto genera que en México no existan entrenamientos formales en supervisión clínica (Selicoff, 2012), aunque en la última década sí se ha dado un aumento en el interés por conocer sobre el estado del arte de ésta. Por ejemplo, Paquentin (2004) y

Selicoff (2006) hacen un breve recorrido por la investigación de psicólogos mexicanos sobre cómo se ha abordado la supervisión desde la postura posmoderna, abarcando temas como la importancia de la relación con el supervisado, competencia y experiencia, apertura a diversas ideas, la responsabilidad en sus diferentes facetas, la formación y entrenamiento del supervisor, las implicaciones de lo que significa “ser supervisor” y niveles de análisis así como el uso del Equipo Reflexivo. Ahora bien, ante la pregunta sobre ¿cómo se han preparado profesionalmente los supervisores con quienes los futuros psicoterapeutas mexicanos se entrenan en la actualidad? La respuesta es que históricamente el proceso de formación de supervisores se ha dado a través de la práctica clínica y la experiencia (Desatnik et al., 1999; Gonsalvez & Milne, 2010; Selicoff, 2012; Sánchez-Sosa, 2007). Usualmente los supervisores aprenden a llevar este rol cuando se da una conjunción de elementos entre los que se encuentran: la experiencia clínica, el reconocimiento profesional y las necesidades de su lugar de trabajo. De este modo el psicólogo con mayor pericia empieza a entrenar y profesionalizar a los psicoterapeutas que apenas están aprendiendo la labor clínica, lo cual no necesariamente es una mala decisión o no rinde frutos (Desatnik et al.; Selicoff). Por otro lado, el modelo de supervisión que tiende a realizarse es el mismo al que se fue expuesto en la propia formación y si fue el adecuado, la labor de supervisar será exitosa y gratificante tanto para el supervisado, como para el supervisor y por ende, para el paciente. Sin embargo, si esto no sucede, se pueden presentar dos caminos: el primero y más común es que el supervisor se vuelva autodidacta y perseverante para hacer de la supervisión una experiencia enriquecedora y útil para todos los participantes; el segundo es que simplemente se mantendrá la inercia y se replicará el modelo poco funcional con el cual se aprendió (Desatnik et al.; Falender & Shafranske, 2012; Milne, 2009; Todd & Storm, 2002). Ante este panorama resulta preocupante notar que, habiendo tantos programas de maestría para formar psicoterapeutas, no exista un solo entrenamiento formal, obligatorio y de amplio alcance en México para preparar a los supervisores que los guiarán en sus aprendizajes. Más allá de eso, hay que recordar que la supervisión es una herramienta a la que se puede recurrir aún cuando ya se tiene amplia experiencia como clínico, ya que siempre resulta útil

recibir retroalimentación sobre el propio desempeño, así como recibir consejo sobre cómo manejar con mayor eficacia los casos complicados, o bien, como mencionan Holloway y Neufeldt (1995) para formar “una comunidad de aprendizaje entre profesionales” de diversos modelos. Como conclusión, podemos afirmar que el hecho de que históricamente la supervisión se haya manejado y se siga dando bajo las condiciones antes descritas, no significa que deba permanecer así; al contrario, es necesario seguir haciendo investigación para generar propuestas de mejora en términos de entrenamiento y evaluación, principalmente. También es relevante promover que exista una conexión entre los lineamientos de la práctica clínica, incluida la supervisión, y el marco legal del país para continuar la evolución de la profesión y para proveer un servicio de calidad y eficaz a nuestros pacientes.

1.8.- Evaluación clínica

La evaluación tiene que ver con la valoración de los individuos como una base para la toma de decisiones. Las decisiones involucradas en la evaluación son variadas y dependen del escenario que exista. Por ejemplo, un psicoterapeuta a menudo usa la evaluación como base para elegir un tratamiento efectivo con un nuevo paciente. En contraste, un psicólogo que se encuentra en las fuerzas armadas usa la evaluación como un medio para seleccionar individuos para asignaciones especiales. En efecto, el término evaluación fue inventado durante la Segunda guerra mundial ante la realización de un programa para seleccionar individuos y prepararlos para las asignaciones del servicio secreto en la Oficina de servicios estratégicos (OSS, Office of strategic services; específicamente con el personal de Evaluación, 1948). La primera aplicación de la evaluación fue hecha con la intención de elegir personal militar para asignaciones sensibles y de alto riesgo en ultramar. Los candidatos para el servicio secreto se sometían cuatro días a exámenes escritos, entrevistas y pruebas de personalidad, bajo el escrutinio de los psicólogos y psiquiatras de OSS. El personal de la OSS recolectó gran cantidad de información de los candidatos, la cual incluía los resultados de las entrevistas, datos de las pruebas, listados y calificaciones de los candidatos. Además, el proceso de evaluación incluía una variedad de pruebas situacionales diseñadas para evaluar el

comportamiento de los candidatos bajo condiciones estresantes, frustrantes y de ansiedad inducida. En una prueba se le dijo a cada candidato que realizara una tarea, tal como construir un puente sobre un pequeño río con dos "ayudantes" que de manera intencional obstruirían las labores. Otra prueba situacional utilizó un grupo sin líderes, como un método para valorar las características personales que consisten en liderazgo, iniciativa y cooperación. Basándose en la información de todas las fuentes, el personal de la OSS calificó a cada individuo en docenas de rasgos específicos en categorías tan amplias como estabilidad emocional, habilidad física, relaciones sociales y liderazgo. Estas calificaciones sirvieron como la base para la selección del personal militar de la OSS.

Evaluación: una definición La evaluación se define como el proceso por medio del cual se evalúan las características, fortalezas y debilidades de un individuo como base para tomar decisiones sustentadas en la información. El término incorpora una amplia variedad de actividades, que van desde la evaluación descriptiva (descripción de los síntomas de un paciente como una ayuda para el diagnóstico), hasta la evaluación funcional (determinación de las características situacionales y relativas al carácter de la persona que sirven para mantener los comportamientos inadaptados), o bien, la evaluación prescriptiva (recomendación de los tipos de intervención que parecen ser más benéficos). Por ejemplo, la evaluación descriptiva procede por medio de una entrevista en la que los psicólogos practicantes buscan determinar si un paciente muestra los síntomas indicativos de una depresión mayor (tristeza, pérdida del interés, sentido de culpa, alteraciones del sueño, pérdida de energía, problemas de concentración, alteraciones del apetito, lentitud motora, ideas suicidas). Una evaluación funcional se bosqueja a partir de la conclusión de un psicólogo de que el rechazo para ir a la escuela por parte de un niño de tercer grado fue alentado, en parte, por la sobreprotección de una madre que consiente mucho a su hijo. Una evaluación prescriptiva se ilustra por la elección sensata del tratamiento cognoscitivo-conductual que hace un psicólogo practicante para tratar a un abogado que sufre de ataques de pánico cuando se enfrenta al público, por ejemplo, cuando expone sus argumentos de apertura en los casos de la corte. La evaluación es una solución de los problemas. Implícita o

explícitamente, la evaluación sirve para contestar preguntas acerca de las personas que consultan a un psicólogo.

Figura 2.1. Resumen del proceso de evaluación



Fuente: Basado en Tallent, N. (1992). *The practice of psychological assessment*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Una evaluación también es un resultado en el que el psicólogo practicante expresa conclusiones, recomendaciones, o decisiones en un informe o reporte escrito. El reporte de evaluación ocasiona una diferencia sustancial en la vida del paciente y, por consiguiente, deberá escribirse con gran cuidado. Por ejemplo, un reporte de evaluación incluye conclusiones, recomendaciones o decisiones acerca de las siguientes cuestiones:

- Un paciente de edad avanzada que se queja por la pérdida de la memoria, ¿sufre demencia?
- ¿Mejorará sólo con la psicoterapia una adolescente mediatruda que constantemente se deprime?
- Un viejo excéntrico acusado de robo en tiendas, ¿merece ser sometido a proceso?
- Un paciente joven, con un historial en el abuso de drogas, ¿tiene un severo daño cerebral?
- ¿Requiere hospitalización una esposa deprimida y con tendencias suicidas?
- Una persona con una prueba de personalidad levemente desviada, ¿es adecuada para el trabajo de policía?

1.9.- Casos clínicos

El caso clínico consiste en una descripción ordenada, tanto de los síntomas y acontecimientos que le ocurren a un paciente en el curso de una enfermedad

como de los datos complementarios proporcionados por los procedimientos diagnósticos, el curso del razonamiento clínico, la conclusión diagnóstica, el tratamiento empleado y la evolución del enfermo. Además, el caso clínico puede contener un perfil demográfico del paciente y describir también su situación sociocultural. Compartir los casos clínicos facilita el aprendizaje continuo del profesional. Pese a tener un nivel bajo de evidencia científica, puesto que lo que le suceda a un solo paciente poca fuerza estadística puede tener, la publicación de un caso clínico favorece la comprensión de las guías de práctica clínica, la toma de decisiones y el manejo de la incertidumbre.

Caso clínico clásico u hospitalario Exposición ordenada del caso de un paciente concreto, que incluye la información más relevante sobre la enfermedad actual, los antecedentes pertinentes, la evolución, el diagnóstico y el tratamiento. También puede incluir información sobre el seguimiento del paciente, lo que permite juzgar el impacto de las decisiones terapéuticas. Este caso clínico suele tener un interés diagnóstico y es especialmente recomendable en aquellos casos en los que se requiere un diagnóstico diferencial. Por ello, a menudo en las sesiones clínicas los casos son comentados por profesionales que no han atendido directamente a los pacientes en cuestión. Puede ser un caso clínico cerrado (en el que se ha llegado al diagnóstico final) o abierto (sin diagnóstico final).

Formular un caso clínico en psicoterapia es un modo de organizar la información de un paciente y su situación de padecimiento para poder así brindar información de modo tal que permita al psicoterapeuta / alumno realizar una hipótesis acerca de las causas, los precipitantes y los agentes de mantenimiento de los problemas psicológicos, interpersonales y conductuales de una persona o grupo de personas. Debe también permitir al profesional / alumno contar con la información necesaria para pensar al paciente, a su contexto, su psicopatología o problema generador de su padecimiento y posibles estrategias y planificación de los pasos a seguir para su asistencia psicoterapéutica. Formular un caso es parte de un programa que guía el tratamiento y las posibles decisiones psicoterapéuticas que el profesional deberá llevar adelante para asistir más eficientemente al paciente. La formulación de casos debe señalar cómo los síntomas de una persona, su estado mental, su tipo de personalidad, su historia personal y sus circunstancias forman un conjunto de

sentido. Es el punto de partida para la toma de decisiones en la clínica. Se requiere para poner en marcha un tratamiento psicológico y es la base de cualquier tipo de supervisión. La formulación de casos es fundamental en el proceso de admisión para decidir si se indica o no comenzar un tratamiento, frente a una situación crítica en el curso del mismo, diferentes momentos del proceso o ante la supervisión clínica, incluso la finalización del tratamiento. Es deseable en la formulación de los casos, respetar el principio de economía de la información (información breve y de utilidad clínica y psicoterapéutica). La información que debe tener la formulación de un caso debe consignar los siguientes datos resguardando la confidencialidad del paciente de acuerdo a la ley 448 del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, la 153 de la ley nacional y la 26657 de la ley nacional.

La información en su conjunto debe permitir hacer un diagnóstico del paciente y su situación, un pronóstico de la posible alianza y evolución del proceso terapéutico y debe facilitar la toma de decisiones psicoterapéuticas en la clínica. El alumno que trabaja con un caso clínico, debe poder organizar la información de modo tal que le permita asistir y pensar más adecuadamente al paciente, pudiendo delimitar los objetivos del tratamiento, los modos de lograrlo y organizar los tiempos del proceso en función de la evaluación del paciente, su situación actual y la alianza establecida entre el profesional tratante y el mismo.

I.10.- Pruebas en psicología clínica

ORÍGENES DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS El término prueba mental fue utilizado por primera vez por James McKeen Cattell (1890), un prominente psicólogo estadounidense que estudió con Wilhelm Wundt en Alemania y con Francis Galton en Gran Bretaña. Cattell fue exitoso en lo que ahora se conoce como el método "de instrumentos de bronce" para las pruebas psicológicas, llamados así debido a su confianza en el uso del equipo de bronce para medir los umbrales sensoriales y los tiempos de reacción. Este método se basó en suposiciones razonables (pero incompletas) de que las habilidades sensoriales eran esenciales para la inteligencia.

En 1901, Clark Wissler, un estudiante de Cattell, demostró que los resultados de las pruebas sensoriales (por ejemplo, el tiempo de reacción, el nombramiento de los colores) no conllevan relación con las calificaciones universitarias. Con estos resultados desalentadores, los psicólogos abandonaron el uso del tiempo de reacción y las medidas sensoriales como indicadores de la inteligencia.

Definición de una prueba Una prueba o test psicológico es un procedimiento estandarizado para obtener muestras del comportamiento y describirlo con puntuaciones o categorías. En la mayor parte de los casos, una prueba es percibida como una evaluación, esto es, el examinado sabe que está siendo probado. Esto hace surgir importantes asuntos con respecto a la validez de las pruebas, en particular para la evaluación de la personalidad, actitudes, aspiraciones y aspectos similares. El problema esencial es el de su conveniencia social, la tendencia natural de las personas a contestar las preguntas en una forma socialmente deseable, más que ser completamente veraces. Como se explica a continuación, muchas pruebas utilizan escalas de validez para determinar tales tendencias en la persona sometida a las pruebas.

La particularidad crucial de las pruebas psicológicas incluye las siguientes características:

- El uso de procedimientos estandarizados
- El muestreo del comportamiento
- La producción de puntuaciones o categorías
- La interpretación por medio de normas o estándares
- La predicción del comportamiento no puesto a prueba

Una prueba psicológica también está basada en una muestra limitada del comportamiento. Por ejemplo, cuando se prueba el vocabulario, no es realista determinar la totalidad del conocimiento que tiene una persona sobre las palabras. El examinador deberá establecer una muestra de 30 o 40 palabras y predecir el promedio general de palabras que conoce la persona a partir de esta pequeña (muy pequeña) muestra. La implicación más importante del concepto prueba- muestra es que los resultados de la prueba invariablemente contienen un grado de error. Por ejemplo, la totalidad del conocimiento de palabras que una persona tiene puede ser mayor o menor de lo comunicado por una prueba de vocabulario

que consta de 30 palabras. Un individuo con una habilidad por debajo del promedio puede obtener una puntuación muy alta como resultado de adivinar o, por el contrario, una persona con una habilidad superior puede recibir una puntuación baja debido a que la prueba incluía un número desproporcionado de términos coloquiales. Aunque se puede minimizar el error de medición por medio de un diseño cuidadoso de la prueba, nunca podrá eliminarse del todo.

A.- PROYECTIVAS O SEMIPROYECTIVAS: Se utilizan fundamentalmente en el ámbito clínico, aunque pueden ser utilizadas también para la orientación personal y familiar. Especialmente útiles para explorar los aspectos “profundos” de la personalidad.

- **TEST DEL ARBOL:** Apreciación proyectiva de problemas de evolución y adaptación de diversos rasgos de personalidad. Aplicación individual. A partir de 5 años.
- **FABULAS DE DÜSS:** Diagnóstico de complejos inconscientes y conflictos de comportamiento. Basada en una concepción psicoanalista, intenta detectar las estructuras ocultas e inconscientes que explican conductas anormales manifiestas. La integran una serie de historias o fábulas de contenido simbólico en las que se espera que el sujeto se identifique con el “héroe” para expresar a través de él sus propios conflictos. Aplicación individual, a partir de 3 años.
- **FAMILIA, TEST DEL DIBUJO DE LA:** Técnica proyectiva de diagnóstico de la afectividad infantil que facilita la exploración de las vivencias conflictivas del niño, que de una u otra forma guardan relación con los elementos de su familia. Aplicación individual. A partir de 5 años.
- **FTT. TEST DE LOS CUENTOS DE HADAS:** Evaluación dinámica de los rasgos de la personalidad. Prueba proyectiva que presenta 21 personajes muy conocidos de los cuentos de hadas. Se pide al niño que elija personajes y conteste a preguntas. La puntuación de las respuestas puede ser cuantitativa y cualitativa y se complementa con la observación de la conducta del niño durante el examen. Aplicación individual. Niños de 7-12 años.
- **MACHOVER:** Test Del dibujo de la figura humana. Estudio de las características psicológicas y traumas.
- **PATA NEGRA TEST:** Prueba proyectiva de personalidad que revela los conflictos profundos en niños o adultos. Consiste en presentar al sujeto escenas protagonizadas por animales. Aplicación individual. Aplicable a sujetos de todas las edades, aunque su material la hace más adecuada para niños.
- **PHILIPSON: Test de Relaciones Objetales:** Medida de las principales variables dinámicas de la personalidad. Se basa en las teorías psicoanalíticas y en la teoría de las relaciones objetales de M. Klein. Está formado por 13 láminas que presentan situaciones en las que intervienen dos o más personas. El sujeto debe imaginar, a la vista de cada lámina, lo que está ocurriendo, las

personas que intervienen y lo que sucederá después. Posteriormente, por medio de una encuesta, se profundiza sobre algunos aspectos de interés. Aplicación individual. A partir de 11 años.

- **RELACIONES FAMILIARES: J.M. Escribano:** Semiproyectivo y mecanizado por COSPA. Evalúa las relaciones afectivas recíprocas entre los miembros de la familia y lo que el sujeto da afectivamente y a quien y lo que cree recibir y de quién. Infantil (4-10 años) y Adolescentes (12-16 años).
- **RORSCHACH:** Evaluación de diversos aspectos de la personalidad profunda. Ocupa desde hace muchos años un lugar destacado entre los tests proyectivos. La constituyen 10 láminas con manchas de tinta inestructuradas, susceptibles de diversas interpretaciones. Su aplicación e interpretación requieren conocimientos psicológicos y una amplia experiencia práctica. Se utiliza en orientación, selección de personal y clínica y ha dado lugar a infinidad de estudios y publicaciones. Aplicación individual. Jóvenes y adultos.
- **TAT, CAT-A Y CAT-H: TESTS DE APERCEPCION TEMATICA:**
Evaluación de diversos aspectos de la personalidad: impulsos, sentimientos, complejos, conflictos, etc. En situaciones clínicas y normales. El TAT es aplicable a adultos y el CAT a niños. Este se presenta en dos formas: el CAT-H: con figuras humanas y el CAT-A: con figuras de animales. La aplicación e interpretación de estas pruebas requiere experiencia y una formación adecuada
- **TEMAS: CUENTA UNA HISTORIA:** Test multicultural para evaluar problemas emocionales y de comportamiento en niños. El valor de la prueba es tanto diagnóstico como terapéutico. Mide 10 funciones de personalidad, 18 funciones cognitivas y 7 funciones afectivas.
- **Z TEST:** Evaluación de diversos aspectos de la personalidad por medio de una técnica proyectiva. Elaborada a partir de los mismos principios que el Rorschach permite detectar una cierta estructura de la personalidad, reconocer el tipo caracterológico del sujeto y evidenciar rasgos normales o patológicos. Está constituido por 3 láminas con imágenes no estructuradas y de composición y coloración diversas. Aplicación individual. A partir de 16 años.

B.- PRUEBAS PSICOMETRICAS: Miden características de la personalidad a través de cuestionarios o autoinforme diseñados cuidadosamente con técnicas estadísticas:

B.1.- CUESTIONARIOS PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES.

- **ACS: Escalas de Afrontamiento para Adolescentes:** Evaluación de las distintas formas o modos que los adolescentes utilizan para afrontar (coping) sus problemas. Instrumento útil para investigación, terapia y orientación. Consta de 80 items que permiten al adolescente reflexionar acerca de las estrategias que emplea para afrontar sus problemas y que el profesor o tutor le ayude a utilizar las más eficaces. No se trata de una evaluación externa sino interna, de autorreflexión. Edad de 13-17 años.

- **A-D: CONDUCTAS ANTISOCIALES PREDELICTIVAS:** Evaluación de los aspectos social y delictivo de la conducta desviada. Recoge un amplio abanico de conductas sociales próximas a la delincuencia a las que los jóvenes españoles se han adscrito en mayor o menor grado. Aplicación colectiva. Desde 8 años.
- **AFA: AUTOCONCEPTO:** Consta de 36 elementos que proporcionan datos acerca del autoconcepto relacionado con 4 aspectos: Académico, Social, Emocional y Familiar. Aplicación colectiva. 12-18 años.
- **BAS: BATERIA DE SOCIALIZACION:** Evaluación De la socialización de niños y adolescentes en ambientes escolares y extraescolares. A partir de su aplicación se obtiene un perfil de socialización con cuatro escalas de aspectos facilitadores (liderazgo, jovialidad, sensibilidad social y respeto-autocontrol) y tres escalas de aspectos perturbadores (agresividad- terquedad, apatía-retramiento, ansiedad-timidez). También se obtiene un índice general del grado de adaptación social. Aplicación colectiva. De 6-15 años.
- **CACIA: CUESTIONARIO DE AUTO-CONTROL INFANTIL Y ADOLESCENTE:** Se trata de un cuestionario destinado a evaluar los procesos básicos y habilidades que, supuestamente, son necesarios para que se produzca un comportamiento autocontrolado. Aplicación colectiva. 11-19 años.
- **CAS: CUESTIONARIO DE ANSIEDAD INFANTIL:** Este instrumento permite efectuar una rigurosa exploración psicológica de los procesos de ansiedad en niños de los primeros cursos escolares mediante un material de fácil aplicación, corrección e interpretación. Aplicación colectiva. De 6-8 años.
- **CDS: ESCALA DE DEPRESION PARA NIÑOS:** Evaluación global y específica de la depresión en niños. Está compuesto por 66 elementos que, en su mayoría, están formulados en sentido depresivo. Permite obtener dos dimensiones: Total depresivo y Total positivo. Aplicación colectiva. 8-16 años.
- **CMAS-R: ESCALA DE ANSIEDAD MANIFIESTA EN NIÑOS (REVISADA):** Cuestionario auto administrable diseñado para determinar el nivel y naturaleza de la ansiedad en niños y adolescentes entre los 6 y los 19 años de edad. Proporciona una puntuación global de ansiedad, así como 4 índices parciales: Ansiedad fisiológica, Inquietud o hipersensibilidad; preocupaciones sociales y una escala de sinceridad. Especialmente útil para evaluar a niños y adolescentes con estrés académico, ansiedad ante los exámenes, conflictos familiares y problemas de personalidad.
- **CPQ: CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD PARA NIÑOS:** Evaluación de 14 dimensiones primarias de la personalidad. A través de un cuestionario de 140 elementos, se

evalúan una serie de variables bipolares de personalidad cuya naturaleza ha sido establecida mediante estudios factoriales.

