

UDS

Antología

PSICOLOGÍA CLÍNICA

PSICOLOGÍA

5° 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.

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

MISIÓN

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

VISIÓN

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

VALORES

- Disciplina
- Honestidad
- Equidad
- Libertad

ESCUDO



El escudo 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.

PSICOLOGÍA CLÍNICA

Objetivo de la materia:

Conocer las teorías, modelos y paradigmas de las distintas escuelas de la psicología que intentan explicar, tratar y diagnosticar los problemas y enfermedades que son objeto de atención clínica y que no permiten la completa funcionalidad del ser humano en sus diversos contextos, haciendo uso de las herramientas y recursos de la psicología aplicada.

Tabla de contenido

UNIDAD I “INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA CLÍNICA”	8
1.1 DEFINICIÓN DE PSICOLOGÍA CLÍNICA.....	8
1.2 EL ÁREA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA	11
1.3 HISTORIA DE LA PSICOLOGIA CLÍNICA.....	14
1.4 EL DESARROLLO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA	18
1.5 BREVE HISTORIA DE LA EVALUACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA	22
1.6 ÉTICA Y RAZONAMIENTO ÉTICO	25
1.7 SALUD MENTAL Y ENFERMEDAD.....	29
1.8 PROBLEMÁTICA DE LA SALUD MENTAL EN MÉXICO	31
1.9 OTRAS VISIONES DE LA SALUD MENTAL.....	33
1.10 DIMENSIONES DE LA ANORMALIDAD PSICOLÓGICA	35
1.11 POBREZA Y SALUD MENTAL.....	38
1.12 EL TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO	40
UNIDAD II “BASES DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA”	42
2.1 BASES BIOLÓGICAS DE LA PSICOPATOLOGÍA.....	42
2.2 IMPORTANCIA DE LAS NEUROCIENCIAS	43
2.3 GENÉTICA.....	45
2.4 ANATOMÍA.....	47
2.5 HISTOLOGIA	50
2.6 NEUROFISIOLOGÍA	52
2.7 TÉCNICAS NEUROBIOLÓGICAS DE EXPLORACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.....	56
2.8 LA VISIÓN EVOLUTIVA DE LA PSICOLOGÍA CLINICA.....	60
2.9 CRECIMIENTO, DESARROLLO Y ENFERMEDAD	63
2.10 PSICOFARMACOLOGÍA PARA PSICÓLOGOS CLÍNICOS	65

2.1 I MEDICINA CONDUCTUAL / PSICOLOGÍA DE LA SALUD	67
UNIDAD III “MODELOS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA”	70
3.1 IMPORTANCIA DE LOS MODELOS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA	70
3.2 PRECAUCIONES SOBRE LA ELECCIÓN DEL MODELO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA.....	73
3.3 RESISTENCIA AL TRATAMIENTO	75
3.4 EL MODELO PSICODINÁMICO	77
3.5 POSTURAS PSICODINÁMICAS.....	81
3.6 EL MODELO DEL APRENDIZAJE SOCIAL	84
3.7 LAS CONTRIBUCIONES DE DOLLARD Y MILLER	88
3.8 B.F. SKINNER Y EL ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA.....	90
3.9 WOLPE Y EYSENCK: EL CONDICIONAMIENTO CLÁSICO	93
3.10 ALBERT BANDURA Y EL APRENDIZAJE OBSERVACIONAL	94
3.11 EL MODELO FENOMENOLÓGICO	97
3.12 LA TEORÍA DEL CONSTRUCTO PERSONAL DE KELLY	100
3.13 LA TEORÍA DE AUTORREALIZACIÓN DE ROGERS.....	102
3.14 MASLOW Y LA PSICOLOGÍA HUMANÍSTICA.....	106
3.15 FRITZ PERLS Y LA PSICOLOGÍA GESTALT	108
UNIDAD IV “LA INTERVENCIÓN CLÍNICA”	110
4.1 LOS PARTICIPANTES Y LA RELACIÓN PSICOTERAPÉUTICA	110
4.2 MODALIDADES DE LA PSICOTERAPIA.....	113
4.3 EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA	116
4.4 TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO.....	119
4.5 TÉCNICAS DEL TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO	122
4.6 TÉCNICAS CONTEMPORÁNEAS DE LA TERAPIA DE LA CONDUCTA.....	126
4.7 TERAPIA CENTRADA EN EL CLIENTE	130
4.8 LA TERAPIA GESTALT.....	134
4.9 LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA	137
4.10 ENTREVISTA CLÍNICA	141
4.11 SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES	146