- **EFT: TEST DE FIGURAS ENMASCARADAS de Witkin:** Evalúa la capacidad de un sujeto para romper un campo visual organizado y captar una de sus partes independientemente del todo en que se integra. SE utiliza para evaluar el estilo cognitivo dependencia/independencia de campo. Aplicación individual. Niños, adolescentes y adultos.
- **EPQ: CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD DE Eysenck:** Evaluación de tres dimensiones de la personalidad: Inestabilidad, extraversión y Dureza, con una escala de sinceridad y otra de tendencia a conducta antisocial. Cuestionario utilizado ampliamente para el diagnóstico y estudio de casos clínicos, problemas de conducta y orientación escolar. Aplicación colectiva. Niños (8-15 años) y adolescentes (a partir de 16 años).
- **ESPQ: CUESTIONARIO FACTORIAL DE PERSONALIDAD (Cattell):**
Evaluación de
13 factores primarios de la personalidad. Aprecia algunas dimensiones de la personalidad establecidas mediante investigación factorial. Aplicación colectiva. Niños de 6 a 8 años.
- **ESCALA DE DEPRESION DE REYNOLDS:** Identifica síntomas depresivos en niños de 8-12 años. Aplicación individual o colectiva. Niños de 8-12 años.
- **IAC: INVENTARIO DE ADAPTACION DE CONDUCTA:** Es un cuestionario de 123 frases a las que el sujeto debe contestar de acuerdo con su forma de pensar y actuar. A través de ellas se aprecia el grado de adaptación del mismo a diversos aspectos de su entorno. Su empleo resulta muy útil en orientación escolar. Aplicación colectiva. A partir de 12 años.
- **IAME: INVENTARIO DE AUTOCONCEPTO EN EL MEDIO ESCOLAR.:**
Evaluación
del autoconcepto desde 3° de primaria hasta 2° de ESO.
- **MACI: INVENTARIO CLINICO DE MILLON PARA ADOLESCENTES:** Evalúa
características de la personalidad y síndromes clínicos en adolescentes. Especialmente útil en la evaluación y confirmación de hipótesis diagnósticas, en la planificación del tratamiento así como para evaluar el progreso en las diferentes fases del tratamiento.
- **STAI: CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO/RASGO EN NIÑOS:** Autoevaluación de la ansiedad en niños y adolescentes como estado transitorio y como rasgo latente. Aplicación colectiva de 9-15 años.
- **TAMAI: TEST AUTOEVALUATIVO MULTIFACTORIAL DE ADAPTACION INFANTIL:** Evaluación De la inadaptación personal, social, escolar y familiar y también de las actitudes educadoras de los padres. Aplicación colectiva. De 8-18 años.
- **TEST DE DEPRESION Y ANSIEDAD EN LA ADOLESCENCIA:** Batería única

compuesta por 3 escalas, creada para identificar la mayor parte de los desórdenes depresivos y de

ansiedad en niños y adolescentes. Incluye Escala de autovaloración del estudiante; Escala alternativa del profesor; Escala alternativa de los padres. Niños y adolescentes de 6-19 años.

B.2.- CUESTIONARIOS DE USO CLINICO Y DE EVALUACION DE LA PERSONALIDAD EN ADOLESCENTES Y ADULTOS:

1. **BFQ: CUESTIONARIO “BIG FIVE”:** Evaluación de las 5 dimensiones del modelo de los “cinco grandes” en la estructura de la personalidad: Energía, Amigabilidad, Consciencia, Estabilidad emocional, Apertura. Aplicación Individual y colectiva. A partir de los 16 años.
2. **CAQ: CUESTIONARIO DE ANALISIS CLINICO:** Evaluación de 12 aspectos clínicos de la personalidad normal. Contiene 12 escalas: Hipocondría, Depresión suicida, Agitación, Depresión ansiosa, Depresión baja energía, Culpabilidad-Resentimiento, Apatía.retirada, Paranoia, Desviación psicopática, Esquizofrenia, Psicastenia y Desajuste psicológico. Aplicación colectiva. Adolescentes y Adultos.
3. **CEP: CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD (J.L. Pinillos):** Evaluación de los siguientes rasgos de personalidad: Estabilidad emocional (control), Extraversión social y Paranoidismo. Incluye también una escala de sinceridad. Aplicación colectiva. A partir de 14 años.
4. **CET-DE: CUESTIONARIO ESTRUCTURAL TETRADIMENSIONAL PARA LA DEPRESION:** Diagnóstico, clasificación y seguimiento de la depresión. Aplicación Individual. Adolescentes y Adultos.
5. **CPI: INVENTARIO PSICOLOGICO DE CALIFORNIA:** Instrumento multivalente para evaluar características de la personalidad normal y predecir lo que la persona puede hacer o decir en determinados contextos. Ofrece la posibilidad de obtener puntuaciones en 20 escalas básicas o constructos populares: dominancia, sociabilidad, autoaceptación., liderazgo, madurez social...Incluye una guía de interpretación práctica
6. **CPS: CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD SITUACIONAL:** Evaluación de la personalidad en situaciones laborales, sociales y personales. Permite evaluar 17 escalas de personalidad de gran interés práctico en la psicología aplicada. Especialmente concebido para su uso en el ámbito laboral porque evalúa la personalidad de los sujetos cuando interactúan con el entorno. Aplicación colectiva: Adolescentes y Adultos.

7. **EAE: ESCALAS DE APRECIACION DEL ESTRÉS:** Evaluación, a partir de las situaciones que generan estrés, de la incidencia y la intensidad con que afectan a la vida de cada sujeto. Adolescentes y Adultos.
8. **EBP: ESCALA DE BIENESTAR PSICOLOGICO:** Evaluación del grado en que el sujeto percibe su propia satisfacción, la comodidad consigo mismo en un periodo de su vida. Satisfacción que puede proceder de distintas fuentes: Bienestar subjetivo, Bienestar material, Bienestar laboral, Bienestar en las relaciones personales.
9. **EPI: CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD (Eysenck):** Medida de dos dimensiones de la personalidad: Neuroticismo y extraversión. Cuestionario ampliamente utilizado tanto en situaciones de psicología aplicada (clínica, industrial y escolar) como de investigación para controlar variables de personalidad. Aplicación individual y colectiva. Adolescentes y adultos.
10. **ESCALA DE DEPRESION DE REYNOLDS (adolescentes):** Medida de la depresión en adolescentes. Aplicación individual o colectiva. Adolescentes de 13-18 años.
11. **ESFA: ESCALA DE SATISFACCION FAMILIAR POR ADJETIVOS:** Medida objetiva de la percepción global que el sujeto tiene sobre su situación familiar. Constituido por adjetivos, trata de evocar respuestas, preferentemente afectivas, para medir los sentimientos, positivos o negativos, que se despiertan en el sujeto como resultado de las interacciones que se producen entre él y el resto de los miembros de su familia. Útil en clínica en investigación y cuando sea conveniente estudiar la situación familiar. Adolescentes (a partir de 16 años y adultos).
12. **ESPQ: CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD PARA ADOLESCENTES (Cattell):** Evaluación de 14 factores primarios de la personalidad. Muy utilizado por los psicopedagogos para evaluar la personalidad de los alumnos fundamentalmente durante el periodo de enseñanza secundaria. Aplicación Colectiva (12-18 años).
13. **ISRA: INVENTARIO DE SITUACIONES Y RESPUESTAS DE ANSIEDAD:** Evaluación de respuestas cognitivas, fisiológicas y motoras de ansiedad ante situaciones de la vida cotidiana. Aplicación colectiva. A partir de 16 años.
14. **MCMII-II: INVENTARIO MULTIAXIAL CLINICO DE MILLON:** Exploración e identificación de personas con dificultades emocionales y personales que puedan requerir

una evaluación más profunda o una atención profesional. Evalúa 10 escalas básicas de la personalidad: 3 de personalidad patológica, 6 síndromes clínicos de gravedad moderada y 3 síndromes de gravedad severa. A partir de 18 años.

15. **MIPS: INVENTARIO DE MILLON DE ESTILOS DE PERSONALIDAD:** Evaluación de la personalidad no patológica en adultos. Especialmente útil en orientación educativa y vocacional así como en la selección de personal. Explora tres áreas de la personalidad y permite obtener los conocidos 16 tipos de Jung.
16. **MMPI: CUESTIONARIO DE PERSONALIDAD:** Es uno de los instrumentos más importantes en el campo clínico y de la orientación. Las escalas clínicas representan algunas de las dimensiones más importantes de la personalidad, desde el punto de vista psiquiátrico y en relación con la adaptación personal y social del sujeto. Aplicable también a sujetos normales. Aplicación Individual y Colectiva. Adolescentes y Adultos.
17. **PA-PAI: INVENTARIO Y VALORACION DE LA PERSONALIDAD:** Proporciona una valoración comprensiva de la psicopatología en adultos, valorando varios síndromes y dando una información muy importante para el diagnóstico clínico, tratamiento e identificación de psicopatologías. Presenta las siguientes escalas de valoración: somática, ansiedad, depresión, manías, paranoias, esquizofrenias, rasgos antisociales, problemas de drogas y alcohol, stress y suicidio.
18. **PA-NEO: INVENTARIO DE PERSONALIDAD:** Proporciona una valoración sistemática de modelos emocionales, interpersonales, de actividad y de motivación consiguiendo una detallada descripción de la personalidad. Administración Individual o colectiva. Adultos y Universitarios.
19. **PNP (Pichot):** Detección de tendencias paranoicas, neuróticas y psicopáticas. Elaborado para efectuar una primera identificación de deficientes psíquicos. Útil para la detección de sujetos con tendencias psicópatas y paranoicas. Aplicación colectiva. Adolescentes y adultos.
20. **PPG-IPG: PERFIL E INVENTARIO DE PERSONALIDAD:** Evalúa cuatro aspectos de la personalidad: Ascendencia, responsabilidad, Estabilidad emocional y Sociabilidad. Además ofrece la posibilidad de una medida de la Autoestima.

- 21. 16PF: CUESTIONARIO PERSONALIDAD FACTORIAL (Cattell) DE**
- : Evaluación de 16 escalas primarias y dimensiones secundarias de la personalidad en sujetos normales.. Aplicación Individual y colectiva. A partir de 16 años.
- 22. 16PF-5:** Evaluación De 16 escalas primarias y 5 dimensiones (factores) globales de la personalidad en sujetos normales. Es una revisión y actualización del 16PF. Mide los 16 factores primarios. Incluye además 5 factores globales. Aplicación individual y colectiva. Apartir de 16 años.
- 23. STAI: CUESTIONARIO DE ANSIEDAD ESTADO/RASGO:** Autoevaluación de la ansiedad como estado transitorio y como rasgo latente. Aplicación colectiva. Adolescentes y Adultos.

1.11.- Ética y razonamiento ético

¿QUÉ ES LA ÉTICA? Si el doctor Newman vendiera zapatos y cobrara de más a un cliente, no juzgaríamos su comportamiento como poco ético. En la mayor parte de las transacciones diarias de negocios, el principio tradicional es caveat emptor, que significa "deje que el comprador se cuide". Sin embargo, cuando los clientes compran los servicios de los psicólogos, tales como la psicoterapia, no tienen toda la información que necesitan para determinar si el servicio es apropiado, si el psicólogo está bien calificado o si el servicio beneficia al cliente, como debe ser, o si sólo sirve para beneficio del psicólogo. Así, la ética profesional se define como "los estándares de comportamiento profesional correcto"; estos estándares existen para servir bien a los pacientes, los estudiantes, los participantes de la investigación y otros (véase la tabla 4.1 para otros términos clave). Los estándares éticos son necesarios en la psicología clínica porque las relaciones profesionales en la psicología se basan en la confianza. Los psicólogos tienen conocimientos mucho más técnicos con los cuales hacer juicios; por tanto, los pacientes deben juzgar bien a los psicólogos para confiar en ellos.

Principios éticos Autonomía: Respeto al derecho de la gente para tomar sus propias decisiones. Buena voluntad: Hacer el bien, evitar el daño, eliminar el daño. Justicia: Tratar a las personas en forma justa. No malevolencia: No causar daño. Reglas éticas Confidencialidad: Mantener en privado lo que los pacientes dicen. Fidelidad: Mantener sus promesas. Veracidad: Decir la verdad. Otros términos

Relación fiduciaria: Una relación basada en la confianza en un psicólogo. Consentimiento con información: Los pacientes tienen la opción para aceptar o rechazar los servicios, y tienen el derecho a tomar esa decisión basados en información adecuada. Paternalismo: Reemplazar la autonomía de una persona por razones benéficas.

¿Qué sucede cuando los psicólogos se comportan en forma poco ética?

Los comités y los códigos de ética La Asociación estadounidense de psicología (APA, por sus siglas en inglés) y la mayor parte de las asociaciones psicológicas estatales de Estados Unidos tienen comités de ética que juzgan las quejas hechas contra los psicólogos. El comité de la APA recibe quejas por escrito contra psicólogos emitidas por los pacientes, por otros psicólogos o por cualquier persona con conocimiento de un posible comportamiento poco ético. El comité también puede iniciar una investigación por su cuenta, si se enteran de tal comportamiento por medio de los diarios o de otros registros públicos.

¿Cómo toman los psicólogos buenas decisiones éticas? con razonamiento ético

El agravio del doctor Newman fue una clara violación al código de ética de la APA, que él debió haber conocido mejor. Pero a veces conocer todos los códigos, las leyes y las guías no es suficiente para tomar buenas decisiones. Los códigos éticos y las guías de consulta tienen varios defectos: primero, no han sido diseñados para proporcionar respuestas a todas las situaciones éticas en todas las circunstancias. Ningún código abarca todas las decisiones difíciles que los psicólogos practicantes tienen que tomar; en el mejor de los casos, el código proporciona algunas reglas específicas, pero proporcionará más a menudo las instrucciones más generales que dejan espacio para el juicio (Welfel y Lipsitz, 1984). Las estipulaciones de los códigos de ética necesitan ser bastante específicas para ser obligatorias, pero lo suficientemente amplias como para aplicarse a un rango de situaciones. Por esta razón, son a veces vagas y, por tanto, no muy útiles (Keith-Spiegel, 1994).

El razonamiento ético en la práctica El razonamiento ético implica el hecho de poner en práctica los principios y las reglas generales precedentes, así como conocer los códigos profesionales relevantes y los requisitos legales. Sin embargo, aun cuando se tenga el completo conocimiento de estos principios, los psicólogos que presentan este razonamiento ético pueden encontrarse en discrepancia unos

con otros acerca de qué principio o principios son primarios. También pueden sostener valores diferentes que pueden afectar sus decisiones. Por ejemplo, muchos psicólogos valoran los resultados de la investigación psicológica lo bastante como para justificar el engaño a voluntarios en aras de la investigación. Otros creen que los resultados de la investigación no son tan importantes (Baumrind, 1985). Asimismo, los pacientes y los terapeutas de diversos grupos culturales pueden sostener valores diferentes que conducen a diversas metas y estrategias psicoterapéuticas. Por ejemplo, los terapeutas y los pacientes pueden discrepar en el hecho de que un individuo de 20 años de edad que todavía esté viviendo con sus padres, muestre dificultad para emanciparse o que simplemente manifieste una necesidad poco saludable de la compañía familiar (McGoldrick, Pearce y Giordano, 1982).

1.12.- Como evaluamos lo que hacemos

POR QUÉ DEBEMOS EVALUAR Como se ilustra en los capítulos de este libro, la psicología clínica abarca una amplia gama de actividades, entre las que se encuentran: llevar a cabo la terapia individual y de grupo con personas que padecen de una diversidad de problemas psicológicos; diseñar programas de rehabilitación para personas que han experimentado alguna lesión cerebral causada por accidentes o embolias; implementar intervenciones que ayuden a las personas a cambiar conductas inadaptables, como fumar o abusar de las drogas; evaluar la vocación profesional de los individuos; evaluar a padres y a niños para tomar decisiones en cuestiones de custodia y potestad; y utilizar el bagaje de otras técnicas para una variedad diversa de propósitos. Del mismo modo que ha aumentado la gama de actividades en las cuales los psicólogos practicantes están comprometidos, también ha aumentado el número de técnicas terapéuticas y de evaluación disponibles. Por ejemplo, hasta principios de los años sesenta, si un paciente llegaba con un psicólogo quejándose de ansiedad, era tratado con cierta técnica de psicoterapia, basada muy probablemente en la teoría psicoanalítica o analítica del Yo. Aunque los psicólogos discutieron ampliamente los detalles de las teorías, un observador externo habría tenido gran dificultad para distinguir entre una forma de terapia y otra. Por otra parte, en la actualidad, parece como si hubiese tantos tipos de terapias para tratar la ansiedad como terapeutas. Por

ejemplo, se han utilizado terapias de inundación, de implosión, de desensibilización, cognoscitivas, cognoscitivo-conductuales, de relaciones de objeto, de desensibilización por movimiento ocular y de orientación psicodinámica; sin mencionar la amplia variedad de fármacos recetados por los psiquiatras y los médicos familiares.

CÓMO EVALUAR NUESTRAS INTERVENCIONES

Idealmente, antes de que cualquier técnica sea puesta en práctica, ésta debe demostrar su eficacia. Esto puede parecer tan evidente en sí, que es apenas necesario decirlo. Sin embargo, la historia de la psicología está repleta de ejemplos de procedimientos que se emplearon porque parecía "lógico" que debían funcionar, o porque alguna persona respetada en el campo informó sobre su impresión de que funcionaban, pero sin evidencia que respaldara sus afirmaciones. En esta sección, consideraremos algunas de las estrategias de investigación que se pueden utilizar para evaluar la eficacia de intervenciones terapéuticas y de diagnóstico, así como las fortalezas y debilidades de esos procedimientos.

Diseños adecuados para estudios más amplios Fortalezas y debilidades de diversos diseños de estudio. Existen varias maneras de determinar si una intervención terapéutica es eficaz y si cada uno de estos procedimientos cuenta con fuerzas y limitaciones. Quizá el tipo más fácil de estudio a realizar es uno que utiliza controles históricos, en los cuales los resultados de los pacientes que han recibido un cierto tipo de terapia se comparan con el pasado, cuando esa terapia no estaba aún disponible. Por ejemplo, con base en este tipo de diseño, se concluyó que, ya que el número de pacientes crónicos en grandes hospitales estatales y provinciales cayó dramáticamente, justo por la época en que los medicamentos psicoactivos como la clorpromazina (CPZ) fueron introducidos a mediados de los años cincuenta, estos medicamentos debieron ser los responsables de la dramática disminución del número de pacientes. La desventaja principal de este diseño es el supuesto de que nada más cambió durante este periodo, lo que hubiera podido afectar al fenómeno observado. De hecho, algunos investigadores han postulado que los hospitales comenzaron a quedarse vacíos antes de que la CPZ fuera

introducida en la comunidad médica, como resultado de cambios en las políticas administrativas y de una tendencia hacia la apertura de más hospitales (Kiesler y Sibulkin, 1987; Mechanic, 1980; Warner, 1994). La realidad es que no sólo es extremadamente difícil asegurar que nada más ha cambiado, sino también bastante irracional hacerlo. Requeriríamos un conocimiento completo sobre cuáles se consideran los otros factores que pueden influir en los resultados, y qué sucedió con esos factores a lo largo de la década o incluso separando los casos tratados de los no tratados. En su mayor parte, los estudios que usan grupos de control históricos pueden ser útiles para la generación de hipótesis, pero rara vez pueden probar que el cambio en el resultado se debió a la intervención en particular.

UNIDAD 2

CONDUCTA

1.1.- Concepto de modificación de conductas

Lectura de Labrador FJ, Cruzado JA, Muñoz M. Manual de técnicas de modificación y terapia de conducta. Madrid: Pirámide; 1993. Desde la década de los 50 hasta los 70's, se desarrollaron modelos y técnicas basadas en las teorías de Pavlov y Skinner, con la finalidad de atender algunos problemas. Tecnología que aplica los principios del comportamiento humano a situaciones de prevención y de resolución de problemas. En el ámbito familiar, la prevención y la resolución de problemas, se fundamentan en los resultados de la psicología básica y del aprendizaje, de la cognitiva y de la experimental, en general. Programa de modificación de conducta: fases, pasos y tareas. El programa puede ser aplicado para cambiar comportamientos molestos o rechazados socialmente, pero también podemos utilizarlo para mantener conductas positivas que no se dan con la frecuencia deseada. En un programa de modificación de la conducta se diferencian 3 fases:

Tabla 4 Fases de Modificación de conducta

Fases	Pasos
Evaluación	1. Identificación y descripción del problema. 2. Definición de la conducta. 3. Formulación de objetivos finales. 4. Análisis funcional de la conducta y el ambiente. 5. Formulación de la hipótesis funcional.
Intervención	1. Formulación de la hipótesis de intervención. 2. Elaboración del programa de intervención. 3. Aplicación del programa. 4. Evaluación continua de la intervención. 5. Desvanecimiento del programa.
Seguimiento	1. Programación del seguimiento. 2. Mantenimiento y generalización del cambio. 3. Evaluación del seguimiento

Fuente: Elaborado por Espinosa (2014)

2.2.- Fase de evaluación e intervención

En esta fase se identifica y describe el problema en términos observables, se formulan los objetivos finales, el análisis funcional de la conducta estableciendo la línea base y los prerrequisitos, y el análisis situacional ambiental.