UNIDAD I “INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA CLÍNICA”

1.1 DEFINICIÓN DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

En este momento sería muy cómodo, enunciar una definición clara, fácil de recordar y aceptada por todo mundo de lo que es la Psicología clínica, a partir de la cual fluyera lógicamente todo el material que vamos a tratar en este libro. Desgraciadamente, no existe una definición así. En los últimos años, este campo de la Psicología ha crecido tan rápidamente y en tantas direcciones que cualquier intento por describirlo en una o dos frases, resultaría o demasiado vago o demasiado estrecho y, además, rápidamente sería rebasado. Como dijo un autor: "este campo no ha estado en reposo el tiempo suficiente para poder mirarlo con suficiente detenimiento" (Hoch, 1962, p. 5). Como consecuencia, el gran público está muy confundido, y no sabe con claridad cuál es el campo de la Psicología clínica.

Pero, hasta cierto punto, la misma confusión se encuentra entre los propios Psicólogos clínicos: "Nos estamos dedicando a tantas cosas y caminamos en tan distintas direcciones, que corremos el riesgo de perder de vista en qué consiste nuestra profesión" (L'Abate, 1964, p. 2). Con frecuencia, en las revistas clínicas aparecen artículos preguntando: ¿Qué es la Psicología clínica?, reflejo del permanente esfuerzo de autoexamen que se da en este campo. A pesar de esta aparente confusión, hay una serie de aspectos que se dan en casi todas las definiciones de Psicología clínica que, si se consideran en su conjunto, ofrecen un perfil bastante claro de lo que es esta disciplina y de lo que hacen los psicólogos clínicos.

Algunos consideran a la Psicología clínica como una subdivisión o especialidad de una disciplina más amplia: la Psicología. Esto quiere decir que los psicólogos clínicos, como todos los psicólogos, se dedican al estudio y comprensión de la conducta. Pero, al contrario de otros psicólogos, los clínicos estudian en forma casi exclusiva la conducta humana. Esto no quiere decir que los psicólogos clínicos no trabajan nunca con animales; significa que los psicólogos clínicos, por estar orientados hacia la conducta humana, sólo estudian animales cuando hacer los estudios en seres humanos resulta poco práctico,

inconveniente o poco seguro y cuando la conducta de los animales es análoga a la conducta humana, con lo que los principios de funcionamiento que también se dan en los humanos pueden ser mejor conocidos. Este interés de la Psicología clínica por la conducta humana, no la diferencia de otras especialidades de la Psicología (como, por ej. la Psicología social), que también tienen como interés central el ser humano.

Algunas definiciones de psicología clínica.

1.- La especialidad de Psicología clínica se puede definir como una rama de la Psicología que investiga y aplica los principios de la Psicología a la situación única y exclusiva del paciente, para reducir sus tensiones y ayudarlo a funcionar en forma eficaz y con mayor sentido. (Goldenberg, 1973, p. 1)

2.- En términos generales, la Psicología clínica es la aplicación de los principios de la Psicología a la situación psicológica del individuo, para una mejor adaptación a la realidad. (Rotter, 1971, p. 1)

3.- La Psicología clínica se preocupa por entender y mejorar la conducta humana.. . . Su aspecto clínico consiste en mejorar la situación de las personas que se encuentran en problemas, utilizando para ello los conocimientos y las técnicas más avanzadas, procurando al mismo tiempo, mediante la investigación, mejorar las técnicas y ampliar los conocimientos para lograr mayor eficiencia en el futuro. (Korchin, 1976, p. 3)

4.- La Psicología clínica se dedica a los problemas de adaptación psicológica del individuo, determinando y evaluando sus posibilidades de adaptación, estudiando y aplicando las técnicas psicológicas apropiadas para mejorarla. (Shakow, 1969, p. 14)

5.- (La Psicología clínica) es la aplicación de los principios y técnicas de la Psicología a los problemas del individuo. El cuerpo de doctrina que se maneja en esta especialidad proviene de la Psicología, la teoría de la personalidad, la Psiquiatría, el Psicoanálisis y la Antropología. (Watson, 1951, p. 5)

El hecho de que los psicólogos clínicos investigan la conducta humana, tampoco los diferencia de otros psicólogos no-clínicos. La Psicología clínica intenta aplicar en la práctica los conocimientos obtenidos con la investigación, pero esto tampoco es exclusivo, pues otras especialidades, como la Psicología industrial y educativa, tienen el mismo enfoque.

Nuestra mezcla de definiciones muestra todavía otra característica importante de la Psicología clínica, que viene a completar el cuadro: los psicólogos clínicos actuales se dedican a ayudar a personas que tienen problemas psicológicos. Este aspecto terapéutico es el que ha evolucionado más rápidamente en los últimos años, y en la imagen estereotipada que el gran público tiene de la Psicología clínica, corre parejo con la evaluación de la que ya hablamos. Pero, difícilmente se puede decir que dar asistencia o terapia psicológica, sea exclusivo de la Psicología clínica. Muchos otros profesionales como los psiquiatras, las trabajadoras sociales, los consejeros, las enfermeras, los educadores y los clérigos se dedican, en distintos niveles, a actividades que directa o indirectamente procuran ayudar en los problemas psicológicos. Resulta claro que el tratamiento clínico es uno de los aspectos, pero no la totalidad de la Psicología clínica.

¿A qué nos lleva todo esto? Hasta el momento, sabemos que la Psicología clínica es un área de la Psicología, que aplica los conocimientos de ésta (como las otras áreas), investiga la conducta humana, hace evaluaciones de sujetos individuales, y da varios tipos de asistencia psicológica. Vista de este modo, la Psicología clínica resulta tan caracterizada como lo podría estar un "extra" de una superproducción cinematográfica. A pesar de todo, la Psicología clínica tiene un aspecto característico que la distingue aunque no de manera obvia, de las otras ramas de la Psicología. Es lo que ha sido llamado: actitud clínica o percepción clínica, o sea, la orientación exclusiva que tiene el psicólogo clínico de cambiar los conocimientos generados por la investigación clínica, y de otro tipo, con sus esfuerzos que hace para evaluar a una persona particular para poder entenderla y ayudarla. La misma palabra "clínico", viene del griego y significa "el que visita al que guarda cama" y de la misma manera que en la medicina, indica la preocupación que el clínico tiene por ayudar a quienes están en problemas, siempre en un contexto de atención individualizada.

1.2 EL ÁREA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

Una vez esbozada la naturaleza de la Psicología clínica, resulta más fácil empezar a considerar con mayor detenimiento qué hacen los psicólogos clínicos, los campos en que trabajan, y el tipo de problemas y pacientes con los que están en contacto. De todas maneras, debe recordarse que por más que multipliquemos los ejemplos de actividades, ambientes de trabajo, pacientes y problemas, siempre existirán aspectos que no van a estar incluidos en la enumeración. Además, nuestra descripción será tan extensa que es casi imposible encontrar un solo psicólogo clínico que tenga contacto con todos los aspectos que vamos a enumerar. En otras palabras, lo que a continuación vamos a decir, ni es una descripción exhaustiva del trabajo de los psicólogos clínicos, ni una descripción de la manera como ocupan su tiempo quienes se dedican a esta especialidad.

La idea generalizada de que el psicólogo clínico es un psicoterapeuta o un especialista en pruebas es, en el mejor de los casos como todos los estereotipos, parcialmente objetiva. La investigación, que como ya dijimos es un aspecto fundamental de esta especialidad, es poco conocida, y menos aún otras actividades de los psicólogos clínicos, como la enseñanza, la consulta y la administración. No parecería exagerado decir que el 99% de los psicólogos clínicos se dedican a una combinación de estas seis actividades: evaluación, tratamiento, investigación, enseñanza, consultorio y administración.