Descripción de los pasos y tareas:

- 24. Identificación y descripción del problema (en términos observables y medibles). Tira papeles, empuja, rompe.
- 25. Definición operativa de la conducta. El cómo se expresa. Expresión de la conducta en términos físicos. Por ejemplo: cuando lee en voz alta, gira la cabeza; etc.
- 26. Formulación de objetivos finales. Establecer criterios, en cuanto a metas a alcanzar, reducir, incrementar conductas, etc. Análisis funcional.
- 27. Análisis funcional. *Cuantificación de la conducta y obtención de la línea base. Observar, registrar la conducta que queremos modificar. *Identificación de características relevantes. Analizar prerrequisitos: dispone el sujeto de alguna conducta deseable u otras afines, observar, detectar y registrar el estado biológico. *Análisis del ambiente que rodea al sujeto. Detectar, observar y registrar el estado general del sujeto y los antecedentes que le rodean (con qué personas, acciones, pensamientos, se frena la conducta).
- 28. Formulación de la hipótesis funcional. Redacción de la hipótesis (diagnóstico en otros modelos). Concepto de línea base. Es la medida inicial de la conducta que se quiere modificar, se toma antes de la intervención y sirve como referencia para comparar los cambios después de la intervención. Implica determinadas destrezas y la utilización de recursos o instrumentos como:
 - 1) Observación controlada; generalmente ocular.
 - 2) Registro de la observación. Medida, duración, lugares, instrumentos y la conducta a observar.
 - 3) Gratificación de los registros.

Comportamientos imprescindibles o suficientes que el sujeto tiene que poseer para poder alcanzar el objetivo final.

Concepto de hipótesis funcional: Equivale al diagnóstico en otros modelos. El juicio de valor en el que se especifican la naturaleza de las variables que constituyen el problema, los estímulos precedentes y los que siguen a la conducta y la relación entre variables y consecuencias.

Fase de Intervención Descripción

de pasos y tareas:

1. Formulación de la hipótesis de intervención. Redacción de esta hipótesis.
2. Elaboración del programa. Formulación de objetivos y criterios, análisis de tareas, selección de reforzadores, técnicas y recursos (lugar, cuándo (tiempo), quién (personas) se harán cargo del programa a aplicar.
3. Aplicación del programa. Desarrollo de técnicas y recursos de forma organizada.
4. Evaluación continua de la intervención. Observación, registro, revisión.
5. Desvanecimiento del programa. Retirada de reforzadores y recursos paulatinamente, sustituyéndolos por otros naturales.

Concepto de hipótesis de intervención: Es la predicción acerca de la probabilidad y dirección del cambio que se producirá en la conducta problema, si introducimos cambios en las variables del problema, o en la relación que se da entre ellas. Se formula con el condicional, "Si". Concepto de evaluación continua: Tiene como finalidad verificar en qué medida se están consiguiendo los objetivos, en función de los resultados se tomarán decisiones sobre su reorganización, o no. Progresivamente, cuando los objetivos se van consiguiendo y después de un proceso de mantenimiento, se procederá al desvanecimiento del programa retirando primero reforzadores y por último el propio programa.

Fase de Seguimiento. Descripción

de pasos y tareas:

1. Programación del seguimiento. Delimitación del tiempo y número de sondeos.
2. Mantenimiento y generalización del cambio. Se seleccionarán las técnicas y recursos para el cambio.
3. Evaluación del seguimiento. Observación y registro del cambio, comparación de la conducta. Es difícil mantener los logros debido a que hay muchos factores que intervienen, pero hay recursos eficaces: Funcionalidad de la conducta adquirida: si la conducta se percibe como útil para el futuro se mantendrá más y mejor. Aplicación de los reforzadores de forma aleatoria e intermitente: se mantiene más tiempo una conducta deseada si la persona no sabe cómo y cuándo se le va a recompensar. Tránsito de las consecuencias derivadas de la aplicación del programa a otras situaciones diferentes: Si una conducta desagradable ha sido extinguida y elogiada por el entorno familiar se mantendrá más si es elogiada a nivel social. Modificación de precedentes y consecuencias: se consiguen mejores resultados cuando no se advierte antes de la conducta no deseada y se alaba cuando no la haga (chico que llega tarde a casa). Ampliación y variación de los reforzadores: cambiar los reforzadores materiales por otros naturales y sociales. Entrenamiento de autorrefuerzo: eficaz en la transferencia a otras conductas y

generalización de las aprendidas. Actividad integradora: Supervisión en cámara Gesell: casos problema con aplicación de la técnica cognitivo– conductual. Evidencia de desempeño: Participación en discusión y argumentación. Evidencia de producto: reporte de trabajo en cámara Gesell. Evidencia de conocimiento: Exposición de la resolución del caso problema en plenaria.

2.3.- Conducta normal y anormal.

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

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

Conformidad a la normal:

Infrecuencia estadística o violación de las normas sociales.

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

Angustia subjetiva

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

Discapacidad o disfunción.

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

2.4.- Salud mental.

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

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

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

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

Determinantes de la salud mental

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

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

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

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

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

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

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

- Los programas de prevención de la violencia (por ejemplo, la reducción de la disponibilidad del alcohol y del acceso a las armas);
- Los programas de desarrollo comunitario (por ejemplo, iniciativas de colaboración ciudadana y de desarrollo rural integrado);
- La reducción de la pobreza y la protección social para los pobres;
- Legislación y campañas contra la discriminación;
- Promoción de los derechos, las oportunidades y la atención de las personas con trastornos mentales.

Atención y tratamiento de trastornos de salud mental

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

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

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

También existe una serie de medidas eficaces para prevenir el suicidio, prevenir y tratar trastornos mentales en niños, prevenir y tratar la demencia y tratar los trastornos relacionados con el consumo de sustancias. El Programa de acción

para superar la brecha en salud mental (mhGAP) ha elaborado directrices basadas en la evidencia para que los no especialistas puedan identificar y atender mejor una serie de trastornos mentales prioritarios.

Respuesta de la OMS

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

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

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

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

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

Con miras a alcanzar sus objetivos, el Plan de acción propone y pide a los gobiernos, los asociados internacionales y la OMS la adopción de medidas claras. Los Ministerios de Salud deberán asumir un papel de liderazgo, y la

OMS colaborará con ellos y con los asociados internacionales y nacionales, incluida la sociedad civil, en la ejecución del Plan. Dado que no existe una medida apropiada para todos los países, cada gobierno deberá adaptar el Plan de acción a sus circunstancias nacionales específicas.

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

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

2.5.- Enfermedades mentales

Enfermedad mental, también denominada "trastorno de salud mental", se refiere a una amplia gama de afecciones de la salud mental, es decir, trastornos que afectan el estado de ánimo, el pensamiento y el comportamiento. Son ejemplos de enfermedad mental la depresión, los trastornos de ansiedad, los trastornos de la alimentación y los comportamientos adictivos. Muchas personas manifiestan problemas de salud mental de vez en cuando. Pero un problema de salud mental se convierte en una enfermedad mental cuando los signos y los síntomas se hacen permanentes, causan estrés y afectan la capacidad de funcionar normalmente.

La enfermedad mental puede hacerte sentir muy mal y ocasionar problemas en la vida cotidiana, por ejemplo, en la escuela, el trabajo o en las relaciones interpersonales. En la

mayor parte de los casos, los síntomas pueden tratarse con una combinación de medicamentos y terapia de conversación (psicoterapia).

Síntomas: Los signos y síntomas de la enfermedad mental pueden variar según el trastorno, las circunstancias y otros factores. Los síntomas de la enfermedad mental pueden afectar las emociones, los pensamientos y las conductas.

Algunos ejemplos de los signos y síntomas son los siguientes:

- Sentimientos de tristeza o desánimo
- Pensamientos confusos o capacidad reducida de concentración
- Preocupaciones o miedos excesivos o sentimientos intensos de culpa
- Altibajos y cambios radicales de humor
- Alejamiento de las amistades y de las actividades
- Cansancio importante, baja energía y problemas de sueño
- Desconexión de la realidad (delirio), paranoia o alucinaciones
- Incapacidad para afrontar los problemas o el estrés de la vida diaria
- Problemas para comprender y relacionar las situaciones y las personas
- Problemas con el uso de alcohol o drogas
- Cambios importantes en los hábitos alimentarios
- Cambios en el deseo sexual
- Exceso de enojo, hostilidad o violencia
- Pensamiento suicida

A veces, los síntomas de un trastorno de salud mental aparecen como problemas físicos, como dolor de estómago, dolor de espalda, dolores de cabeza u otros dolores y molestias inexplicables.

2.6.- Principales trastornos de salud mental

La importancia que tiene en la actualidad la salud mental es un asunto que ya no se pone en discusión. Por fortuna hay cada vez más evidencia de su incuestionable valor. Los reportes de los últimos años de la Organización Mundial de la Salud han arrojado datos

aplastantes que colocan a los trastornos mentales como una de las entidades de mayor impacto en los sistemas de salud de todo el mundo. La carga, medida a través de la discapacidad resultante, sitúa a los trastornos afectivos, los problemas relacionados con las sustancias de abuso, las psicosis crónicas y a las demencias como retos complejos que de más que trascendente peso epidemiológico.

A continuación te listamos los trastornos mentales más frecuentes en la población.

29. Trastornos de Ansiedad
30. Trastornos Depresivos
31. Trastornos por uso de Sustancias
32. Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad
33. Trastornos del Sueño
34. Trastorno Bipolar
35. Esquizofrenia

Trastornos de Ansiedad

La ansiedad es un estado emocional displacentero que se acompaña de cambios somáticos y psíquicos, que puede presentarse como una reacción adaptativa, o como síntoma o síndrome que acompaña a diversos padecimientos médicos o psiquiátricos. Se considera que la ansiedad es patológica por su presentación irracional, ya sea porque el estímulo está ausente, la intensidad es excesiva en relación al estímulo o la duración es injustificadamente prolongada y la recurrencia inmotivada, generando un grado evidente de disfuncionalidad en la persona.

Factores de riesgo

Indagar en sujetos con factores de riesgo (historia familiar de ansiedad, antecedente personal de ansiedad durante la niñez o adolescencia, eventos de vida estresantes y/o traumáticos, ideación suicida, comorbilidad con trastornos psiquiátricos o existencia de una enfermedad médica o de consumo de sustancias) la presencia de síntomas de ansiedad que permitan elaborar el diagnóstico.

Trastornos Depresivos

La depresión es una enfermedad mental, no un defecto de carácter, caracterizada por la ausencia de afecto positivo, aplanamiento afectivo, y un espectro de síntomas cognitivos, emocionales físicos y conductuales, destaca la pérdida de interés y la incapacidad de insatisfacción por las actividades y experiencias de la vida diaria. Incluye desmotivación, alteraciones emocionales, cognitivas, físicas y conductuales. Se diferencia por la

persistencia, gravedad y el deterioro de la funcionalidad del paciente, existiendo diferentes niveles de severidad en la presentación de estos síntomas. Síntomas

Los principales síntomas relacionados:

36. Llanto fácil
37. Aislamiento social
38. Insomnio
39. Exacerbación de dolores preexistentes
40. Aparición de dolores secundarios a tensión muscular
41. Hiporexia (con o sin pérdida de peso)
42. Disminución de la libido
43. Astenia
44. Adinamia
45. Fatiga y en ocasiones agitación y ansiedad

Otros síntomas comunes incluyen pérdida de la confianza, baja autoestima, sentimiento de desamparo, y en ocasiones ideas suicidas, que pueden atentar contra la integridad del paciente, incluyendo la posibilidad de autoagresiones. Entre los cambios conductuales encontramos la pobre capacidad de concentración, reducción de la atención, pensamientos pesimistas recurrentes sobre uno mismo, pensamiento lento y repetitivo.

Factores de riesgo

Los adultos mayores cuyas condiciones de vida son adversas, padecen aislamiento social, adicciones o comorbilidad importante y presentan mayor riesgo de depresión. Los factores de riesgo para depresión son:

46. Ambiente social y familiar
47. Presencia de enfermedades discapacitantes
48. Abandono familiar
49. Situación económica

Trastorno por Deficit de Atención e Hiperactividad

Las características principales son problemas de atención y actividad excesiva. Las deficiencias de la atención se manifiestan como una tendencia a suspender las tareas antes

de terminarlas y una dificultad para concluir cualquier actividad. El niño o adolescente cambia con frecuencia de una actividad a otra. Este déficit en persistencia y atención se debe diagnosticar como un trastorno solamente si es excesivo para la edad e inteligencia del niño o adolescente y si afecta su funcionamiento y aprendizaje normal. La actividad excesiva implica inquietud exagerada, especialmente en situaciones que requieren relativa tranquilidad. Puede incluir conductas tales como correr y saltar de un lado a otro, levantarse de la silla en situaciones en que se espera que permanezca sentado, hablar excesivamente y hacer demasiado ruido, o inquietud e intranquilidad excesiva. Los problemas conductuales característicos deben haberse iniciado a temprana edad (antes de los 6 años) y ser de larga duración (> 6 meses) y no estar limitados a un solo entorno.

Trastornos del Sueño

Definición

Son problemas con el hecho de dormir e incluyen dificultad para conciliar el sueño o permanecer dormido, quedarse dormido en momentos inapropiados, demasiado sueño o conductas anormales durante el sueño.

Causas

Hay más de cien trastornos diferentes de sueño y de vigilia que se pueden agrupar en cuatro categorías principales, a saber:

50. Problemas para conciliar el sueño y permanecer dormido (insomnio).
51. Problemas para permanecer despierto (somnolencia diurna excesiva).
52. Problemas para mantener un horario regular de sueño (problema con el ritmo del sueño).
53. Comportamientos inusuales durante el sueño (conductas que interrumpen el sueño).

PROBLEMAS PARA CONCILIAR EL SUEÑO Y PERMANECER DORMIDO

El insomnio incluye dificultad para conciliar el sueño o para permanecer dormido. Los episodios pueden aparecer y desaparecer, durar entre 2 y 3 semanas (a corto plazo) o ser duraderos (crónicos).

PROBLEMAS PARA PERMANECER DESPIERTO

Las personas con somnolencia diurna excesiva se sienten cansadas durante el día. Los síntomas que no son ocasionados por la falta de sueño o por sueño interrumpido se denominan hipersomnio.

Las causas de este problema abarcan:

54. Afecciones médicas tales como la fibromialgia y bajo funcionamiento de la tiroides.
55. Mononucleosis y otras enfermedades virales
56. Narcolepsia y otros trastornos del sueño
57. Obesidad, especialmente si causa apnea obstructiva del sueño Factores de

riesgo

Existe evidencia de que el riesgo de padecer trastorno bipolar, se incrementa cuando setiene uno de los padres o un hermano con trastorno bipolar.

Signos y síntomas de manía

58. Los principales signos y síntomas de manía e hipomanía son:
59. Incremento de energía, hiperactividad, inquietud.
60. Autoestima exaltada o sentimientos de grandiosidad
61. Irritabilidad extrema.
62. Pensamiento en cascada, lenguaje rápido, verborreico, fugas de ideas o experiencias subjetivas de que el pensamiento este acelerado.
63. Distraibilidad, no pueden concentrarse adecuadamente.
64. Disminución de la necesidad de dormir.
65. Juicio pobre.
66. Creencias no realistas en una habilidad y poder.
67. Gastos y compras excesivamente innecesarias.
68. Hiperactividad sexual.
69. Aumento de la actividad intencionada ya sea en el trabajo, en los estudios osocialmente.
70. Abuso en el consumo de sustancias psicoactivas, particularmente de alcohol,cocaína y medicamentos para dormir.
71. Optimismo excesivo.

Signos y síntomas de depresión.

72. Abatimiento del ánimo.
73. Humor depresivo.
74. Sentimientos de desesperanza o pesimismo.
75. Sentimiento de culpa, de inutilidad o de abandono.

76. Pérdida de interés en actividades cotidianas.
77. Disminución en la capacidad de experimentar placer.
78. Disminución de energía.
79. Hipoactividad y lentitud psicomotora.
80. Dificultad para concentrarse, disminución en la memoria y capacidad para tomar decisiones.
81. Irritabilidad o inquietud.
82. Insomnio o hpersomnio.
83. Hipo o hiperexia.
84. Dolores crónicos o quejas somáticas.
85. Ideas de muerte o de suicidio

Esquizofrenia

Esquizofrenia es el término utilizado para describir la condición compleja y confusa de unade las enfermedades mentales más incapacitantes, ya que afecta la capacidad de la persona de pensar claramente, sus emociones, tomar decisiones o relacionarse con los demás. Se caracteriza por diversos síntomas que afectan múltiples procesos psicológicos: alteración de la percepción (alucinaciones auditivas, visuales, táctiles, etc.), verificación de la realidad a través de juicios aberrantes que resultan en creencias extraordinarias y falsas de la realidad (delirios), trastornos del pensamiento (pensamiento circunstancial, perseverante, falta de asociaciones, etc.), trastornos del afecto (afecto aplanado, afecto inapropiado), alteraciones de la conducta (catatonía, desorganización), así como alteraciones en la motivación y el juicio.

Adicionalmente, los pacientes presentan problemas cognoscitivos que afectan la memoria, la atención, la concentración y la capacidad de abstracción. Hasta el momento, no existe algún síntoma que sea patognomónica de la esquizofrenia. Además, los síntomas de la esquizofrenia se presentan de forma heterogénea y difieren de un paciente a otro, siendo cada caso muy particular.

Factores de riesgo.

Se considera que la esquizofrenia es una enfermedad determinada por múltiples factores de riesgo, tanto genéticos como ambientales. La interacción entre los factores

ambienta les puede ocasionar la enfermedad en individuos genéticamente susceptibles a padecerla.

Los factores de riesgo genéticos no pueden explicar la patología. Así, la esquizofrenia no es una enfermedad monogénica o con un patrón de genética mendeliana. Sin embargo, se estima que el antecedente familiar de esquizofrenia confiere un riesgo 10 veces mayor para sufrirla, siendo así el elemento más sólido que refuerza el componente genético de la enfermedad. No obstante, el encontrar una concordancia de la enfermedad hasta de un 50% en gemelos idénticos (monocigotos) que comparten el 100% de su información genética, hace considerar la fuerte atribución de los factores ambientales para el desarrollo de la enfermedad.

2.7.-Introducción a la patología

Concepto de Patología: En sentido largo sensu el término patología es utilizado para hablar de las alteraciones sufridas por los objetos de estudio de diferentes disciplinas científicas y técnicas. Así, en el ámbito de la arquitectura podemos oír hablar de patología de la piedra, de fitopatología en el mundo vegetal, de psicopatología cuando hablamos de conductas alteradas individuales y de patología social cuando atribuimos las conductas alteradas a grupos sociales. Sin embargo, stricto sensu, lo habitual es que empleemos el término patología para referirnos a las alteraciones sufridas por los organismos (Biopatología), tanto animales (Patología animal) como vegetales (Patología vegetal o fitopatología). Más concretamente, el término patología suele utilizarse con mayor frecuencia para referirnos a las alteraciones sufridas por los organismos animales objeto de estudio de la medicina humana (Patología humana) y veterinaria (patología animal).

Clásicamente, el término "patología" proviene de los vocablos *logos* y *pathos*, que significan "estudio" y "sufrimiento".

La patología general, también llamada patología experimental o patología teórica, representa un campo de la ciencia muy amplio y complejo que pretende buscar y comprender los mecanismos relacionados con la lesión celular y de los tejidos debidos a una noxa subyacente en todas las enfermedades, así como sus respuestas básicas y fenómenos reparativos con el fin de proporcionar una base sólida para unos cuidados y

terapéutica clínicos racionales. Todo esto lo realiza a partir del uso de técnicas inmunológicas, microbiológicas, moleculares y morfológicas.

Dentro de sus áreas de estudio están las adaptaciones celulares a la lesión, la necrosis, el estudio de la inflamación, la cicatrización de las heridas, los trastornos inmunitarios, los trastornos hemodinámicos y las neoplasias.

El término de "patología general" se emplea también para describir la práctica tanto de la patología clínica como de la anatomía patológica.

La patología general es una parte de lo que se considera patología, ya que ésta también se forma por la llamada "patología especial o sistémica", que estudia la respuesta de órganos y tejidos especializados ante estímulos más o menos bien definidos.

La Anatomía Patológica comenzó a practicarse en Alemania, en la Universidad de Berlín, a finales del siglo XIX de la mano de los cirujanos Carl Ruge y Johann Veit, autores a los que se les reconoce haber dado un verdadero valor diagnóstico a la práctica de las biopsias. Merece también mención en este recuerdo histórico la figura del cirujano militar Friedrich von Esmarch, profesor de Kiel, que defendió con fundamentados argumentos en el *Congreso de la Sociedad Alemana de Cirujanos* celebrado en 1889, la necesidad de establecer un diagnóstico microscópico a aquellos casos de tumores malignos subsidiarios que requerían una extensa mutilación, ya que hasta entonces, a pesar de que la cirugía estaba bastante desarrollada, el destino de las piezas quirúrgicas extirpadas era el contenedor de residuos. Al poco tiempo comenzaron a utilizarse los microtomos de congelación y los procedimientos de estudios intraoperatorios comenzaron a generalizarse. Por otra parte, además de la gran importancia que tuvo el desarrollo del microscopio en la evolución de la anatomía patológica, también supuso un gran avance la aparición de colorantes y la estandarización de procedimientos, ya que los tejidos, como bien sabemos, son incoloros.