Evaluación: Para poder evaluar, los psicólogos clínicos recaban de sus pacientes una información que cubre muchos aspectos: su conducta, sus problemas, su capacidad, su actividad intelectual, etc. La manera como se usan esos datos es muy variada. Pueden utilizarse para: hacer un diagnóstico de problemas de conducta, ayudar a un paciente en su elección vocacional, seleccionar a los candidatos más idóneos para un trabajo, describir las características de la personalidad, seleccionar el tipo de tratamiento psicológico adecuado, suministrar los datos necesarios en la decisión legal con respecto al compromiso de los individuos con distintas instituciones; hacer un informe más completo

de los problemas de conducta de un cliente, seleccionar posibles candidatos para un proyecto de investigación psicológica, establecer los umbrales inferiores de la conducta de un paciente, que sirvan de comparación para evaluar los resultados que se obtuvieron con un tratamiento, y para mil otras cosas. Los métodos que se pueden usar para recopilar los datos son tan variados, que literalmente resulta imposible hacer una lista completa. A pesar de su diversidad, se pueden catalogar en tres grandes categorías: pruebas ("tests"), entrevistas y observaciones directas.

Tratamiento: Este aspecto de la actividad del psicólogo clínico consiste en ayudar a sus pacientes a solucionar los problemas psicológicos que los angustian. La intervención puede llamarse Psicoterapia, modificación de la conducta, asesoramiento psicológico o de otras maneras, dependiendo de la orientación del psicólogo, y puede darse en múltiples combinaciones de pacientes y psicólogos. Tradicionalmente el tratamiento era individual, pero cada vez se hace más común que un psicólogo trate a grupos de pacientes, que o nada tienen que ver unos con otros, o tienen algún tipo de relación (miembros de una familia, compañeros de trabajo, compañeros de pabellón). En ocasiones, dos o más psicólogos trabajan en equipo con un paciente, con parejas o con grupos. El tratamiento puede tener como objetivo disminuir la angustia, el problema de conducta (o ambas cosas) de una persona o de un grupo; o bien la prevención de los problemas antes de que aparezcan, haciendo los cambios necesarios en las instituciones, el ambiente o la situación social, o reforzando la conducta de quienes están "en peligro" (por ej. los padres de los adolescentes) o de una comunidad entera.

Investigación: Por tradición y entrenamiento los psicólogos clínicos se dedican mucho a la investigación. La investigación es uno de los aspectos que distinguen a esta rama, cuando se le compara con otras profesiones cuyo objetivo es ayudar a los demás, y hay quienes afirman que es precisamente en esta área donde los psicólogos clínicos han hecho sus aportaciones más valiosas. Hubo un tiempo, por ejemplo, que en la psicoterapia la teoría y la práctica se basaban sobre todo en los resultados del estudio de casos, en impresiones subjetivas de la eficacia que tenían determinados tratamientos, pero la investigación era pobre. Paul (1969a) decía que esta era "precientífica" de la historia de la

psicoterapéutica ha sido desplazada por una etapa "experimental" en la que ha mejorado enormemente la calidad de la investigación.

Enseñanza. Aquellos que tienen contratos de tiempo completo o de medio tiempo en las universidades dan cursos, a nivel de pregrado o de postgrado de personalidad, Psicología anormal, introducción a la Psicología clínica, Psicoterapia (o modificación de la conducta, o cualquier otro nombre que se le dé a la intervención clínica), entrevistas, test psicológicos, investigación, diagnóstico clínico, etc. Las técnicas de enseñanza son las tradicionales: clases, sesiones de discusión, demostraciones, laboratorios, investigación de campo, etc. Los psicólogos clínicos también usan otros medios como "videotapes", películas y otros sistemas de instrucción programada basados en la computación. En algunas ocasiones incluso, se usan técnicas de enseñanza adaptadas al ritmo de cada estudiante.

Consultoría: Se ha dicho que un buen consultor generalmente es alguien que no funciona en casa. Esto no puede decirse de los psicólogos, pero sí es cierto que los psicólogos clínicos abandonan con frecuencia, aunque temporalmente su "hogar" (su trabajo ordinario) para ayudar y aconsejar a organizaciones de distintos tipos en sus problemas. Esta actividad presenta en muchas ocasiones, la oportunidad de combinar la investigación, el diagnóstico, el tratamiento y la enseñanza.

Administración: Esta función incluye la supervisión del funcionamiento diario de una institución; si se hiciera una encuesta entre un grupo de psicólogos clínicos preguntándoles qué actividad es la que menos les agrada, la mayor parte pondría la administración en primer lugar. Entre las razones que aducirían, se encontrarían (entre otras) la aversión al trabajo de oficina, la falta de interés por los detalles rutinarios, los presupuestos y los otros aspectos de la administración, la impaciencia que les provoca las quejas y los conflictos del personal, el disgusto por tener que llevar a cabo el procedimiento largo y molesto de contratar y despedir gente y la incertidumbre y a veces la frustración que acompaña la necesidad de tratar con otros administradores.

I.3 HISTORIA DE LA PSICOLOGIA CLÍNICA

Para quienes nacieron después de la Segunda Guerra Mundial, la Psicología clínica es una materia académica, una ciencia o una profesión tan conocida, como pueden serlo el plástico o la televisión. Por tanto, pueden llegar a pensar que este campo de la Psicología siempre ha existido; pero esto es una equivocación, ya que la Psicología clínica, es hija de la postguerra tanto como las envolturas de plástico o las antenas de televisión. Este campo de la Psicología es joven y, como cualquier adolescente, está lleno de conflictos y de inquietudes sobre su identidad y sobre su actuación para seguirse desarrollando; pero, al mismo tiempo, la Psicología clínica es antigua, porque sus raíces se hunden en los tiempos en que todavía nadie hablaba de ella, y en los años anteriores a la guerra en que comenzó a presentarse en forma embrionaria.

Rebasa los límites de este capítulo el intentar hacer una historia de la Psicología, cosa que, por otro lado, ya ha sido intentada de manera admirable (p.e. Boring, 1950; Hilgard, 1978; Watson, 1963). El aspecto más importante que debemos considerar aquí es, que desde los inicios de la Psicofísica de Fechner y Weber, la Fisiología experimental de Helmholtz y los trabajos del primer "verdadero" psicólogo, Wilhelm Wundt, en el siglo XIX se intentó establecer la psicología como una ciencia que utilizaba los mismos métodos y procedimientos de investigación que las otras ciencias naturales como la Biología y la física. Aunque las raíces históricas de la Psicología estaban en la Filosofía, y aunque muchos de los primeros psicólogos se preocupaban por problemas filosóficos como el de las relaciones entre espíritu y cuerpo, esta disciplina enfocó estos y otros aspectos de la conducta humana por medio de investigaciones, utilizando como método las armas poderosas de la ciencia: la observación y la experimentación. Así, la historia original de la Psicología, que comienza "oficialmente" con el laboratorio de Psicología de Wundt en la Universidad de Leipzig, en 1879, se identifica con la historia de la Psicología experimental. En el momento en que comenzó a surgir la Psicología clínica, unos 17 años después de que Wundt fundara su laboratorio, ya estaba establecida la tradición de la investigación

experimental para la Psicología. En ese momento ya había laboratorios de Psicología en la mayor parte de las Universidades de Europa y de Estados Unidos, y los psicólogos de aquel tiempo estaban muy ocupados experimentando las sensaciones, la percepción, la memoria, la asociación, las emociones, los tiempos de las reacciones y muchos otros aspectos de la conducta humana. Resultó espontáneo que los primeros psicólogos clínicos, con formación de psicólogos, habituados ya a pensar como científicos y a usar los métodos de laboratorio, utilizaran estos sistemas en los problemas clínicos. El éxito obtenido fue irregular, pero la tradición de investigación que aportaron quedó establecida y fue creciendo en el nuevo campo hasta el día en que la Psicología clínica fue aceptada como una profesión cuyos expertos investigan y valoran los conocimientos que se van adquiriendo en los aspectos clínicos de la conducta humana y en los modos como puede cambiar el comportamiento.

Creencias acerca de los desórdenes conductuales

Desde los inicios de la historia, el ser humano ha tenido que enfrentarse con el problema que representa la conducta que se considera inapropiada, poco usual, extraña, inesperada, perturbada o aparentemente irracional. Pasar revista a las explicaciones y actitudes para tratar ese problema, que han ido apareciendo y desapareciendo a lo largo de los siglos, es una lectura apasionante (p. ej. Davidson y Neale, 1974; Sarason, 1976; Ullmann y Krasner, 1975; Zilboorg y Henry, 1941); sin embargo, más que intentar cubrir todas las etapas de esas historias, vamos a ver aquí cómo fueron evolucionando, a lo largo de los siglos, las ideas que se fueron teniendo sobre las perturbaciones mentales, para mostrar cómo esas ideas fueron dando importancia social a varias profesiones, entre las cuales se encuentra la Psicología clínica.