El inicio de la historia de la Anatomía Patológica en España comienza con el curso de "Patología General y Anatomía Patológica" en la Universidad Central de Madrid de la mano del catedrático Maestre de San Juan del que fuera su discípulo más eminente Don Santiago Ramón y Cajal. Cajal fue Catedrático de Anatomía Patológica en 1887 en la Universidad de Barcelona y escribió su *Manual de Anatomía Patológica General* cuya primera edición data de 1890, siendo editado sucesivamente y mejorado en las ediciones

de Madrid de 1896, 1900, 1905, 1909, 1918 y 1922, que se continuaron con las ediciones posteriores en colaboración con su discípulo Francisco Tello que recibirá formación en anatomía patológica en el hospital Moabit de Berlín junto al famoso Profesor von Benda. En 1912, tras su formación en el Moabit y una corta estancia de tres meses en el hospital de la Charité, junto a Johannes Orth, sucesor de Virchow, Cajal crea el Departamento de Autopsias Clínicas vinculado a su Cátedra de Anatomía Patológica, y nombra a Tello jefe de dicho departamento. Los primeros discípulos de Tello fueron Guillermo de la Rosa, que años después sería nombrado Jefe del Servicio de Anatomía Patológica del Hospital de la Princesa de Madrid y Lorenzo Ruiz de Arcaute, que fue el sucesor de Tello como jefe de la prosectura de San Carlos, al alcanzar Tello la Cátedra de Histología y Anatomía Patológica por oposición en 1926, después de la jubilación de Cajal en 1922.

En la cátedra de Anatomía Patológica de la Universidad de Madrid de la época de Tello se practicaba una anatomía patológica que tenía un nivel internacional y existía una relación con eminentes patólogos de la época, que la visitaron, haciendo demostraciones o dando conferencias, como los profesores Wegelin de Zürich, Ludwig Aschoff de Freiburg o Max Borst de Munich.

Los discípulos jóvenes de esta escuela fueron Julio Rodríguez Puchol, Pedro Rodríguez Pérez, Julián Sanz Ibáñez y José Luis Arteta.

En la década de 1926-1936 se formaron otros patólogos españoles, fundamentalmente discípulos de Río Hortega, quien impulsó la Anatomía Patológica en hispanoamérica, pero su formación como patólogos no la realizaron en España. Los más importantes fueron Costero Tudenca, Julio García Sánchez Lucas, Antonio Lombart Rodríguez, Pérez Lista y Ortiz Picón.

El departamento de Anatomía Patológica de un gran centro médico debe incluir una división de Patología Quirúrgica estrechamente relacionada con los departamentos clínicos y quirúrgicos, con los que mantendrá constantes comisiones clínico-patológicas.

Los patólogos son los médicos que diagnostican y caracterizan las enfermedades de los pacientes mediante el examen de las biopsias y los fluidos orgánicos. Gran parte de los diagnósticos neoplásicos, por ejemplo, son hechos o confirmados por los patólogos. Los patólogos pueden asimismo practicar autopsias o investigar las causas de la muerte. La Patología es una asignatura troncal dentro de los programas de formación médica y por

tanto muchos patólogos se dedican también a la enseñanza como profesores. Como responsables de los laboratorios médicos, los patólogos juegan un importante papel también en el desarrollo de los sistemas de información de los laboratorios.

La Patología está dentro de las pocas especialidades médicas en la cual los patólogos típicamente no atienden de forma directa o personal a los pacientes, sino que actúan como consultores de otros médicos (a menudo referidos como "clínicos"). Para tener lalicencia de anatomopatólogo los aspirantes deben de completar su formación como médicos y a continuación conseguir una certificación como tal tras completar un programa de residente en un centro oficialmente acreditado.

2.8.- Ramas de la patología

CAMPOS DE ESTUDIO

- Teratología: estudio del trastorno del desarrollo de los seres vivos
- Nosología: estudia los procesos o enfermedades adquiridas

RAMAS DE LA PATOLOGIA

- Etiología: trata sobre la cauda o causas de la enfermedad
- patogenia: estudia como el agente etiológico llega al organismo y los mecanismos y desarrollo de la enfermedad
- Fisiopatología: alteraciones funcionales de órganos y aparatos y sistemas
- Semiología: estudia los signos y síntomas de la enfermedad
- Clínica: reúne aspectos semiológicos para conformar agrupaciones o síndromes y relaciona la sintomatología de las diferentes enfermedades, constituye el estudio integral del enfermo en lo relacionado con la enfermedad y la atención de esta.
- Terapéutica: encargada de curar al enfermo
- Anatomía patológica: estudia alteraciones morfológicas y estructurales de los órganos, tejidos y células como consecuencias de las enfermedades

2.9.- Patologías afectivas: signos y síntomas.

Varios e importantes son los cambios que trae esta nueva versión del manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM-51, en el área de los trastornos del ánimo. Se eliminan algunos constructos diagnósticos, a la vez

que aparecen nuevos. Se eliminan algunos importantes criterios de exclusión, a la vez que se incorporan nuevos especificadores, los que parecen traer de vuelta viejos e históricos conceptos. Con velocidad aparecen críticas, algunas que incluso le exigen mayor confiabilidad a los diagnósticos, complejos por la naturaleza misma del enfermar en psiquiatría, que ni siquiera se cumplen para otras áreas de la medicina. En este breve comentario de actualidad, analizaremos los datos hasta ahora disponibles respecto de los cambios propuestos a las diversas categorías diagnósticas de los trastornos del ánimo, la evidencia a favor de ellos, así como las críticas y controversias surgidas en la comunidad médico-científica.

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

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

No más episodios mixtos.

Muy controversial ha resultado la eliminación del diagnóstico DSM-IV de trastorno bipolar tipo I, episodio mixto, el que requería que la persona cumpliera simultáneamente los criterios para un episodio maniaco y aquellos para episodio depresivo mayor (excepto la duración). En su lugar se ha introducido un nuevo especificador: “con características mixtas”, el que se puede aplicar a los episodios de manía o hipomanía, si es que existen rasgos depresivos presentes, y también a los episodios depresivos en el contexto de un trastorno depresivo mayor (unipolar) o trastorno bipolar, cuando se asocian características de manía o hipomanía. Lo anterior se enmarca en un

intento del DSM-5 de crear una aproximación “categorial-dimensional”, tomando una visión más cercana a Kraepelin, quien describía un continuo entre episodios depresivos y maníacos.

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

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

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

Y con respecto al tratamiento, en pacientes con depresión con características mixtas, ¿Qué usar? ¿antidepresivos, estabilizadores o antipsicóticos atípicos?. Para responder estas preguntas, claramente se requiere de nuevos estudios utilizando estos nuevos criterios. Al menos de la literatura existente, ya en el estudio STEP-BD se observó que no había mejoría alguna para el tratamiento de episodios mixtos con antidepresivos, dato que debe ser puesto entre paréntesis ya que se trataba de pacientes con diagnóstico de trastorno bipolar, cursando depresión bipolar con síntomas maníacos asociados y que además se encontraban en tratamiento con un estabilizador. Para confundir aún más, un re-análisis de los datos del estudio STAR*D, enfocándose en aquellos pacientes

con depresión que en las sub escalas calificaban para síntomas de manía, encontró que aquellos que tenían al menos 2 síntomas de manía, tenían mayores tasas de respuesta a antidepresivos a lo largo de las 4 fases de tratamiento, lo que para sorpresa de los autores resulto opuesto a la hipótesis original.

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

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

El trastorno disruptivo por desregulación anímica sería una respuesta al sobrediagnóstico (y sobretratamiento) de pacientes menores de 18 años por trastorno bipolar. Este se caracterizaría por frecuentes y severos problemas emocionales y de conducta, en el cual la característica central sería la irritabilidad crónica (y no episódica), la que según los grupos de trabajo creadores del constructo, estaría más conectada con depresión monopolar que bipolar, lo que se confirmaría de acuerdo a estudios de cohorte que analizan la relación entre irritabilidad en niños y adolescentes tempranos, y la emergencia de patología psiquiátrica a largo plazo. Los criterios diagnósticos incluirían severas explosiones de ira asociadas a ánimo bajo persistente entre ellas, los que deben estar presentes por al menos 12 meses e iniciarse en niños entre los 6 y los 10 años. Un estudio reciente rescata la validez del constructo diagnóstico pero cuestiona su validez etiológica, debido a la alta comorbilidad

con episodio depresivo, trastorno oposicionista desafiante y a la fuerte presencia de factores psicosociales adversos. Ya planteadas estas dudas, deberá también preguntarse cuál o cuáles serán las líneas de tratamiento más adecuadas.

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

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

síntomas que elevan de forma conocida el riesgo de suicidio en pacientes con depresión y que son importantes de considerar en la terapéutica. A la vez que se recomienda un tratamiento más activo, también se recomienda precaución en el manejo de los fármacos ansiolíticos e hipnóticos, por su conocido potencial de dependencia y abuso.

Se elimina el criterio de exclusión del duelo En el DSM-IV se incluía como criterio de exclusión para depresión, el que esta se presentara dentro de los 2 primeros meses de ocurrencia de un duelo. Esto planteaba varias incongruencias para los clínicos e investigadores. Primero, implícita mente se definía una duración para el duelo menor a los 2 meses. En segundo lugar, prácticamente se excluía al duelo como posible desencadenante de un episodio depresivo mayor, poniéndolo en una categoría aparte de los otros factores precipitantes de depresión. El nuevo DSM-5 excluye este criterio, lo que no ha estado exento de polémica. Algunos autores criticaron la medida arguyendo que se estaría “medicalizando” una condición propia de la experiencia humana, y a la vez generadora de resiliencia en su proceso, quizás entendiendo que con la eliminación de este criterio se homologaba depresión con duelo. Esto motivó inclusive una carta en respuesta del comité editorial del DSM-5 15.

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

La evidencia disponible no encuentra mayores diferencias entre la depresión causada por otros factores y aquella causada por duelo, tanto en sus síntomas y efectos cognitivos, como en su respuesta a tratamiento. Además se estima

que sólo un 20% de las personas que cursan con duelo cumplen los criterios para depresión.

Está por verse si es que la exclusión de este criterio se traduce en un aumento del diagnóstico de depresión, a la vez que es plausible que esta medida disminuya el riesgo de no tratar un verdadero episodio depresivo. Al menos desde el punto de vista de los seguros de salud, ya no será cuestionable el diagnóstico de depresión en alguien que además sufre un duelo. En relación al duelo, se incluye como criterio de estudio el “duelo complicado persistente”, una forma de duelo más intensa que lo habitual y que tiende a hacerse crónica, la que se presentaría al menos en un 10% de los pacientes que cursan con duelo.

2.10.- Patologías neuróticas: signos y síntomas. ¿Qué son los trastornos neuróticos?

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

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

Trastorno de ansiedad. TA
por separación.

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

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

Mutismo Selectivo.

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

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

Fobia específica.

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

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

TA Social

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

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

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

Trastorno de Angustia

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

Agorafobia

Miedo o ansiedad acusados que aparecen prácticamente siempre respecto a dos o más situaciones prototípicamente agorafóbicas (transportes públicos, lugares

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

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

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

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

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

Los trastornos somatomorfos

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

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

Los trastornos disociativos

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

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

Los trastornos facticios y simulación

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

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

Los trastornos del control de los impulsos

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

2.11.- Patología de la conducta: signos síntomas.

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

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

empatía; despreocupado por su rendimiento; o afecto superficialo deficiente.

Unidad 3

INTRODUCCION AL TRATAMIENTO PATOLOGICO.

3.1.- Terapia somática.

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

La terapia somática es un enfoque psicobiológico orientado en la mayor partede las veces a tratar el trauma. Una de las premisas que nutren las raíces deeste enfoque es que si no se trata el cuerpo y la mente como una unidad,resulta prácticamente imposible facilitar una curación completa de la persona.Esta técnica fue desarrollada por el profesor de Berkeley Standley Keleman en1971. Su finalidad era “sanar los nudos físicos, emocionales y psicológicosderivados de los conflictos, vivencias y experiencias no resueltas”.

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

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

Objetivos de la terapia somática

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

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

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

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

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

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

3.2.- Terapia de la depresión.

El modelo cognitivo de la depresión ha surgido a partir de observaciones clínicas sistemáticas y de investigaciones experimentales (Beck, 1963, 1964, 1967). Esta interacción entre los enfoques clínico y experimental ha facilitado el desarrollo progresivo del modelo y del tipo de terapia que de él se deriva (ver Beck, 1976). El modelo cognitivo postula tres conceptos específicos para explicar el sustrato psicológico de la depresión: (1) la tríada cognitiva, (2) los esquemas, y (3) los errores cognitivos (errores en el procesamiento de la información). Concepto de tríada cognitiva La tríada cognitiva consiste en tres patrones cognitivos principales que inducen al paciente a considerarse a sí mismo, su futuro y sus experiencias de un modo idiosincrático. El primer componente de la tríada se centra en la visión negativa del paciente acerca de sí mismo. El paciente se ve desgraciado, torpe, enfermo, con poca valía. Tiende a atribuir sus experiencias desagradables a un defecto suyo, de tipo psíquico, moral, o físico. Debido a este modo de ver las cosas, el paciente cree que, a

causa de estos defectos, es un inútil, carece de valor. Tiende a subestimarse a criticarse a sí mismo en base a sus defectos. Por último, piensa que carece de los atributos que considera esenciales para lograr la alegría y felicidad. El segundo componente de la tríada cognitiva se centra en la tendencia del depresivo a interpretar sus experiencias de una manera negativa. Le parece que el mundo le hace demandas exageradas y/o le presenta obstáculos insuperables para alcanzar sus objetivos. Interpreta sus interacciones con el entorno, animado o inanimado, en términos de relaciones de derrota o frustración. Estas interpretaciones negativas se hacen evidentes cuando se observa cómo construye el paciente las situaciones en una dirección negativa, aun cuando pudieran hacerse interpretaciones alternativas más plausibles. La persona depresiva puede darse cuenta de que sus interpretaciones negativas iniciales estaban desviadas si se le anima a reflexionar sobre otras explicaciones alternativas menos negativas. En este sentido, puede llegar a darse cuenta de que estaba tergiversando los hechos para que se ajustasen a las conclusiones negativas que se había formado de antemano. El tercer componente de la tríada cognitiva se centra en la visión negativa acerca del futuro. Cuando la persona depresiva hace proyectos de gran alcance, está anticipando que sus dificultades o sufrimientos actuales continuarán indefinidamente. Espera penas, frustraciones y privaciones interminables. Cuando piensa en hacerse cargo de una determinada tarea en un futuro inmediato, inevitablemente sus expectativas son de fracaso. El modelo cognitivo considera el resto de los signos y síntomas del síndrome depresivo como consecuencia de los patrones cognitivos negativos. Por ejemplo, si el paciente piensa erróneamente que va a ser rechazado, reaccionará con el mismo efecto negativo (tristeza, enfado) que cuando el rechazo es real. Si piensa erróneamente que vive marginado de la sociedad, se sentirá solo. Los síntomas motivacionales (por ejemplo, poca fuerza de voluntad, deseos de escape y evitación, etc.) también pueden explicarse como consecuencia de las cogniciones negativas. La poca fuerza de voluntad viene provocada por el pesimismo y desesperación del paciente. Si esperamos un resultado negativo, no puede comprometerse a realizar una determinada tarea. Los deseos de suicidio pueden entenderse como expresión

extrema del deseo de escapar a lo que parecen ser problemas irresolubles o una situación intolerable. El depresivo puede verse a sí mismo como una carga inútil y consecuentemente pensar que sería mejor para todos, incluido él mismo, si estuviese muerto. La creciente dependencia también se puede entender en términos cognitivos. Dado que el paciente se ve como inepto y dado que sobreestima la dificultad de las tareas, espera fracasar en todo. Así, tiende a buscar la ayuda y seguridad en otros que él considera más competentes y capacitados. Por último, el modelo cognitivo también puede explicar los síntomas físicos de la depresión. La apatía y las pocas energías pueden ser consecuencia de la creencia del paciente de que está predestinado a fracasar en todo cuanto se proponga. La visión negativa del futuro (sensación de futilidad) puede producir una “inhibición psicomotriz”.

3.3.- Terapia de la manía.

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

Terapia cognitiva y terapia cognitiva-conductual. Se han aplicado varias intervenciones bajo la denominación de terapia cognitiva (Zaretsky, Segal y Gemar, 1999) o terapia cognitiva conductual (Scott, 1996). En ambos casos el

objetivo es aplicar los principios cognitivoconductuales a los pacientes para que se adhieran a la medicación y adquieran habilidades o reduzcan los problemas que acarrea el TB. Ésta se ha utilizado dentro de programas de psicoeducación y también específicamente con esta denominación. Y, cuando se ha utilizado específicamente, se han presentado casos o series de casos con la misma (ej., Palmer, Williams y Adams, 1995), estudios piloto sin grupo de control (Lam et al., 2000) y estudios experimentales que más adelante veremos. *Terapia familiar y terapia marital*. El contexto familiar afecta y es afectado por los pacientes con TB. Una vez se padece el trastorno las interacciones maritales son problemáticas, si se está casado o se vive en pareja, y las relaciones familiares se complican o se hacen difíciles. En los estudios realizados ha sido de gran relevancia, igual que en la esquizofrenia, estudiar la emoción expresada, especialmente la alta emoción expresada, dado que cuando el paciente tiene un episodio bipolar ésta es característica, dado que uno o más miembros de la familia se van a mostrar hostiles, críticos o con actitudes de sobreimplicación emocional. Además, la alta emoción expresada aumenta la probabilidad de recaída (Miklowitz et al., 1988). Ante la relevancia de esta problemática, se han desarrollado distintas intervenciones orientadas a la pareja o a la familia del paciente bipolar. Actualmente es una de las intervenciones más relevantes, con la que se han realizado más estudios, especialmente el grupo de Clarkin (Clarkin et al., 1990; Clarkin, Haas y Glick, 1988; Glick, Clarkin, Haas, Spencer y Chen, 1991; Haas et al., 1991; Spencer et al., 1988) y el de Miklowitz (Miklowitz y Goldstein, 1990, 1997; Miklowitz et al., 2000) y sobre la que hay clara evidencia empírica de su eficacia. El grupo de Clarkin ha desarrollado una intervención familiar para la familia y los pacientes psiquiátricos hospitalizados, entre los que se encuentran los pacientes bipolares. El tratamiento dura un promedio de 9 sesiones y se centra en ayudar a los pacientes a afrontar la hospitalización y a hacer planes para una vez le haya sido dada el alta. A lo largo del tratamiento se entrena al paciente y a su familia a aceptar que el trastorno es real y que probablemente es crónico, que es necesario el tratamiento farmacológico junto al psicológico una vez haya sido dado de alta, identificar los estresores que pueden precipitar la recaída, aprender el modo

de modificar los patrones familiares disfuncionales y ser capaz de hacerle frente a los estresores en el futuro. El de Miklowitz dura 9 meses y tiene componentes semejantes. La terapia interpersonal y del ritmo social. Una terapia que se utiliza en el TB es la denominada terapia interpersonal y del ritmo social (IPSRT), desarrollada por Frank et al. (1994). Esta terapia es de tipo individual, tanto para aplicar individualmente, porque el paciente no quiere llevar a cabo una terapia marital o familiar, o porque vive solo. Se centra en dos aspectos básicos: las relaciones e interacciones interpersonales y establecer ciclos rítmicos (ritmos circadianos) o rutinas cotidianas, basados en la hipótesis de la estabilidad del ritmo social (Ehlers, Frank y Kupfer, 1988).

Este tipo de terapia no tiene una duración concreta por la necesidad de un tratamiento a largo plazo, dada la condición crónica de la enfermedad. Da una gran importancia a la regulación del sueño que, como se sabe, es de gran relevancia en este trastorno. Si se regula el sueño esto incide positivamente en su estado emocional. Si además identifica adecuadamente los eventos vitales que le llevan a la ruptura de sus rutinas y las relaciones interpersonales problemáticas, todo ello conduce no sólo a una mejora de su estado emocional, sino también de su vida social. *Otros tratamientos.* Podríamos hacer una lista extensa de otros tratamientos que se han utilizado en el TB, como iremos viendo en las siguientes páginas. De toda la literatura actual nos parece importante resaltar dos líneas de investigación relacionadas con el tratamiento: la relación con el trastorno por abuso de sustancias, al que dedicamos un apartado específico más adelante, y el incremento del apoyo social. En este sentido sirva de ejemplo el estudio de Johnson et al. (1999), quienes han analizado la relevancia del apoyo social en el curso del trastorno bipolar. Para ello hicieron un seguimiento de dos años de 59 pacientes con TB tipo I. Los resultados del análisis de regresión múltiple indican que una alta depresión en la línea base, la ocurrencia de un evento vital y bajo apoyo social están asociados con una mayor depresión a lo largo del tiempo. Sin embargo, para la manía, sólo aparece significativa la puntuación previa en la escala de manía sobre las puntuaciones de manía en el seguimiento, no resultando en cambio predictores ni el tiempo de evaluación, eventos vitales, apoyo social ni la

interacción de los eventos vitales y el apoyo social. Esto sugiere que esos factores de riesgo psicológico son potentes predictores de la depresión, pero no predicen la manía a lo largo del tiempo. Por tanto, este estudio sugiere que los individuos con alto apoyo social se recuperan más rápidamente de los episodios del estado de ánimo y son menos vulnerables para el incremento de depresión a lo largo del tiempo.

3.4.- Terapia de la psicosis.

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

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

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

--Prestando atención a las alteraciones emocionales.

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

2. La psicosis es experimentada por los pacientes como pensamientos y sentimientos alterados, no necesariamente tienen por qué ser útiles las explicaciones desde el modelo de enfermedad. 3. En la formación de los síntomas psicóticos pueden estar implicados procesos psicológicos diversos (por ejemplo, el modelo de formación de alucinaciones de Slade y Bentall¹² o el modelo de formación y mantenimiento de creencias delirantes de Garety¹⁶), siendo necesario hacer un análisis altamente individualizado.

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

Una vez señalados los presupuestos y las características centrales del tratamiento cognitivo conductual de los síntomas psicóticos, se emplean

técnicas ampliamente probadas y sobradamente conocidas dentro del elenco cognitivo conductual, pero que deben adaptarse a las peculiaridades de las personas que padecen trastornos psicóticos. Fowler¹⁷ considera necesaria para este objetivo la siguiente adaptación de las técnicas tradicionales de la terapia cognitivo conductual para su uso en los trastornos psicóticos:

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

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

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

Terminaremos este apartado describiendo las fases que incluye el proceso de intervención, de acuerdo al modelo propuesto por Fowler, Garety y Kuipers³:

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

3. 5.- Terapia de la ansiedad.

En la terapia cognitiva para la ansiedad y la depresión a los pacientes se les enseña una máxima: “El modo en que pienso afecta sobre el modo en que siento”. Esta sencilla afirmación es el fundamento de la teoría cognitiva y la terapia de los trastornos emocionales y, sin embargo, los individuos muchas veces no logran reconocer el modo en que sus pensamientos afectan sobre su estado anímico. Dada la experiencia de activación fisiológica intensa e incontrolable que suele ocurrir durante la ansiedad aguda, es comprensible por qué quienes la padecen no reconocen sus bases cognitivas. A pesar de esta falta de reconocimiento, la cognición desempeña una función mediadora importante entre la situación y el afecto, tal y como se indica en el siguiente diagrama: Situación provocadora Pensamiento/Valoración ansiosa Sentimiento de ansiedad Los individuos suelen asumir que las situaciones y no las cogniciones (es decir, las valoraciones) son responsables de su ansiedad. Considere, por ejemplo, cómo se siente en el período previo a un examen. La ansiedad será mucha si espera que el examen sea difícil y usted duda de su nivel de preparación. Si espera que el examen sea relativamente fácil o está bastante seguro de su preparación, su ansiedad será baja. Lo mismo ocurriría

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

3.6.- Terapia cognitivo-conductual

Pregunta problematizadora:

¿De qué manera percibe este enfoque la problemática del ser humano y de quien depende el cambio? ¿Este enfoque psicoterapéutico en qué hace énfasis? Actividad preliminar: En lluvia de ideas, menciona actividades diarias de tu vida en la cual el modelo cognitivo-conductual sea de beneficio.

- Identifica su utilidad.
- Menciona las concepciones generales que la gente tiene del conductismo. En lluvia de ideas, menciona qué entiendes por cognición y por cognitivo.
- Identifica por qué estos enfoques se vinculan y se corresponden uno con el otro: Actividad de aprendizaje: Exposición por equipos de los conceptos básicos y técnicas terapéuticas del enfoque cognitivo conductual. En mini grupos hacer una lectura analítica de los conceptos principales de este enfoque y como llevar a cabo la

resolución de un problema, en donde se aplique las técnicas del modelo cognitivo – conductual, eligiendo un área de aplicación específica: clínica, de la salud, educativa, comunitaria, laboral o deporte. Caso supervisado en cámara Gesell (Role playing).

- Modelo cognitivo conductual.
- Antecedentes.
- Técnicas psicoterapéuticas.
- Desensibilización sistemática.
- Terapia de inundación o flooding.
- Terapia racional emotiva de Ellis.
- Terapia cognitiva de Beck.
- Entrenamiento en inoculación de estrés.
- Terapia de solución de problemas.
- Avances y ámbitos de aplicación. Lectura de contextualización al enfoque cognitivo conductual. La actuación profesional en psicología es la de mediar o facilitar los procesos de aprendizaje que lleva a la persona a modificar o cambiar su repertorio de conductas. En este tema desarrollaremos las técnicas inspiradas en la psicología científica que se aplica en la orientación familiar. Son técnicas para la modificación de la conducta y aplicables tanto en la formación de padres, como en la intervención directa en contextos diversos. La acción del psicólogo en el desempeño de su profesión en el contexto de la modificación de la conducta se enfoca en varias direcciones según las situaciones; en algunos casos, se verá la necesidad de implantar o facilitar la aparición de conductas que no existen en el repertorio, en otras, su trabajo

consistirá en fortalecer y mantener aquellas que ya existen, aunque con una frecuencia baja; en otros casos tendrá que centrarse en reducir o extinguir las conductas no deseadas, o no aceptadas socialmente. Primero nos centraremos en las técnicas de modificación cognitivo-conductual y después en las que están inspiradas en la psicología científica que tienen mayor aplicación en orientación familiar. El enfoque cognitivo-conductual se centra en: - La modificación de la conducta como tecnología. - Fases, pasos y actividades en la elaboración, aplicación y evaluación de programas de modificación de conducta. - Criterios de selección de técnicas. - Utilidad específica de las técnicas conductuales y cognitivo-conductuales, descripción y aplicación.

3.7.- Técnicas cognitivas

Se basan en la influencia que tienen los procesos cognitivos y simbólicos en la conducta y su modificación. Muchos comportamientos responden a la influencia de las percepciones, los pensamientos y las creencias.

Tabla 7 Técnicas cognitivas conductuales para la intervención psicoterapéutica

Técnica	Descripción	Finalidad
<p>Autocontrol: 1. Autorregistro 2. Autoevaluación 3. Autorrefuerzo</p>	<p>Autocontrol.- Son un conjunto de estrategias cuya finalidad es que las personas sean capaces de dirigir y controlar su propio comportamiento, lo que implica dotarlas de habilidades para evaluar el propio comportamiento y participar activamente en el proceso de modificación.</p> <p>Autorregistro.- Es una técnica de evaluación y de intervención. Consiste en el registro o anotación que el sujeto hace de su conducta. Se puede registrar la frecuencia, la intensidad, duración calidad.</p> <p>Autoevaluación.- Consiste en la evaluación que el sujeto hace de su propia conducta, comparándola con la del modelo que sirve de referencia.</p> <p>Autorrefuerzo.- Consiste en que el mismo sujeto es el que se administra el reforzador o recompensa cuando emite la conducta que se está modificando. Por Ejemplo. El niño que molesta continuamente tirando papeles a sus compañeros en clase, puede reforzarse con algo que le guste mucho por cada hora que pasa sin tirar papeles; también podría autocastigarse cuando los tira.</p>	<p>El autorregistro es especialmente útil en el tratamiento de personas impulsivas, hiperactivas, poco reflexivas, con bajo nivel de motivación, con dificultades de relaciones interpersonales y déficit de habilidades sociales.</p> <p>Su eficacia está en que registrar la propia conducta refuerza la deseada, y debilita la no deseada.</p> <p>La autoevaluación es eficaz en generalización de conductas aprendidas; también en el tratamiento de la desobediencia y malos tratos verbales, en sujetos impulsivos, hiperactivos y desadaptados.</p> <p>El autorrefuerzo es muy eficaz para eliminar todo tipo de conductas disruptivas</p>

<p>Autoinstrucciones</p>	<p>Se hace en pasos sucesivos e interrelacionados: 1ª modelado cognitivo.- La persona que administra la técnica se dice así mismo en voz alta, lo que tiene que hacer; la persona que estamos entrenando observa. El modelado aprenderá habilidades que permitan qué tiene que hacer, cómo lo tiene que hacer, autorreforzarse verbalmente, o autocorregirse, si no se consigue el objetivo. Se pretende que el sujeto sea capaz de cambiar sus propias verbalizaciones internas o pensamientos por otras que le ayuden de forma más eficaz a solucionar problemas. Es una técnica muy eficaz en el tratamiento de niños hiperactivos e impulsivos, en dificultades de aprendizaje y en el control de conductas delictivas. Condiciones a tener en cuenta para su aplicación. 2ª Guía externa explícita.- la persona entrenada realiza la misma actividad a la vez que va recibiendo instrucciones. 3ª Autoguía explícita.- ahora la persona entrenada realiza la tarea y se da a sí misma instrucciones en voz alta. 4ª Autoguía explícita desvanecida.- la persona entrenada se susurra las instrucciones mientras realiza la tarea 5ª Autoguía implícita o autoinstrucciones enmascaradas. La persona guía su propia actividad a través de autoinstrucciones internas o habla interior.</p>	<p>Se propone que el sujeto sea capaz de cambiar sus propias verbalizaciones internas, o pensamientos, por otras que le ayuden, de forma más eficaz, a solucionar problemas. Es una técnica muy eficaz en el tratamiento de niños hiperactivos e impulsivos, en dificultades de aprendizaje y en el control de conductas delictivas. Condiciones a tener en cuenta para su aplicación y optimización de efectos: - las conductas que se proponen para la autorregulación han de existir en el repertorio comportamental de la persona y han de ser simples. Si son complejas se han de descomponer y entrenar por separado. - La metodología ha de ser flexible, adecuarse a las características cognitivas de la persona a la que se va a aplicar. El uso de imágenes facilita las verbalizaciones.</p>
<p>Resolución de problemas</p>	<p>Es el proceso metacognitivo por el que los individuos comprenden la naturaleza de los problemas de la vida e intentan modificar el carácter problemático de la situación misma o bien sus reacciones hacia ella”</p>	<p>Es eficaz en temas relacionados con la creatividad, solución de problemas “normales”, retraso mental, problemas de alcoholismo y drogadicción, fracaso escolar, problemas matrimoniales, indecisión vocacional, obesidad.</p>

<p>Modelado</p>	<p>La persona observa la conducta del modelo y las recompensas que recibe cuando emite las respuestas deseadas. La observación del modelo puede ser directa (se observa mientras el modelo ejecuta la conducta) o indirecta (películas, obras de teatro, sesiones de dramatización, role-playing, ensayo de conductas, etc.)</p>	<p>Es eficaz con niños en el tratamiento de miedos y ansiedad, para aumentar la interacción social de niños autistas, para cambiar conductas desadaptativas de niños con retraso mental, para mejorar hábitos de estudio y ansiedad ante los exámenes.</p>
<p>Economía de fichas</p>	<p>Es un sistema de reforzamiento en el que el refuerzo inmediato a la emisión de la conducta deseada consiste en dar fichas canjeables por otros refuerzos más valiosos para el sujeto. Son muy eficaces los reforzadores basados en el principio de Premack (actividades agradables de la vida cotidiana)</p>	<p>Es eficaz en distintos campos de la orientación escolar y familiar, la terapia y la salud en general, en deficientes mentales, en adolescentes con problemas de conducta, en problemas de anorexia y bulimia, autismo, daño cerebral, adolescentes impulsivos, tartamudos, con problemas auditivos y del habla, drogadictos, ancianos, sujetos con demencia.</p>

3.8.- Psicoanálisis

El psicoanálisis es una teoría sobre el funcionamiento de la mente humana y una práctica terapéutica. Fue fundado por Sigmund Freud entre 1885 y 1939 y continúa siendo desarrollado por psicoanalistas por todo el mundo.

El psicoanálisis tiene cuatro áreas principales de aplicación:

1. Como una teoría del funcionamiento de la mente humana.
2. Como un método de tratamiento para los problemas psíquicos.
3. Como un método de investigación
4. Como una forma de ver y analizar los fenómenos culturales y sociales como la literatura, el arte, las películas, movimientos políticos y grupales.

¿Para que sirve el psicoanálisis? El psicoanálisis y la terapia psicoanalítica sirve para aquellas personas que sienten que caen en forma recurrente bajo el peso de síntomas psíquicos lo que impide que puedan desarrollar todo su potencial para ser felices individualmente, con sus amigos o su familia, así como sentirse exitoso y pleno en en trabajo o en las tareas habituales de la vida. La ansiedad, las inhibiciones y la depresión generalmente son signos de conflictos internos. Esto puede originar dificultades en las relaciones y si no son tratadas pueden tener un impacto considerable tanto en la vida personal como profesional de las personas. Las raíces de dichos problemas a menudo van mas profundo de lo que la conciencia puede alcanzar, esta es la causa por la cual es irresoluble sin psicoterapia. Es con la ayuda del analista que el paciente puede alcanzar nuevos conocimientos sobre la parte inconsciente donde anida el conflicto. Hablando con el psicoanalista en una atmósfera segura éste va llevando al paciente a hacerse consciente de aquellos conflictos presentes en la parte inconsciente de su psiquis (esto incluye pensamientos y sentimientos, memorias y sueños). Dicho tratamiento otorga alivio al dolor psíquico, promueve el desarrollo personal y mejora la autoconciencia, dicha mejora a su vez fortalece la confianza de la persona en

tratamiento para alcanzar las metas en la vida. Estos efectos positivos que produce el psicoanálisis perduran por mucho tiempo aún luego de haber terminado el tratamiento.

3.9.- Modelo humanista existencial

Pregunta problematizadora: Hacer una lista y explicar ¿Cuáles son las cinco características básicas de los modelos terapéuticos humanistas existenciales?

Actividad preliminar: En lluvia de ideas, menciona cuáles son las características que sabes que encierran estos enfoques terapéuticos.

Actividad de aprendizaje: Exposición por parte del docente de los conceptos claves: antecedentes, técnicas psicoterapéuticas, avances y ámbitos de aplicación.

- Terapia gestáltica.
- Psicoterapia Centrada en el Cliente.
- Logoterapia.

Cada equipo al finalizar la exposición hará al grupo 5 preguntas claves, para ayudar en el desarrollo de tres mapas conceptuales que corresponderán a cada modelo terapéutico expuesto y que se entregaran al finalizar este tema.

Terapia gestáltica. Lectura de contextualización a la Terapia Gestalt.

Psicoterapia Gestalt: “Yo hago lo mío y tú haces lo tuyo. No estoy en este mundo para llenar tus expectativas Y tú no estás en este mundo para llenar las mías. Yo soy yo y tú eres tú. Y si por casualidad nos encontramos, es hermoso. Si no, no puede remediarse”. Perls (1973) La terapia gestáltica con sus concepciones básicas sobre el hombre, tratará a través de su técnica de facilitar para cada organismo, el desarrollo

que posibilitará encontrar metas que le son significativas en su proceso de maduración.

Para Peñarrubia El objetivo de la terapia gestáltica es desarrollar y facultar al individuo para que actúe sobre la base de toda información posible, que capte no sólo los factores -relevantes del campo externo, sino también la información relevante interna, logrando con ello la autorregulación, tratando de llegar a ella por medio del darse cuenta en el aquí y ahora. Se instruye al sujeto a que preste atención a lo que siente, desea, a lo que hace por alcanzar una conciencia ininterrumpida y descubrir de qué manera interrumpe su propio funcionamiento. La terapia gestáltica antes que una terapia verbal es una terapia vivencial; es revivenciar los asuntos inconclusos en el aquí y ahora; es restablecer el funcionamiento total e integrado del individuo para que éste pueda modificar su conducta.

La misión del terapeuta gestalt es acabar con la insuficiencia organizarse del sujeto, reorganizar la unidad gestáltica de una necesidad insatisfecha; es decir, ayudar al sujeto a darse cuenta de los obstáculos que lo bloquean y a superarlos dejando que la naturaleza siga su curso, de tal modo que el sujeto pueda actuar haciendo pleno uso de sus capacidades. El terapeuta no ayuda directamente a resolver problemas, sino que contribuye a restablecer las condiciones bajo las cuales el sujeto puede hacer mejor uso de su propia capacidad para la resolución de sus problemas. El terapeuta vigila de qué manera evita el sujeto, tomar contacto con su realidad, con cuestiones presentes que revisten importancia orgánica para él (Burga, 1981).

Revisión y análisis del video Fritz Perls y Gloria.
http://www.youtube.com/results?search_query=fritz+perls En base a la observación del video, de la terapia Gestalt.

3.10.- Teoría de la terapia sistémica

Pregunta problematizadora: ¿Cuál es el concepto epistemológico básico de este enfoque psicoterapéutico, y por lo mismo el objetivo que persigue? Actividad preliminar: Se les dará a los estudiantes un tiempo de 15 minutos para salir del aula y

preguntar qué se entiende por el concepto de "Familia" a distintas personas, para que al regresar al salón se haga una relación de los conceptos obtenidos y después en plenaria se discutan. Actividad de aprendizaje: Exposición por parte del docente acerca de los conceptos básicos de la teoría de Sistemas y de la Epistemología que sustenta este enfoque. 26 Exposición del tema por equipos: los cuatro modelos básicos de este enfoque. Lectura propuesta: Lynn Hoffman, Fundamentos de la terapia familiar.

Conceptos de la Teoría General de Sistemas:

- Un sistema es un conjunto de elementos en interacción dinámica en el que el estado de cada elemento está determinado por el estado de cada uno de los demás que lo configuran. Ejemplo: Hay miles de ejemplos de sistemas en la naturaleza, desde una célula hasta una galaxia. Entre ellos la familia, es el caso que nos ocupa en este trabajo.
- Un sistema es cerrado cuando no intercambia materia, energía y/o información con su entorno. Ejemplo: Hay pocos ejemplos de sistemas cerrados en la naturaleza, dado que la mayoría están en interacción dinámica con su entorno. Aun así, una reacción química en un tubo de ensayo herméticamente sellado, sería un caso de sistema (relativamente) cerrado.
- Un sistema es abierto cuando intercambia materia, energía y/o información con su entorno. Por lo tanto, un sistema abierto es modificado por su entorno y al mismo tiempo lo modifica. Ejemplo: Todos los seres vivos (y agregados de ellos) son sistemas abiertos ya que las organizaciones celulares intercambian energía, materia e información con su entorno.
- Totalidad o no sumatividad: "El cambio en un miembro del sistema afecta a los otros, puesto que sus acciones están interconectadas mediante pautas de interacción. Las pautas de funcionamiento del sistema no son reducibles a la suma de sus elementos. Circularidad: Debido a la interconexión entre las acciones de los miembros de un sistema, las pautas de causalidad no son nunca lineales (en el sentido que una "causa" A provoque un "efecto" B), sino circulares en el sentido que B refuerza, retroactivamente la manifestación de A. Ejemplo: Las demandas de mayor intimidad de

un miembro de una pareja pueden chocar con las reticencias del otro, cosa que aumenta las demandas del primero y así sucesivamente.

- **Equifinalidad:** Un mismo efecto puede responder a distintas causas. Es decir los cambios observados en un sistema abierto no están determinados por las condiciones iniciales del sistema, sino por la propia naturaleza de los procesos de cambio. Esta definición no es válida para los sistemas cerrados, ya que éstos vienen determinados por las condiciones iniciales.

3.11.- Estrategias psicoterapéuticas del enfoque sistémico

El enfoque sistémico en psicoterapia es un enfoque complejo, dinámico y multidimensional. Su origen se remonta a mediados del siglo XX con referentes de diversas instituciones, a menudo con distintas formaciones académicas, y sigue en continuo desarrollo (Bertrando y Toffanetti, 2004). Estos autores comienzan a analizar los problemas a partir de una perspectiva inédita hasta entonces: ya no centrada en los procesos intrapsíquicos de los sujetos, sino en las interacciones y contextos en los cuales se generan los problemas y las soluciones. Este cambio de paradigma supuso a menudo una transformación significativa en la forma de elaborar intervenciones en el ámbito clínico (Moreno, 2014).

1.2. Deriva de la terapia sistémica Al momento de reseñar los antecedentes de la perspectiva sistémica, una primera distinción pertinente de realizar es la distinción entre una perspectiva familiar de los problemas y el desarrollo de intervenciones explícitamente sistémicas (Schlippe y Schweitzer, 2003). Estos autores plantean que a partir de la década de 1940 podemos encontrar varios terapeutas que trabajan con una perspectiva familiar de los problemas. Su principal objetivo es encontrar la causa o las principales causas de los problemas, y trabajan con diagnósticos centrados en causalidades lineales, esquema de pensamiento que aún hoy día nos cuesta evitar. El desarrollo de la terapia sistémica se remonta a la terapia familiar, este recorrido histórico es analizando exhaustivamente por Bertrando y Toffanetti (2004), en su libro Historia de la terapia familiar, donde comentan lo siguiente: se trata de una terapia profundamente innovadora que surge como respuesta a la brecha que se abre en las teorías psiquiátricas y 6 psicoterapéuticas que hasta el momento buscaban la causa del problema en el individuo, en contraposición a

la orientación social que cada vez tenía más lugar en estos ámbitos. Estos autores citan a Haley (1971) quien comenta que la orientación social de los problemas dio lugar a la importancia del contexto de la persona y las diferentes relaciones que tiene con los demás. Por su parte, Broderick y Schrader (1991) consideran que la terapia familiar surge originalmente en la psiquiatría como un intento de dar respuesta a problemáticas a las que no encontraban solución (por ejemplo: cómo tratar la esquizofrenia). Para abordar estas dificultades, los clínicos crean una forma de trabajo completamente nueva, basada en la importancia del contexto y de las relaciones. Dicho de otra manera, considerando que los problemas son de relación interpersonal. Las técnicas de intervención propuestas por la perspectiva sistémica surgen a partir de la reflexión al respecto de cómo los humanos, formando parte de distintos sistemas sociales, creamos la realidad, cuáles son los hábitos de pensamientos, emociones y conductas que subyacen a los problemas, y cómo podemos establecer hábitos diferentes (indagar y cuestionar estos hábitos). Esta reflexión fue ganando terreno y fue perdiendo importancia con qué sistemas o subsistemas se trabaja en el ámbito clínico.