Las explicaciones primitivas atribuían las perturbaciones mentales a agentes sobrenaturales. Los grupos humanos primitivos pensaban que los individuos que actuaban en forma extraña eran poseídos por espíritus o demonios, y el tratamiento consistía, con frecuencia, en distintas clases de exorcismo (incluyendo a veces la trepanación, o perforación de pequeños orificios en el cráneo, para permitir la salida de los malos espíritus)⁵. En Grecia, antes de Hipócrates, estas convicciones seguían presentes con ciertas variantes; el comportamiento enfermo se atribuía a la influencia de algún dios. "La

locura profética tenía como dios patrocinador a Apolo, la locura ritual se atribuía a Dionisio, la locura poética era inspirada por las Musas y la locura erótica provenía de Afrodita y de Eros" (Ullmann y Krasner, 1975, p. 121). Incluso en las culturas primitivas que practicaban el monoteísmo, Dios podía originar problemas de comportamiento. En el Antiguo Testamento, por ejemplo, se dice que "el Señor los va a golpear con la locura, la ceguera y la perturbación del corazón" (Deut 28,28).

Mientras dominó la idea de que las perturbaciones mentales tenían origen divino, la filosofía y la religión tenían la obligación de ocuparse de ellas. En ocasiones, los encargados de estos asuntos eran también personas que tenían perturbaciones. En Grecia, por ejemplo, se consideraban apropiados para ayudar a otros, quienes presentaban ciertas perturbaciones de conducta y eran habilitados como sacerdotes o sacerdotisas. En otros pueblos más primitivos, se consideraban como shamanes o curanderos aquellos que habían estado poseídos o influenciados por seres sobrenaturales. La explicación demoniaca o celestial era todavía muy fuerte cuando en el siglo IV a.C, el médico griego Hipócrates comenzó a afirmar que las afirmaciones de la conducta se debían a causas y a procesos naturales. La "enfermedad sagrada" (la epilepsia) por ejemplo, "no era ni más divina ni más sagrada que las demás enfermedades, sino que tenía causas naturales que la provocaban, exactamente igual que todas las otras enfermedades" (citado en Zilboorg y Henry, 1941, p. 44). Más aún, según él, los desórdenes del comportamiento, como los demás desórdenes, se debían a la distinta distribución en el cuerpo de cuatro fluidos o humores básicos: la sangre, la bilis negra, la bilis amarilla y las flemas. Esta teoría, que, generalmente, se conoce como la primera explicación médica de las perturbaciones del comportamiento, formó el concepto de enfermedad mental y legitimó la situación para curarla. Desde Hipócrates hasta la caída de Roma en 476, la medicina y sus complicados modelos fueron los que dominaron el ambiente para explicar las enfermedades mentales.

Durante la Edad Media, el retorno a las explicaciones demoniacas hizo desaparecer completamente la actitud médica. La Iglesia se convirtió en la institución social y legal más importante de Europa, y el clero nuevamente se hizo cargo de la conducta aberrante. Los médicos continuaron siendo miembros respetados de la sociedad, pero se vieron reducidos al tratamiento de enfermedades físicas. Muchos de ellos encontraron la

solución al problema haciéndose sacerdotes. "En el siglo xin. . . la mayor parte de los médicos eran también miembros del clero" (Ullmann y Krasner, 1975, p. 124). La Iglesia comenzó a tratar a los "locos" con humanidad, exorcizando a los malos espíritus. Zilboorg y Henry (1941, p. 131-132) citan una oración del siglo, destinada a curar la histeria, considerada como enfermedad femenina provocada por el útero que por influencia del demonio flotaba por todo el cuerpo.