3.12.- Escultura familiar

La familia para Salvador Minuchin (1986) “constituye la unidad social que enfrenta una serie de tareas de desarrollo”²² (p. 39), desarrollo que cursa, necesariamente, por distintas etapas evolutivas del ciclo vital que ejercen influencia en la estructuración del sistema familiar, por lo tanto, para poder hablar de estructura, es conveniente tener en cuenta etapas anteriores como, por ejemplo, la conformación de la pareja. La conformación de la pareja es producto de la unión de miembros de distintos hogares que constituirán un subsistema conyugal nuevo, y que inevitablemente pasará por cambios o pautas transaccionales como la separación de sus familias de origen, el establecimiento de un compromiso marital, asumir una nueva gama de compromisos y responsabilidades, el nacimiento del primer hijo que obligará a sus miembros a reorganizar sus relaciones, su capacidad de comunicación, sus fronteras o espacios subjetivos en dependencia al ciclo vital vivido por la pareja. Minuchin (1986, op. cit.) refiere que en “este período requiere también una nueva renegociación de las fronteras con la familia en su conjunto y con los elementos extra familiares”²³ (p. 41).

Los integrantes del subsistema conyugal sufren cambios constantes en su proceso de formación de pareja, así también lo tendrán que seguir pasando a lo largo del ciclo vital familiar, y en donde “la familia debe enfrentar el desafío de cambios tantos internos como externos y mantener, al mismo tiempo, su continuidad y debe apoyar y estimular el crecimiento de sus miembros mientras se adapta a una sociedad en transición”²⁴ (p. 42) según expresa Minuchin. Simultáneamente a esto, en el Modelo Estructural, según refiere Rocío Soria Trujano (2010), “se considera a los miembros de la familia relacionándose de acuerdo a ciertas reglas que constituyen la estructura familiar”²⁵ (p. 90); y dicha estructura familiar, definido por Minuchin (1986) es: “El conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuando y con quién relacionarse, y estas pautas apuntalan el sistema”²⁶ (p. 86). A su vez, en la estructura familiar se cumplen funciones que están sujetas a los ciclos vitales, y que marcan la ruta de una dinámica familiar. En seguida explicaremos cada uno de los indicadores que hacen una familia funcional y que dimensionan la estructura del sistema familiar.

En el planteamiento del estudio de los indicadores de funcionalidad en las familias sólo se pueden comprender partiendo de los aportes teóricos propuesto por el Modelo Estructural Sistémico que florece en el campo de la Psicología, siendo su principal exponente Salvador Minuchin, quién pretende dar una explicación del binomio sujeto- familia; pero como antesala al modelo diseñado por Minuchin, éste tiene sus bases en los principios de la teoría General de los Sistemas que hizo su apareamiento a finales de la década de los treinta. Bertalanffy, citado por Rocío Soria Trujano (2010), definió a un sistema como: “Una serie de elementos interrelacionados con un objetivo común, que se afectan unos a otros, y la característica que los une es la composición que tienen, es decir, la totalidad, la cual no es sólo la suma de las partes, (...) cada elemento tiene una función e interactúan entre ellos”²¹ (p. 89) La familia es un sistema en donde se hallan conformada por subsistemas u holones (individual, conyugal, parental y fraternal) que interactúan y que se influyen recíprocamente a razón de las funciones que desempeñan como subsistema, permitiendo comprender cómo se dan los procesos de interacción, funcionalidad, reglas y límites que configuran

la estructura de una familia. Ahora es oportuno establecer cómo se estructura el sistema familiar a lo largo de los cambios transicionales vividos por la familia.

Dinámica familiar.- Desde la perspectiva del modelo estructuralista de Minuchin (1986) se entiende por dinámica familiar como: “Suscitados en el interior de la familia, en donde todos y cada uno de los miembros está ligado a los demás por lazos de parentesco, relaciones de afecto, comunicación, límites, jerarquías o roles, toma de los aspectos decisiones, resolución de conflictos y las funciones asignadas a sus miembros” (p.93)

Familia.- Patricia Ares (2002) define la familia como “el grupo de intermediación entre el individuo y la sociedad. Constituye el núcleo más primario del ser humano, en ella el hombre inscribe sus primeros sentimientos, sus primeras vivencias, incorpora las principales pautas de comportamiento, y le da un sentido a sus vidas”. (p.16) □

Tipología familiar.- Salvador Minuchin distingue dos tipos de familias, las aglutinadas y las desligadas. Marinés Suarez (2002), citando a Minuchin, afirma que las familias aglutinadas “se caracterizan porque las fronteras o límites son muy difusos, tanto entre sus integrantes como entre los distintos subsistemas que la conforman (...). Los valores, normas, principios y otras pautas son comunes e indiscutibles para todos los miembros” (p. 207). En contraste a ésta, las familias desligadas se caracteriza porque “los límites entre cada uno de los individuos y entre los subsistemas son rígidos. Las interacciones son mucho más espaciadas” (p. 207-208). □

Estructura familiar.- para Salvador Minuchin (1982), “La estructura familiar es el conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. Una familia es un sistema que opera a través de pautas transaccionales. Las transacciones repetidas establecen pautas acerca de qué manera, cuando y con quién relacionarse, y estas pautas apuntalan el sistema. (p. 86) □

Roles.- Minuchin lo designa como el elemento que demarca la posición entre los miembros de la familia, se refiere a los patrones de conducta, por medio de los cuales

la familia asigna funciones necesarias, es la única manera de organizar la estructura de la familia. □

Límites.- Según, Minuchin citado por Carter Umbarger (1982), “los límites o fronteras en cualquier sistema incluyen reglas que regulan y definen el flujo de información y energía que ha de ingresar al sistema familiar, así también el grado en que los extraños puedan acceder al sistema, para mantener el equilibrio armonioso” (p. 56). Minuchin establece tres tipos de límites a saber: rígidos, difusos y claros. 32 □

Jerarquías.- Define la función del poder y la diferenciación de roles de padres e hijos y fronteras entre generaciones. Para la funcionalidad familiar, Minuchin considera importante tener, bien clara y definida la jerarquía en cada contexto familiar. La inversión de jerarquías de poder ejecutivo se considera más destructoras para la estructura familiar. □

Sistema.- para Paul Watzlawick (1993) Sistema es un “conjunto de objetos así como de relaciones entre los objetos y entre sus atributos, en el que los objetos son los componentes o partes del sistema; los atributos son las propiedades de los objetos y las relaciones “mantienen unido al sistema” (p. 117). Cada sistema está integrado por subsistemas, y éstos a su vez por sub-subsistemas, de tal manera, que dentro del sistema familiar podemos distinguir los siguientes subsistemas:

a) Subsistema parental.- Marinés Suares (2002) expresa que este subsistema está integrado por el padre y la madre. Sí bien es cierto que este subsistema necesita la existencia de los hijos para que puedan ejercer sus funciones, éstos no forman parte de aquél” (p. 153)

b) Subsistema conyugal.- Marinés Suares (Ibíd., 2002) manifiesta que este “subsistema puede o no ser el mismo que el subsistema parental. (Ibíd., p. 153)

c) Subsistema fraternal.- Marinés Suares (ibíd., 2002) indica que este subsistema “está integrado por todos los hermanos, en su calidad de tales”. (Ibíd., p. 153).

3-13.- Recapitulación

La RECAPITULACIÓN consiste en transmitir un resumen elaborado del contenido "cognitivo" y/o "afectivo" del mensaje de la familia o de algún miembro de ella.

Los contenidos de la recapitulación pueden tener como objeto toda una entrevista, algunos momentos de ella o incluso una serie de entrevistas. Los contenidos recogidos por una recapitulación pueden sintetizar la comunicación digital y analógica de la familia y/o de algún miembro.

Una recapitulación aglutina los temas, las redundancias o las consistencias de la comunicación de la familia y, además, actúa como un "feedback" que tiende a estructurar los mensajes imprecisos o ambiguos. Así, pues, los objetivos que permite alcanzar esta técnica son: enlazar diversos elementos dispersos a lo largo de la comunicación de algún miembro de la familia; identificar un tema o estructura común a una serie de enunciados; interrumpir una divagación excesivamente larga.

Es aconsejable emplear la recapitulación, siempre que sea necesario cerrar una etapa de la entrevista o del tratamiento y siempre que deseemos comprobar, que una larga exposición del paciente ha sido comprendida correctamente; en este último caso, cumple una función muy próxima a la técnica de la "clarificación".

3.14.- Clarificación

La CLARIFICACIÓN es una técnica de intervención verbal que consiste en una pregunta que el terapeuta dirige a la familia o a algún miembro de ella, con intención de comprobar que se ha comprendido correctamente el mensaje de los participantes.

La forma enunciativa propia de la clarificación consiste en una pregunta del tipo: "¿Quieres decir que...?" o "¿Lo que tratan Vds. de decirme es que ...?"

El empleo de la técnica de la "clarificación" se aconseja, lógicamente, siempre que no estemos seguros de haber captado el sentido del mensaje del paciente y siempre que deseemos evitar el riesgo de formular hipótesis basadas en presuposiciones o conclusiones erróneas. En la primera entrevista suele emplearse con más frecuencia esta técnica.

3.15 Genograma

El genograma es una representación gráfica (en forma de árbol genealógico) de la información básica de, al menos, tres generaciones de una familia. Incluye información sobre su estructura, los datos demográficos de los miembros y las relaciones que mantienen entre ellos. De esta forma, proporciona a “golpe de vista” una gran cantidad de información, lo que permite no sólo conocer a la familia, sino realizar hipótesis acerca de la relación entre el problema y el contexto familiar, la evolución del problema a lo largo del tiempo, su relación con el ciclo vital de la familia, etc.

La construcción de un genograma familiar se compone de tres fases sucesivas:

- 1) trazado de la estructura familiar;
- 2) recogida de la información básica sobre la familia; y
- 3) delineado de las relaciones familiares.

Registro de las relaciones familiares La representación en el genograma de las relaciones familiares se basa tanto en el informe de la propia familia, como en la observación clínica. Se utilizan diferentes tipos de líneas para representar estas relaciones. A pesar de que los términos empleados para describir estas relaciones suelen ser difíciles de definir operacionalmente (p. ej., “fusionado”; “conflictivo”), aportan una primera información al clínico acerca del nivel de conflicto o aglutinamiento de una familia. Al final del documento se puede consultar la representación de las relaciones más habituales. Como las pautas vinculares pueden ser muy complejas, en ocasiones es posible representarlas en un genograma a parte. Toda esta información que proporciona el genograma ayuda al clínico a identificar posibles pautas relevantes en el funcionamiento familiar. Es importante prestar atención a la presencia de síntomas, pautas de relación o funcionamiento que se repiten en las diferentes generaciones; a las coincidencias de fechas (por ejemplo, fecha de una muerte y aparición del síntoma); y al momento del ciclo vital en el que se

producen determinados acontecimientos (por ejemplo, emancipación tardía de los hijos).

Por último, en algunas ocasiones, el genograma en sí mismo también se emplea como una intervención terapéutica para generar cambios en las familias. Por ejemplo: — Implicar a la familia: el genograma proporciona un acceso rápido a contenidos con fuerte carga emocional (nacimientos, muertes, conflictos...) desde un planteamiento aparentemente rutinario (llenar la "ficha" de la familia) que elimina la sensación de amenaza para hablar de estos temas. De esta forma, las familias más reservadas pueden abrirse a discutir estos aspectos familiares en un formato tan estructurado. — Cuestionar el sistema: la familia suele llegar a terapia con ideas bastante rígidas acerca de cuál es el problema y quién es el que debe cambiar. La información que se presenta a través del genograma es una forma de empezar a modificar estas creencias al no centrarse tan solo en el síntoma y en su portador. — Aclarar pautas familiares: compartir las hipótesis clínicas derivadas del genograma de forma que la familia las pueda aceptar o rechazar es una forma de empezar a aclarar estas pautas (p. ej. repetición intergeneracional de síntomas). Con el nuevo significado que adquiere así el síntoma se pueden trabajar nuevas relaciones dentro de la familia.

Unidad 4

TEORIAS Y MODELOS PSICOLÓGICOS

4.1.- Como tratar al individuo

"La psicoterapia es una técnica no definida aplicada a problemas no específicos con un resultado impredecible. Para esta técnica recomendamos una capacitación rigurosa" (Raimy, 1950, p. 93). Con toda la seriedad que el caso merece, la mejor respuesta a esta pregunta puede ser, "eso depende de a quién se le pregunte". Otra respuesta, una que se asemeja a un temido estereotipo de respuesta del psicoterapeuta a la pregunta de un paciente es, "¿qué le gustaría que fuera?" Estas respuestas reflejan una situación interesante, problemática y quizás extraordinaria de asuntos dentro de la disciplina erudita y de la práctica profesional de la psicoterapia: nosotros la ejercemos, sabemos que existe, creemos en su eficacia, la recomendamos a las personas y la defendemos de los ataques de los políticos,

periodistas, colegas y pacientes, pero no podemos describir o definir la psicoterapia de manera precisa. ¿Es este dilema tan extraordinario? Muchas de las ideas o experiencias que motivan a los seres humanos, las cuales causan guerras, inician familias, construyen hospitales, cambian las cosas de manera trascendental, no se pueden describir con palabras. Sólo piense en el amor, el honor, la gratitud, entre muchos otros conceptos, e intente ofrecer definiciones exactas que gocen de consenso universal. La psicoterapia no puede definirse con exactitud porque no hay una sola empresa, disciplina o actividad a la cual se asocie el término. Al momento de escribir este capítulo, se pueden identificar más de 400 escuelas de psicoterapia (Gold, 1996), cada una de las cuales se define de manera distinta a otros tipos de terapia. Hace poco se presentó una conferencia estudiantil con la intención de definir la psicoterapia, y se llegó a tener 81 definiciones de lo que significaba, pero ninguna de ellas era idéntica a otra (Zeig y Munion, 1990). Estos estudiantes de psicoterapia por lo menos pudieron agrupar los centenares de tipos de psicoterapia en un número mucho más pequeño de categorías, para después extraer un cierto consenso estructural con respecto a una definición inicial del término. Fueron destacados nueve amplios tipos de psicoterapia: (1) psicodinámica, (2) humanística/existencial, (3) conductual, (4) cognitiva, (5) filosófica, (6) sistémica/familiar, (7) de grupo, (8) hipnoterapia y (9) ecléctica/integrativa. La definición genérica ofrecida es buena y es consistente con otras tentativas de capturar la esencia elusiva de todas estas psicoterapias en pocas palabras. La psicoterapia ha sido definida como una relación interpersonal que contiene una teoría abierta o implícita de malestar psicológico y de las condiciones que son necesarias para que ocurra el cambio psicológico. La relación y las interacciones interpersonales que marcan esa relación están estructuradas de tal manera que se optimicen las condiciones para el cambio psicológico. Una parte de la relación (el terapeuta) tiene como tarea la provisión de experiencias que promueven el cambio. La otra parte (el paciente) participa con su mejor capacidad para mejorar.

Esta definición no hace justicia a ninguna forma particular de psicoterapia. Ésta es una experiencia complicada, frustrante, desconcertante y algunas veces estimulante y que continuamente desafía a las palabras. Cada sistema de

psicoterapia se construye a partir de una amplia definición que incluye una teoría de la psicopatología, una teoría del cambio psicológico, una teoría de la técnica y de la influencia interpersonal, así como una concepción de la relación interpersonal que promueve el cambio lo mejor posible. En lo sucesivo, revisaremos los sistemas principales de la psicoterapia e intentaremos compartir con usted una descripción más vivencial de cuáles son las diferentes psicoterapias.

4.2.- Psicoterapia y Psicoanálisis.

TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO

En el adulto sano, tanto la satisfacción sexual directa como la sublimación indirecta de los impulsos sexuales ocurren, llevando al famoso criterio de Freud de salud mental, *Lieben und Arbeiten*, esto es, “amor y trabajo”. Tal resultado ocurre si no hay graves fijaciones en el desarrollo o si las fijaciones son resueltas a través del tratamiento psicoanalítico. Freud describió el psicoanálisis con la metáfora de la arqueología. El proceso analítico trata de “excavar” el material primitivo “enterrado” por largo tiempo mediante la represión y traerlo a la superficie, a la conciencia, a fin de que pueda ser considerado con las destrezas de un yo más desarrollado. La fórmula de Freud para lograr la salud es “donde esté el ello, ahí estará el yo” (1933/1966^a).

La psicoterapia es un arte que se basa en un método, entendiendo método como una actitud y no como una serie de pasos rigurosamente establecidos que se deben seguir fielmente para obtener unos resultados esperados. Este método se caracteriza por la actividad reflexiva de la conciencia. Se trata de una actitud, de un modo de la conciencia de cuestionar lo que previamente parecía evidente. La psicoterapia tiene efectos en lo social, pues al abordar la realidad humana, el psicoterapeuta lo hace en una situación histórica concreta que le plantean las problemáticas críticas de su época. La experiencia psicoterapéutica va dejando en el psicoterapeuta un saber que podrá en parte formalizar en teorías y, posteriormente, someter a los métodos de la psicología para proceder a su corroboración o falsación. Sin embargo, la psicoterapia como tal continuará más allá de la Psicología, aunque la enriquezca con su saber, o bien para decirlo en forma clásica, con su saber acerca de ese

mundo interior en el que, según los mitos antiguos, moran las almas de los humanos.

Técnicas de terapia psicoanalítica

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

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

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

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

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

La controversia sobre la memoria recuperada

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

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

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

Los psicólogos científicos han acusado a los terapeutas de crear falsos recuerdos de abuso a través del poder de la sugestión en clientes crédulos, etiquetando tales recuerdos sugeridos como el *síndrome del recuerdo falso*. Un estudio descubrió que los acusados de abuso sexual después de que su víctima recuperó el recuerdo del abuso en la terapia, pasaron la prueba del detector

de mentiras 96% de las veces; en contraste con 22% de los acusados que pasaron la prueba cuando sus víctimas no habían reprimido el recuerdo del abuso (Abrams, 1995). Con frecuencia no existe una manera confiable de saber si los recuerdos de un cliente en particular son ciertos o falsos, o una mezcla de verdad y falsedad (Genoni, 1994; Lindsay y Read, 1995; Schefflin y Brown, 1996), y que es una consecuencia particularmente problemática de este debate: la probabilidad de que haga menos creíbles a algunas víctimas en verdad abusadas. Desgraciadamente esta controversia ha puesto a los psicólogos el uno contra el otro, conforme debaten la relevancia de los estudios científicos para el tratamiento clínico. Por un lado, el escepticismo científico es apoyado por muchos estudios de laboratorio que muestran que la gente puede ser llevada a creer cosas que nunca pasaron, aun en sus historias personales. A través del poder de la sugestión, algunos sujetos de investigación llegaron a creer que de niños se habían perdido en un centro comercial y con el tiempo reportaron estos incidentes con más detalles, pero incorrectos. Sus familias afirmaron que tales eventos nunca tuvieron lugar (Loftus y Pickrell, 1995). Sin embargo, como los terapeutas señalan, el recuerdo de un abuso sexual en la niñez es algo bastante diferente del recuerdo de perderse en un centro comercial. Envuelto en el secreto y ante la demanda de silencio por parte del perpetrador, el incidente de un abuso sexual en la infancia no es validado o desconocimiento de la familia u otros, y la sociedad con frecuencia se hace sorda también. Aún más, el estrés extremo causado por el abuso sexual puede producir cambios emocionales y bioquímicos que pueden impactar de manera profunda en la memoria, la cual está fuera del alcance de los experimentos cognoscitivos sociales empleados para desacreditar tal amnesia. Existe todavía mucho por aprender acerca del trauma y la memoria.

PSICOANÁLISIS Y LOS MÉTODOS DE LA CIENCIA

El psicoanálisis es mucho más que una terapia. Es una teoría de la personalidad.

¿Es la teoría de la personalidad mucho mejor que la terapia cuando se somete a la evaluación objetiva del método científico? La mayoría de los psicólogos actuales dirían que no. La dificultad principal es que los conceptos de Freud no fueron descritos con la suficiente precisión como para guiar a los científicos

hacia una prueba definitiva. Para Freud, el método psicoanalítico de hablar con un solo paciente proporcionaba la suficiente información para verificar su teoría. Él no estaba interesado en una evaluación científica independiente. Muchos analistas todavía defienden la observación clínica como evidencia, a pesar de sus dificultades (Arlow, 1977; Jaffe, 1990; Meissner, 1990; Rubinstein, 1980; E. R. Wallace, 1989). Otros, sin embargo, han conducido estudios empíricos (por ejemplo, Bellak, 1993). El llamado para una investigación más sistemática para complementar la observación clínica ha sido dado no solamente por los críticos del psicoanálisis sino por muchos psicoanalistas mismos (por ejemplo, Grünbaum, 1984, 1990; Holzman, 1985, 1994; Rapaport, 1959b).

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

Por ejemplo, el optimismo o pesimismo pueden ser interpretados como evidencia de una personalidad oral. Aun en el nivel medio entre estos dos opuestos, es consistente con el diagnóstico de la fijación oral, ya que ambos extremos pueden estar presentes, pero en proporciones iguales. Tal teoría flexible no puede ser refutada y por tanto no es ciencia. En su lugar, los críticos describen al psicoanálisis como mito o pseudociencia. Robert Langs (1993) describe al psicoanálisis como una mitología que legitima el tratamiento y que se construye sobre las tradiciones de los “curanderos de homínidos, chamanes y sacerdotes” (p. 559). Otros están de acuerdo con que el psicoanálisis se construye sobre estos orígenes míticos no científicos, pero admiran la conexión mítica (por ejemplo, Walsh, 1994). De acuerdo con el análisis de Langs (1993), sin embargo, esta mitología apoya lo inhumano tanto como algunos tratamientos efectivos, y los psicoanalistas tienen la obligación ética de comprobar sus suposiciones científicamente para erradicar las

prácticas “arbitrarias, prejuiciosas, egoístas y dañinas” (p. 564). Urge a los científicos a enfocarse en las unidades básicas de la comunicación emocional y en los procesos mentales inconscientes en lugar de en algunos de los postulados más imbricados de la teoría psicoanalítica, tales como el complejo de Edipo, el yo, etcétera. Cuando los investigadores prueban las ideas psicoanalíticas fuera del ámbito terapéutico, otras dificultades emergen. La mayoría de las pruebas psicológicas se apoyan en las mediciones autorreportadas, en las cuales la gente dice lo que experimenta. Éstas son problemáticas, sin embargo, ya que la teoría psicoanalítica en sí misma se basa en la premisa de que la gente tiene poca introspección respecto a su propiapsicodinamia. Las pruebas proyectivas tales como la prueba de manchas de tinta de Rorschach (Pichot, 1984), que son comúnmente empleadas para medir las motivaciones inconscientes, tienen poca confiabilidad, lo que impide la investigación. No obstante, algunos resultados sorprendentes se han reportado con la prueba del Rorschach. En un estudio, los protocolos de Rorschach de la escuela de medicina fueron sorprendentemente diferentes entre aquellos médicos que más tarde intentaron suicidarse y los que acabaron con cáncer (C. B. Thomas, 1988). En otro, las pruebas de Rorschach de mujeres que mataron a sus maridos abusivos se encontró que eran similares a las pruebas de veteranos de guerra que sufrieron del trastorno de estrés posttraumático de la guerra (KaserBoyd, 1993). Las pruebas de Rorschach también han cambiado conforme progresa la psicoterapia, de manera que los puntajes de los pacientes indican un creciente ajuste con el tiempo y un mejoramiento mayor en la terapia a largo plazo que con la de corto plazo (Exner y Andronikof-Sanglade, 1992; Weiner y Exner, 1991).

Aunque las pruebas empíricas sobre la teoría freudiana son menos sistemáticas de lo que muchos investigadores desearían, muchas de estas pruebas han sido reportadas. De acuerdo con los revisores de esta literatura, algunos aspectos de la teoría se llevan bien bajo tal escrutinio, mientras que otros deben descartarse (Greenberg y Fisher, 1978). Seymour Fisher y Roger

Greenberg (1977) encontraron apoyo para el concepto de un carácter oral. La dependencia, la pasividad, el pesimismo y los rasgos orales de la personalidad,

tuvieron una correlación significativa en varios estudios. Más aún, la imaginación oral de la prueba de manchas de tinta de

Rorschach predijo la obesidad, el alcoholismo y el conformismo (cf. Bornstein, 1992). Fisher y Greenberg también concluyeron que el concepto de carácter anal es apoyado por la investigación.

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

4.3.- Psicoterapia de tiempo limitado.

El proceso de terminación (cierre) en psicoterapia ha sido un tema poco abordado en la literatura científica, aunque este constituye un problema recurrente con el cual se enfrentan los terapeutas noveles y en alguna medida los terapeutas experimentados, dadas sus complejas implicaciones clínicas, técnicas y personales. El presente trabajo constituye una revisión del tema en la literatura científica, específicamente en lo concerniente a los procesos psicoterapéuticos de tiempo limitado con población infantil en contextos institucionales; igualmente, se exponen algunas anotaciones clínicas a partir de la experiencia de los autores en el espacio de supervisión de la práctica terapéutica. La terminación o cierre es un momento crucial en un proceso terapéutico, dado que se erige como un período cargado de connotaciones clínicas y emocionales que no solo afectan al paciente sino también al terapeuta;

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Otro aspecto crítico tiene que ver con el momento adecuado para introducir el asunto del cierre. Es fundamental hacer un análisis de las características del

paciente y de su proceso para determinar el momento idóneo para hacerlo; se considera que cuanto más fuerte sea el vínculo construido entre paciente y terapeuta mayor será el tiempo necesario para introducir el tema y de esta manera poder brindar la contención necesaria a sus reacciones. Siguiendo a Bostic, Shadid y

Blotcky (1996), en terapias de más de un año se recomienda anunciarla terminación por lo menos con tres a seis meses de anticipación, ya que se debe dar suficiente tiempo para temas que puedan surgir a raíz del anuncio y para revisar los progresos adecuadamente. Las características del paciente también son fundamentales en esta decisión, ya que por ejemplo en pacientes impulsivos

pueden presentarse la tendencia a detener el tratamiento de repente cuando se introduce la futura terminación, por lo que anunciándola con mucha anticipación se impediría varios meses de trabajo (Bostic, Shadid & Blotcky, 1996)

4.4.- Terapia conductual y cognitiva

Terapia conductual.

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

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

seguimiento de las instrucciones médicas hasta corregir el uso del lenguaje de los niños en casa para mejorar la ortografía.

Terapia

La terapia conductual ofrece un tratamiento eficaz para una variedad de problemas (Bowers y Clum, 1988; Clum y Bowers, 1990), pero se ha cuestionado su eficacia para pacientes neuróticos (N. Brody, 1990). Para los investigadores, la terapia conductual tiene la ventaja de proporcionar medidas directas de la efectividad terapéutica: el incremento en la tasa de la conducta deseable y la disminución de la tasa de la conducta indeseable.

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

La **modificación de conducta** es el enfoque terapéutico que aplica sistemáticamente los principios del aprendizaje para cambiar la conducta. El primer paso es hacer un **análisis funcional** de la conducta que va a

modificarse. Es decir, se identifican con cuidado los estímulos y reforzamientos que influyen en la conducta. ¿Ocurre la conducta más a menudo en ciertos escenarios?

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

Segundo, se planea la intervención. Si la conducta ocurre en algunas situaciones pero no en otras, puede ser posible cambiar la conducta controlando la situación. A menudo la conducta deseable se fortalece agregando reforzamiento y la conducta indeseable disminuye reteniendo el reforzamiento (extinción) o, de ser necesario, por medio del castigo. El programa particular de reforzamiento se individualiza con cuidado porque la gente responde a reforzamientos diferentes.

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

Las técnicas de modificación de conducta han sido aplicadas a una gama sorprendente de conductas, incluidos higiene oral (Blount, Santilli y Stokes, 1989), entrenamiento de destrezas sociales (McConnell, 1987), control de peso (Wolf, Cohen y Rosenfeld, 1985), manejo del aula y enseñanza (Albion,

1983; Merrett y Wheldall, 1984), administración de organizaciones (Crowell y Anderson, 1982), control del dolor (Fordyce, 1982) e incluso la creatividad (Winston y Baker, 1985). Las intervenciones de modificación de conducta a menudo son adecuadas para poblaciones especiales que no pueden ser consideradas para la psicoterapia tradicional debido a su incapacidad o negativa a hablar con claridad suficiente. Dichas poblaciones incluyen a delincuentes (Blakely y Davidson, 1984), niños hiperactivos (Friman y Christophersen, 1983; Prout, 1977), niños autistas (Lovaas y Smith, 1989), retardados o discapacitados en su desarrollo (Lennox y otros, 1988; Martin y Hrydowy, 1989; Matson y Taras, 1989), pacientes con lesiones neurológicas (J. V. Fox, 1983; Incagnoli y Newman, 1985) y pacientes psiquiátricos (Acosta, 1990; Brady, 1984).

En resumen, la terapia conductual es un modo efectivo de tratamiento para muchos pacientes y muchos problemas. Es particularmente apropiada para pacientes cuyo funcionamiento verbal es inadecuado para la psicoterapia tradicional. La terapia conductual requiere menos tiempo y dinero que muchas terapias alternativas, incluido el psicoanálisis, y proporciona un registro conductual objetivo del éxito, lo que facilita la evaluación de la efectividad del tratamiento (Lundin, 1969).

DEFINICION DE LA TERAPIA COGNITIVA.

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

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

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

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

Los supuestos personales son la forma en que la persona da sentido y significado a su experiencia pasada, actual y por ocurrir en el futuro. Estos supuestos personales permanecen "inactivos o dormidos" a lo largo del tiempo en la memoria y ante determinadas situaciones desencadenantes (una

enfermedad física, un acontecimiento en la vida personal) se "activan o despiertan" y actúan a través de situaciones concretas produciendo a menudo determinados errores del pensamiento (distorsiones cognitivas) que a su vez se relacionan recíprocamente con determinados estados emocionales y conductas).

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

A esas cogniciones se les denomina con el nombre de *PENSAMIENTOS AUTOMATICOS*.

A. LOS PENSAMIENTOS AUTOMATICOS Y LAS DISTORSIONES

COGNITIVAS: Una persona se encuentra con un conocido por la calle le saluda y este no le responde. Reacciona inmediatamente poniéndose tenso, con deseos de increparle, furioso, conteniéndose y pensando "Por qué no me habrá saludado este estúpido". Otra persona que ha sido derivada por su médico de cabecera a un psicólogo, mientras espera ser recibida, en la sala contigua se le pasa rápidamente por su cabeza "Nadie ni nada podrá ayudarme" y comienza a desesperarse con deseos de salir de ese lugar. Un estudiante recoge las notas de uno de sus exámenes, tiene un cuatro, su reacción inmediata es pensar "Soy un auténtico fracaso", su estado anímico es muy bajo y su conducta inicial parece encaminarse a abandonar los estudios. Por su parte otra persona está esperando en el dentista a ser recibido para una extracción dentaria, comienza a pensar "¿y si me duele mucho?" y por su mente se pasan imágenes de él mismo sangrando por la boca abundantemente y chillando, comienza a ponerse ansioso y con deseos de abandonar la consulta. Vemos ahora a una chica esperando a su pareja en un bar donde habían quedado, pasa media hora de la hora acordada y este no llega, a su mente acuden pensamientos del siguiente estilo "si me quisiera de verdad no me haría esto.

„Estúpido... se va a enterar...", comienza a irritarse y a prepararse para la "bronca". Y por último, otra persona llega a casa tras una dura jornada de trabajo, se sienta a reposar, de pronto observa una punzada en su pecho, un pensamiento le cruza rápidamente su mente, "¿y si me da un infarto?", se

asusta, su organismo comienza a responder con taquicardia, llama asustado a su esposa y le pide ir a urgencias.

Todos los casos anteriores son ejemplos de pensamientos automáticos y de distorsiones cognitivas. Pero ¿en qué consisten los pensamientos automáticos y las distorsiones cognitivas? Los pensamientos automáticos son nuestra charla interna o autodiálogo interno con nosotros mismos, a nivel mental, expresados como pensamientos o imágenes y que se relacionan con estados emocionales intensos (como la ansiedad, la depresión, la ira o la euforia). A menudo forman "versiones" subjetivas de las cosas que nos ocurren que suelen ser bastante erróneas, en el sentido de dar una falsa imagen o interpretación de las cosas y los hechos, por lo que se le dice que están basados en "distorsiones cognitivas". Estos pensamientos se diferencian de la forma de reflexionar y analizar los problemas que tenemos las personas en estados anímicos de mayor calma o sosiego, nuestros "pensamientos racionales", que intentan de adaptarse a los problemas y analizarlos para intentar resolverlos. Muy al contrario que los "pensamientos racionales", los pensamientos automáticos se caracterizan por:

A -Son charla interna referida a temas muy concretos: Una persona que teme ser rechazada por otros se dice a sí misma: "La gente me mira y me ve estúpido". Otra persona con temor a la contaminación de los gérmenes se repetía: "Tengo que tirar esta conserva, seguro que está contaminado. Una tercera persona mientras estaba con su pareja se decía: "Seguro que nuestro noviazgo termina mal".

B- Aparecen como mensajes recortados en forma de "palabras claves": Un hombre estaba ansioso y pendiente de que en cualquier momento su corazón pudiera acelerarse y producir un infarto se imaginó tendido en el suelo desmayado y solo, y fugazmente se le pasó por su mente el pensamiento "Me va a dar...". Un estudiante deprimido recordaba vivamente el día en que suspendió varias asignaturas y se le pasaba por su cabeza rápidamente pensamientos como: "Todo me sale mal..., fracasado...". Una oficinista recordaba con indignación e ira la llamada de atención de su jefe y se decía mentalmente: "No debí decirme eso....imbecil...!me las pagarás!".

C-Los pensamientos automáticos son involuntarios: Entran de manera automática en la mente. No son pensamientos

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

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

1. *FILTRAJE O ABSTRACCION SELECTIVA*: Consiste en seleccionar en forma de "visión de túnel" un solo aspecto de una situación, aspecto que tiñe toda la interpretación de la situación y no se percata de otros que lo contradicen. Una persona se encuentra con un amigo y hablan de muchos temas agradables, sin

embargo discuten de política, y al marcharse a casa se siente irritado pensando en las críticas de aquel hacia sus ideas políticas, olvidando los otros temas agradables compartidos. Se filtra lo negativo, lo positivo se olvida. Palabras claves para detectar esta distorsión son: "No puedo soportar esto", "No aguanto que..", "Es horrible", "Es insoportable".

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

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

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

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

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

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

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

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

9. **RAZONAMIENTO EMOCIONAL:** Consiste en creer que lo que la persona siente emocionalmente es cierto necesariamente. Si una persona se siente irritado es porque alguien ha hecho algo para alterarle, si se siente ansioso es

que hay un peligro real, etc.. Las emociones sentidas se toman como un hecho objetivo y no como derivadas de la interpretación personal de los hechos. Las palabras claves en este caso son: "Si me siento así..es porque soy/ o a ocurrido.."

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

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

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

malos actos. En este caso las palabras claves aparecen en torno a : "Mi culpa", "Su culpa", "Culpa de..".

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

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

15. **FALACIA DE RECOMPENSA DIVINA:** Consiste en la tendencia a no buscar solución a problemas y dificultades actuales suponiendo que la situación mejorará "mágicamente" en el futuro, o uno tendrá una recompensa en el futuro si la deja tal cual. El efecto suele ser el acumular un gran malestar innecesario, el resentimiento y el no buscar soluciones que podrían ser factibles en la actualidad. Una mujer toleraba que su marido llegara bebido a altas horas y diera voces. Ella se decía: "Si aguanto el día de mañana se dará cuenta de lo que hago por él". Sin embargo iba acumulando gran ira y respondía de manera indirecta a su malestar cuando su pareja le solicitaba relación sexual y ella se oponía por "estar cansada y con dolor de cabeza". En este caso las palabras claves que indican esta distorsión son: "El día de mañana tendré mi recompensa", "las cosas mejoraran en un futuro".

4.5.- Psicoterapia de grupo.

Decimos que las psicoterapias actúan por el grupo cuando utilizan al grupo como estímulo de emociones colectivas sin tratar de comprenderlas. El grupo se convierte en un recurso destinado a influir en numerosas personas como medio auxiliar para reforzar cierto plan terapéutico. La psicoterapia por el grupo fue iniciada por Joseph Pratt en 1905 al introducir el sistema de clases colectivas en una sala de pacientes tuberculosos. La finalidad de la terapia era acelerar la recuperación física de los enfermos; las clases y sesiones a las que concurrían entre 20 y 50 pacientes consistían en una breve conferencia del terapeuta que disertaba sobre higiene y problemas del tratamiento de la tuberculosis; a continuación, los pacientes formulaban sus preguntas y discutían el tema con el médico. En estas reuniones los enfermos que mejor cumplían el régimen pasaban a ocupar las primeras filas del aula, estableciéndose un escalafón jerárquico bien definido, conocido y respetado por todos. En vista de los buenos resultados que daba el método, Pratt escribió un trabajo preliminar en 1906 que amplió en los años siguientes. Pronto otros probaron su técnica con resultados similares. El mérito de Pratt fue el de utilizar en forma sistemática y deliberada las emociones colectivas en la consecución de una finalidad terapéutica. El método estimula la identificación del enfermo con el médico. El sistema de promociones que premia al buen paciente acercándolo al

médico ilustra gráficamente dicho propósito. Considerando la importancia de la idealización del terapeuta, no es de extrañar que la estructura y función de este tipo de grupos sea similar a la de ciertos grupos religiosos que persiguen fines parecidos. En esta primera etapa el método se empleó en pacientes que padecían trastornos orgánicos. A partir de estas corrientes se produjo una interesante diferenciación, que Grinberg denomina «terapias que actúan por el grupo con estructura fraternal»

La utilización de pequeños grupos en forma planificada para el tratamiento de problemas de personalidad, comenzó en los EE.UU. en la década de los años treinta del siglo pasado, con los trabajos de Louis Wender, Paul Schilder, Jacob Levy Moreno, Samuel Slavson, Fritz Redl y Alexander Wolf.

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

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

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

Tanto Slavson como Klapman buscaron la solución tratando de unificar al grupo de varias maneras, de modo que la interpretación dada en su seno valiese para todos los participantes o para la mayoría de ellos. La

interpretación va casi siempre dirigida al problema de un determinado individuo del grupo. Bajo la hipótesis de que, en la medida que el grupo es homogéneo, la interpretación que se da a un paciente es en gran parte beneficiosa para los demás pacientes del grupo, ya todos presentan una constelación análoga de conflictos. Se busca el beneficio indirecto o por resonancia de las interpretaciones dadas a un individuo en el grupo. Como se ve este método transporta al grupo la técnica del psicoanálisis individual; constituye un análisis individual realizado sobre un paciente con la presencia de un grupo. Por ello Grinberg lo denomina terapia interpretativa individual en el grupo.

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

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

Los mecanismos de curación del psicodrama creado por Moreno son la «catarsis de integración» y el «insight dramático». La catarsis de integración consiste en trasladar al individuo y su mente fuera de sí y objetivarlos dentro de un universo tangible y controlable para, en una segunda fase, volver a subjetivar, reorganizar y reintegrar lo que ha sido objetivado. En la catarsis de integración lo que sale es el paciente mismo (das Ding ausser sich) y al salir de algo que lo estaba conteniendo realiza su yo. Dice Moreno que la catarsis de integración es engendrada por la visión de un nuevo universo y por la posibilidad de un nuevo crecimiento, siendo la abreacción y el desahogo de emociones solo manifestaciones superficiales.

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

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

Con la segunda guerra mundial la terapia de grupo cobró un llamativo impulso. Wilfried Bion, psiquiatra inglés de formación psicoanalítica a raíz del trabajo de Melanie Klein, hace hincapié en la importancia de la movilización colectiva de estados emocionales que se refieren a partes de la psique indiferenciada, es decir, la formación arcaica del inconsciente. El individuo se encuentra en una red de interacciones en las que los demás son necesarios como soporte de sus emociones internas. Bion trabajó en hospitales militares en el adiestramiento de soldados neuróticos durante la segunda guerra mundial. En la Tavistock Clinic de Londres escribió una serie de artículos entre 1943 y 1952, que fueron reunidos y publicados en el libro *Experiencias en grupos y otros papeles* en 1961. Es el primer psicoanalista que pone en práctica un

«psicoanálisis de los grupos» entendiendo el grupo como un todo y superando la fase psicoanalítica anterior basada en la personalidad magnética del líder (LeBon). Bion no hace sino alinearse en la ideología dominante (democrática) acaecida tras el fracaso de las dictaduras en la segunda guerra mundial.

Respecto a la organización grupal, Bion acuña términos como mentalidad grupal y cultura de grupo. Describe un nivel superior o «grupo de trabajo» (work group), que es racional y consciente, donde los miembros llevan a cabo la tarea asumida voluntariamente y eligen a sus líderes de acuerdo a las capacidades reales de llevar adelante cada situación planteada. El grupo de trabajo se ve perturbado constantemente por otro más profundo, el grupo de «supuesto básico» (basic assumption group) dominado por las emociones. Para Bion en el acontecer de todo grupo hay una oposición fundamental entre el

grupo de trabajo y el grupo de supuesto básico. El primero depende de la capacidad de cooperación de los miembros para organizar el trabajo con vistas al desarrollo de determinadas funciones. El segundo no depende de esa capacidad consciente de cooperación, sino de necesidades emocionales que hacen que los miembros se aglutinen alrededor de la persona que mejor puede representarlas. Bion define el supuesto básico como una fantasía subyacente y unitaria; como una «creencia emocional de la que participan todos los miembros del grupo y que los impulsa a tener al unísono un determinado tipo de fantasías e ideas». Delimitó tres supuestos básicos (dependencia, emparejamiento y ataque-fuga) a los que correspondería un determinado tipo de líder.

4.6.- Terapia familiar

Terapia familiar.

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

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

Otras variedades de terapia familiar.

Terapia familiar concurrente.

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

tradicional con el paciente principal, pero también ve en ocasiones a otros miembros de la familia.

Terapia familiar colaborativa.

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

Terapia familiar conductual.

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

4.7.- Terapia de pareja.

La Terapia de Pareja (TP) ha sido definida como una de las modalidades de psicoterapia más difíciles que existen. La complejidad de variables involucradas, las dosis elevadas de conflictividad interpersonal que comporta en la mayoría de las ocasiones, y los múltiples componentes de la relación terapéutica, imponen un ritmo trepidante no apto para terapeutas inexpertos. Es una modalidad terapéutica que requiere, sin duda, de una especialización profesional, dadas sus particularidades en el setting y en el desarrollo del proceso terapéutico. El psicoterapeuta que quiera atender parejas de forma efectiva necesita conocer algunas reglas básicas que son diferentes a otras modalidades terapéuticas pero que resultan ser claves para la formulación de caso y el desarrollo de la intervención. Un terapeuta acostumbrado a la terapia individual precisará suspender sus guiones habituales de entrevista y acoplarse al hecho de contar en la sala con los dos miembros de la pareja (a veces incluso con un tercero no presente), con su relación, con un co-terapeuta y, en condiciones ideales, con un equipo que le acompaña. Frente a la decisión de aventurarse en este entramado relacional, el terapeuta necesita equiparse con mapas para navegar durante las subidas y bajadas del proceso terapéutico. El principal

objetivo de este artículo es ofrecer algunas coordenadas clave de navegación para orientar la práctica clínica. Primero se delimitan los rasgos distintivos de la TP señalando los riesgos y precauciones que se deben tomar. Después se revisa su evolución atendiendo tanto al desarrollo teórico como a los principales resultados de la investigación. Por último, se especifican siete coordenadas fundamentales para el desarrollo de una buena práctica.

RASGOS DISTINTIVOS DE LA TERAPIA DE PAREJA.

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

Pareciera sin embargo que la TP resulta una modalidad muy atractiva para los psicólogos y psicoterapeutas. Por ejemplo, en el estudio más exhaustivo de la práctica de la psicoterapia en EEUU se encontró que cerca del 75% de los terapeutas visitan parejas en su práctica privada (Orlinsky y Roneastad, 2005). Aunque se desconocen los datos, en España es muy probable que todos los terapeutas de la práctica privada se vean atraídos en algún momento para atender una demanda de pareja y muchos la practiquen con cierta regularidad. Las probabilidades son altas porque, enfatizado sea de paso, el ámbito privado es prácticamente al único servicio al que pueden acceder las parejas, pues el malestar relacional es una de las áreas más marginadas por los servicios asistenciales. En cualquier caso, resulta un misterio saber dónde y cómo esta

gran cantidad de psicoterapeutas han recibido su entrenamiento, pues como se ha señalado antes, la TP no tiene lugar ni en la formación de pregrado ni en la gran mayoría de los programas oficiales de formación de psicoterapeutas de nuestro país y tan poco en muchos otros países. Desde el punto de vista de las parejas, esto supone un auténtico problema, pues la probabilidad de encontrar un profesional específicamente formado es sumamente baja. Dada la falta de regulación de la profesión de psicoterapeuta, el hecho de que un centro anuncie la TP en su cartera de servicios no garantiza en absoluto la especialización de los profesionales. En vista de todas estas cuestiones no es de extrañar que fuese precisamente la TP la única forma de terapia que recibió una mala valoración en la famosa encuesta de clientes de psicoterapia (Seligman, 1995).

NAVEGANDO LA PRÁCTICA: SIETE COORDENADAS FUNDAMENTALES

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

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

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

I.- Perspectiva sistémica y evolutiva.

Todos los enfoques modernos de la TP asumen, al menos de forma parcial, una perspectiva sistémica en el sentido de que se asume que no se trabaja con dos individuos independientes entre sí, sino en total interdependencia. La unidad básica de análisis es por tanto el subsistema de pareja como tal, el cual está regulado por ciertas propiedades y sistemas de significado (Feixas, Muñoz, Compañ y Montesano, 2012; Montesano, 2012; Watzlawick, Beavin, y Jackson., 1967). Cualquier acto, discurso, o emoción debe ser contextualizada en su marco relacional. Asimismo, la perspectiva evolutiva nos advierte de la importancia de entender a las parejas en un proceso de desarrollo continuo,

en el que se entrelazan la necesidad de cambiar para adaptarse a los retos impuestos por el ciclo vital y la lucha por preservar la integridad del sistema. Cada etapa del ciclo vital de la pareja implica una serie de desafíos y tareas específicas a las que el sistema debe hacer frente, del mismo modo que cada contexto cultural-relacional enmarca la semántica en la que está inmersa la pareja. Muchas veces las crisis vienen derivadas por dificultades de transición entre una coordenada y la siguiente y la imposibilidad de resignificar el proyecto. Determinar las coordenadas del momento del ciclo vital nos da idea del lugar en que se encuentra la pareja en todas sus dimensiones, afectiva, relacional, familiar, sexual, etc.

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

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

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

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

Si la pareja es capaz de cultivar una relación satisfactoria en el presente, los problemas del pasado probablemente caerán por su propio peso. Como rezala célebre idea de Pittman, los problemas de pareja no se resuelven sino que se

disuelven. Así pues, la primera pregunta que todo terapeuta debe hacerse frente a una pareja que le consulta es por qué buscan ayuda ahora.

La segunda es hacia dónde vamos después.

3. Formato de terapia breve

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

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

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

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

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

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

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

5. Balance a favor de los recursos.

Aunque los patrones relacionales que mantienen el problema acostumbran a ser un foco importante de la intervención terapéutica, una formulación relacional debe dar cuenta, incluso en mayor medida, de las áreas conservadas de la pareja, los recursos con los que cuentan sus miembros para facilitar la creatividad con que una pareja puede transformarse a sí misma. Un patrón disfuncional no equivale a una pareja disfuncional. Los problemas pueden llegar

a ser muy persistentes y abarcativos, pero nunca cubren la totalidad de la extraordinaria complejidad que involucra una relación de pareja. Siempre hay excepciones al problema, aunque estén escondidas en la imaginación.

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

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

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

6. Integra la experiencia personal e interpersonal.

En los párrafos anteriores hemos conceptualizado a la pareja en términos de sistema y hemos recomendado focalizar la intervención en la dinámica relacional tanto positiva como negativa de la pareja. Pero ello no es óbice para tener en cuenta factores de la experiencia intrapsíquica de los miembros de la

pareja así como su relación con el patrón de interacción. Más bien todo lo contrario, esta es precisamente la forma de completar el mapa.

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

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

Este es un procedimiento para mapear el proceso de construcción en las parejas integrando:

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

7. Focalizada en el contexto relacional natural

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

demostrado tener una gran capacidad predictiva de los resultados de la terapia, por encima de cualquier otro aspecto técnico.

Sin embargo, en el contexto de la TP, la relación entre el terapeuta y los clientes es mucho menos intensa y central, sin apenas influencia sobre los resultados de la terapia. El cambio no está vehiculado por esta interacción sino por la relación entre los miembros de la pareja. Por ello, el terapeuta, una vez garantizados unos mínimos de alianza con ambos, debe focalizar sus esfuerzos en incrementar el grado de alianza entre los miembros de la pareja, pues este es el contexto relacional donde el cambio se da (Escudero, 2009, Montesano et al., 2014; Montesano e Izu, 2015).

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

4.8.- Terapia breve en la psicología clínica

"Terapia breve" simplemente significa la terapia que abarca tan pocas sesiones como sea posible, ni una más de las necesarias, para obtener una solución satisfactoria. (Steve de Shazer, 1991a, p. x.) La terapia breve se comprende mejor como el uso deliberado de una cantidad limitada de técnicas y principios conceptuales, aplicados en forma enfocada y propositiva. (R. Wells, 1993, p. 5.) En esencia, la terapia breve se define más bien como una actitud que como una cantidad específica de sesiones de tratamiento. (M. Hoyt, 1990, p. 115.)

INTRODUCCIÓN: acerca de la terapia breve (TB) es una orientación de esta interesante y desafiante área de la práctica clínica. Se enfatiza la terapia individual puesto que la terapia de parejas y la de familias fácilmente podría constituir otro capítulo. Por tanto, las descripciones más detalladas de algunos de los modelos terapéuticos que se analizan aquí están disponibles en otras partes de este libro. De tal manera, nos enfocaremos en lo que tienen en común la mayor parte de las terapias

breves individuales. Aclararemos también las definiciones de la terapia breve, introduciremos la bibliografía y las investigaciones que respaldan su utilidad para varios problemas y poblaciones, estudiaremos los modelos de tratamiento breve, mientras que enfatizamos un enfoque genérico y tocamos las tendencias futuras en este campo. Esto podría parecer que no es tan breve, pero como lo descubriremos, ¡la función del tiempo es únicamente un aspecto de este enfoque! Pocos temas de la psicología clínica contemporánea han generado más pasión y controversia que la psicoterapia breve. En un ejemplo reciente, un psicólogo renunció públicamente a la Asociación psicológica estadounidense, debido a que una organización oficial no pudo proporcionar una perspectiva científica balanceada sobre la relación entre la terapia breve y la administración de la asistencia a la salud mental (Kalous, 1996). (En una ocasión un desorientado legislador de Minesota, expresó: "algunas veces hay que poner a un lado los principios y hacer lo que es correcto"). Esta controversia, desafortunada tanto por su disensión como por su terreno fértil para el diálogo informado acerca de la psicoterapia efectiva (Cooper, 1995; Koss y Shiang, 1994), existe por numerosas razones.

DEFINICIONES

Remítase a las citas que están al principio de este capítulo para establecer definiciones sucintas de la TB. Es muy importante entender que terapia breve es un término genérico para un tratamiento que toma muchas formas. La terapia a corto plazo se usa comúnmente como sinónimo de la terapia breve, y se contrasta por lo regular con la terapia "a largo plazo", respecto a la dimensión de la duración del tratamiento. Sin embargo, los conceptos de ambos tratamientos, TB y a largo plazo, están definidos de manera muy limitada, o en forma errónea, sólo en términos del tiempo de calendario transcurrido o del número total de visitas (Cooper, 1995).

TERAPIA BREVE: CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

Además de un conjunto de valores unificados, la mayor parte de las terapias breves comparten cierto número de características técnicas (Bloom, 1992; Cooper, 1995; Koss y Butcher, 1986; Koss y Shiang, 1994; Pekarik, 1990b; Wells, 1993):

1. La determinación y mantenimiento de un enfoque claro y específicos
2. . El uso concienzudo y (por lo general) flexible del tiempo
3. Metas limitadas con resultados bien definidos.
4. Enfocarse en el estrés y los síntomas presentes.
5. . Una rápida evaluación inicial y una integración de la misma al tratamiento.
6. 6. Revisiones rutinarias del progreso y el abandono de intervenciones inefectivas
7. un alto nivel de la actividad paciente-terapeuta
8. La creación de un ambiente seguro y confortable para la expresión emocional.

4.9.- Evaluación y tratamiento de niños y adolescentes

Historia de la psicología infantil

A principios del siglo xx, Freud desarrolló su teoría de la personalidad, la cual enfatiza la importancia del desarrollo de la infancia temprana. La perspectiva psicoanalítica de Freud acerca del desarrollo del niño es evidente en su bien conocido análisis del caso del pequeño Hans, un niño cuya fobia a los caballos la atribuyó Freud al complejo de Edipo (Freud, 1959). A pesar de este énfasis, el receptor del psicoanálisis de Freud continuó siendo el paciente adulto. A Lightner Witmer se acredita el establecimiento de la primera clínica de psicología para niños en 1896 (Routh, 1994). Sus primeros casos involucraron el tratamiento de problemas educativos en niños. Durante esta época, en un esfuerzo por diferenciar a los niños retrasados mentales de los que no lo eran, en el sistema escolar francés, Binet y Simon desarrollaron la escala Binet-Simon, la cual se convirtió en la predecesora de las pruebas intelectuales contemporáneas para niños (Sattler, 1992).

EVALUACIÓN: El valor de la evaluación ¿Qué ventajas tiene el psicólogo clínico sobre una persona no calificada cuando examina a un niño o a un adolescente? La experiencia especial de los psicólogos clínicos en la evaluación infantil radica en su conocimiento de cómo hacer las preguntas o realizar una entrevista clínica, su experiencia en psicopatología, en desarrollo de niños y adolescentes y su habilidad psicométrica en medición. Estas fuentes de experiencia son factores que influyen en las decisiones de los

consejeros de orientación escolar, pediatras, neurólogos y psiquiatras infantiles para referir a los niños a los psicólogos clínicos para una evaluación. La APA y una abrumadora mayoría de asociaciones psicológicas estatales, en Estados Unidos, piden que es necesario un doctorado en psicología y una licencia estatal para practicar la psicología clínica.

Desarrollo Las teorías del desarrollo tales como la teoría de Freud del desarrollo psicosexual, la teoría del desarrollo cognoscitivo de Piaget y la teoría psicosocial del desarrollo de Erikson, han jugado históricamente un papel crítico en la conceptualización de la psicología infantil. Éstas también han provisto la infraestructura para modelos de desarrollo contemporáneos con una base más empírica. Una introducción a la evaluación y al tratamiento psicológico de los niños no estaría completa sin un énfasis en los asuntos relacionados con el desarrollo infantil. Los estudiantes de psicología, tanto a nivel de licenciatura como de posgrado, se enfrentan a problemas respecto al desarrollo infantil. Quienes encuentren esta área particularmente relevante e interesante, pueden optar por concentrar sus estudios y convertirse en psicólogos del desarrollo. El conocimiento relacionado con el nivel de desarrollo de los niños permite a los psicólogos ajustar las intervenciones terapéuticas a un nivel de desarrollo adecuado. Los psicólogos clínicos competentes conocen los aspectos del desarrollo, las influencias genéticas y hereditarias, las influencias que ocurren durante el periodo prenatal y el proceso de nacimiento. Los psicólogos infantiles necesitan estar familiarizados con los diversos hechos importantes de desarrollo que se espera que un niño logre en diversas áreas, los cuales incluyen el aprendizaje de las habilidades motoras, de lenguaje, el desarrollo cognoscitivo, emocional, intelectual y el sexual. Es importante que los psicólogos conozcan e investiguen acerca del momento y logro de estos acontecimientos históricos del desarrollo, ya que éstos pueden tener un impacto significativo en el crecimiento posterior. El crecimiento también es influenciado por la familia y otras personas significativas, tales como la escuela y los compañeros de clase; de este modo, los psicólogos clínicos también evalúan y monitorean estas influencias y su relación con el niño. Juntas, estas influencias, son parte de un cuerpo empírico de conocimiento conocido como psicología del desarrollo.

4.10.- Resistencia al tratamiento

El concepto de resistencia al tratamiento ha estado en activo desde hace cientos de años y probablemente se haya empleado en los primeros intentos humanos por curar. Al observar el cuidado médico a través de los siglos, vemos que cierto número de psicólogos clínicos practicantes ha descrito a pacientes que de manera activa o pasiva hacen caso omiso de sus consejos. Por supuesto, dada la pobre eficacia de los tratamientos médicos antes del siglo XX y el hecho de que la cura con frecuencia era más letal que la enfermedad, innumerables personas estaban quizá mejor al resistirse al tratamiento. Desde un punto de vista racional, la resistencia al tratamiento no tiene mucho sentido. Perder gran cantidad de tiempo y dinero para mejorar una condición médica o psicológica y luego no cooperar parece totalmente inconsistente con la lógica. Sin embargo, este concepto parece ser reconocido de manera universal y las personas que se dedican a la curación de todo tipo han intentado minimizar sus efectos. Tanto en la medicina científica como en la popular es indiscutible que virtualmente todos los psicólogos clínicos han entendido y usado el poder de la expectativa, la persuasión y el estatus para ayudar a maximizar la cooperación y el cumplimiento del tratamiento.

FUNCIÓN Y CONCIENCIA DE LA RESISTENCIA

Con la resistencia, que es principalmente de naturaleza intrapsíquica, resulta útil identificar su función general. Hasta cierto punto, la resistencia intrapsíquica es siempre adaptativa en naturaleza y representa el mejor intento del individuo para tratar de la mejor forma posible una situación difícil. Por consiguiente, es muy útil para el terapeuta tener una idea de por qué los pacientes necesitan su resistencia. Con frecuencia implica el deseo de evitar algo negativo o de no abandonar algo seguro o positivo (al menos desde la perspectiva del paciente). Por ejemplo, la resistencia puede representar un intento por evitar recuerdos o emociones dolorosas, o bien, para evitar el trabajo difícil que generalmente acompaña a los cambios significativos. En una forma similar, su propósito puede ser el de mantener un estilo de vida familiar, aunque éste sea disfuncional. Por ejemplo, el paciente quizás no desee abandonar la gratificación inmediata asociada con las drogas, el alcohol o con otras conductas adictivas

4.11 Un modelo integrado de la resistencia

Aunque cada modelo de tratamiento trata con la resistencia en forma diferente, varios temas en común son vistos en casi todas estas perspectivas. Éstos incluyen las ideas de protección o actitudes de defensa, conflictos, ambivalencia y comunicación. De forma similar, las conductas que son consideradas generalmente como resistentes en su naturaleza son bastante comunes a lo largo de todas las orientaciones. La tabla 10.3 lista cierto número de conductas que pueden ser interpretadas como resistentes en su naturaleza (aunque su expresión puede deberse a otros factores). Aunque ésta no es una lista exhaustiva, incluye los tipos comunes de conductas que muchos terapeutas consideran como resistencia. Sin embargo, es importante anotar que la resistencia no necesariamente es inapropiada y que no siempre emana sólo del paciente. Todas las orientaciones de los tratamientos descritas aquí han contribuido enormemente a nuestra comprensión de la resistencia. Sin embargo, debido a las perspectivas divergentes de la resistencia, la definición del concepto permanece deficiente y dificulta, por lo general, tratar con éste en escenarios terapéuticos. La siguiente sección es un intento por integrar las diversas ideas alrededor de la resistencia en un modelo unificado que puede ser fácilmente conceptualizado y procesado. Los supuestos básicos de este modelo son los siguientes:

1. La resistencia al tratamiento implica factores intrapersonales, interpersonales y extra personales.
2. En el nivel intrapersonal, ésta incluye variables tanto de estado como de rasgo. En otras palabras, el resistencia puede deberse a sucesos temporales específicos en la sesión de tratamiento o puede estar relacionada con rasgos del carácter más globales manifestados en el paciente.
3. La resistencia al tratamiento es una forma importante de comunicación que tiene propósito y significado.
4. Parece que hay algunas ventajas al ver a la resistencia como una variable continua más que como una variable discreta. Esto significa que la resistencia, más que estar

presente o no, varía a lo largo de un continuo que va de niveles muy bajos a niveles muy altos. La conducta humana rara vez es, o nunca lo es, completamente unilateral, y éste también parece ser el caso para la resistencia. El aceptar a la resistencia como una variable continua implica que los terapeutas pueden estar dispuestos a trabajar con ella en lugar de tratar de vencerla. Más aún, el argumento puede ser, como con la ansiedad, que los niveles bajos de resistencia pueden ser más ventajosos que un nivel de cero.

5. La resistencia al tratamiento incluye componentes conductuales, afectivos y cognoscitivos. El aspecto conductual por lo general implica el no cumplimiento o conductas que interfieren con el logro de las metas del tratamiento. El aspecto cognoscitivo incluye la ambivalencia hacia el cambio, la resistencia a la autoconciencia, así como una renuencia a cambiar las creencias centrales acerca del Yo. Estas también pueden incluir creencias irracionales acerca de sí mismo o de los demás. A nivel afectivo, el individuo puede intentar evitar los recuerdos, sentimientos o emociones dolorosas asociadas con sucesos traumáticos, o bien, puede tener miedo al mismo proceso de cambio. Se supone que hay una gran superposición entre estas tres variables y que algunas veces pueden operar virtualmente de forma simultánea. 6. Etiquetar la resistencia al tratamiento siempre implica una evaluación y un juicio subjetivos. Se ha sugerido que la clasificación de la resistencia al tratamiento se limita a situaciones en las que se ha hecho un diagnóstico adecuado y se han usado tratamientos efectivos. Aunque conceptualmente ésta es una distinción importante, en la práctica puede ser difícil, si no imposible, evaluar ésta de forma realista, por lo que esta discriminación puede que no sea útil. También se puede considerar una diferenciación entre la resistencia a tratamiento y el trastorno a la resistencia (por ejemplo, esquizofrenia). De nuevo, conceptualmente, ésta puede ser importante, pero pragmáticamente puede ser difícil separar las dos.

Bibliografía

Beck Aarón,2012.Terapia cognitiva para trastorno de ansiedad. Biblioteca de psicología.

Campo, C. (2014). La terapia de pareja en la práctica clínica: Un modelo de diagnóstico e intervención (pp. 251-278). En R. Medina, E. Laso y E. Hernández, (Eds.), Pensamiento sistémico: Nuevas perspectivas y contextos de intervención. México, Litteris

Phares Jerry 2012. Psicología clínica, conceptos, métodos y práctica. Manual Moderno

Palomo Tomás, Jiménez Arriero Miguel Ángel. 2009. Manual de psiquiatría

Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno bipolar. Elisardo Becoña y M^a del Carmen Lorenzo*<http://www.psicothema.com/pdf/472.pdf>

Historia paralela de la Psicología Clínica: un rastreo teórico-histórico. Informes Psicológicos, No. 9 p.135 - 148 Medellín – Colombia. Ene-Dic de 2007, ISSN 0124-4906

Arés, P. (2002), Psicología de la familia: una aproximación a su estudio, la Habana, Editorial Félix Varela.

Anselmo, C. García, J. Guarneros, H. y Rodriguez A. (2015) Terapia estratégica de Jay Haley. Puebla: Universidad autónoma de puebla. Bergman, J. (1987) Pescando Barracudas: pragmática de la terapia sistémica breve. Barcelona: Paidós

Fundamentos de la psicología clínica Autor SALVATORE CULLARI EDITORIAL PEARSON

Introducción a la psicoterapia PÉREZ-SÁNCHEZ, Lucia, MsC. PARRA-JIMÉNEZ, Elvia Lizette, MsC. ESPINOSA-PARRA, Irene Margarita, MsC EDITORIAL ECORFAN

Patología general AUTOR NANCY RIOS HIDALGO EDITORIAL CIENCIAS MEDICAS

EL MODELO SISTÉMICO EN LA INTERVENCIÓN FAMILIAR Guillem Feixas i Viaplana Dámaris Muñoz Cano Victoria Compañ Felipe Adrián Montesano del Campo

McGoldrick, M. y Gerson, R. (1985) Genogramas en la evaluación familiar. Barcelona: Gedisa (3ª ed. 2000).