Más tarde, la Iglesia se quitó los guantes y dejó de ser amable y comprensiva. Los que mostraban o eran sospechosos de conductas equívocas comenzaron a ser tratados como herejes, poseídos (quizás con su consentimiento) y bajo el control del demonio. Los médico-sacerdotes comenzaron a "diagnosticar" cuidadosamente estos casos buscando en la piel los signos del demonio (stigmata diaboli) (Spanos, 1976). Evidencia condenatoria de posesión diabólica eran los "puntos muertos" o anestésias locales que se descubrían picando las distintas regiones del cuerpo con agujas. Hecho el "diagnóstico" de posesión (lo que sucedía con frecuencia) comenzaba el "tratamiento". Este consistía en aplicar torturas para obtener la confesión de herejía y, en ocasiones, condenar a la hoguera. No era necesario manifestar desviaciones evidentes para recibir el tratamiento, pero quienes las tenían eran candidatos casi con seguridad.

Esta actitud siguió durante largo tiempo en Europa y, después, se trasplantó a América, donde duró hasta el siglo xviii (la última ejecución oficial registrada de una "bruja" tuvo lugar en Salem, Massachusetts, en 1692: y en una época tan tardía como el año 1782, decapitaron a una "bruja" en Suiza). Mucho tiempo antes de que se pusiera fin a estas atrocidades, el origen demoníaco de las enfermedades se comenzó a cuestionar por algunos médicos y estudiosos, y poco a poco el tratamiento de los enfermos mentales comenzó a ser el confinamiento en hospitales y asilos de nueva fundación, como el St. Mary of Bethlehem de Londres (fundado en 1547 y conocido por los habitantes del lugar como: "bedlam"). El movimiento de hospitalización creció y salvó muchas vidas, pero no necesariamente hizo que les valiera la pena el vivir. Aunque, en el siglo XVIII se llegó a la convicción de que los "locos" eran enfermos mentales (y no poseídos por el demonio), la medicina, que todavía no se hacía cargo del problema, tenía poco que ofrecerles. Y como el gran público no estaba completamente convencido de que los demonios no danzaban

alrededor de los enfermos mentales, los "locos" se convirtieron en poco menos que prisioneros. Vivían en condiciones infrahumanas y más que nada lo que importaba era su custodia.

I.4 EL DESARROLLO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

Nacimiento de la psicología clínica: 1896-1917

Hemos examinado hasta aquí los tres antecedentes más importantes de la Psicología clínica. Después de hacerlo resulta evidente que, a fines del siglo XIX, estaban dadas las condiciones para que pudiera aparecer como disciplina independiente. La Psicología se consideraba ya como ciencia, y algunos psicólogos estaban comenzando a aplicar los métodos científicos al estudio de las diferencias individuales. Además, la consideración dinámica del comportamiento estaba por surgir en psiquiatría, abriendo nuevos y amplios campos a los psicólogos que se interesaban en las desviaciones del comportamiento.

El primer psicólogo clínico reconocido como tal apareció en este contexto histórico. Se trata de un americano de nombre Lightner Witmer. Antes de recibirse, estudió en la Universidad de Pensylvania, bajo la dirección de James McKeen Cattell, y después de graduarse en 1888 siguió los pasos de su famoso maestro, yendo a Leipzig para preparar su doctorado en Psicología con Wundt. Witmer recibió su doctorado en 1892 y fue nombrado director del laboratorio de psicología de la Universidad de Pensylvania, que había quedado sin titular el mismo año, al incorporarse Cattell a la Universidad de Columbia.

En marzo de 1896, una maestra llamada Margaret Maguire preguntó a Witmer si podría hacer algo para ayudar a uno de sus discípulos que no podía aprender ortografía. Witmer había dado clases cuando era estudiante y el interés que sentía por los niños lo inclinó a "aceptar el caso". Al hacerlo, Witmer se convirtió en el primer psicólogo clínico e inició lo que llegó a ser la primera clínica psicológica del mundo. La disponibilidad de un psicólogo para ayudar a un niño en un problema de estudio puede no parecer suficientemente importante para decir que se trata del inicio de una clínica y de una profesión, pero se debe recordar que hasta ese momento la Psicología se había ocupado

exclusivamente de estudiar el comportamiento general de las personas, y nunca las había tratado como individuos. La decisión de Witmer resultaba tan fuera de lo común en su tiempo como podría ser, en nuestros días, la de un astrónomo que se pusiera a estudiar cuál sería la órbita óptima de la luna, para sustituir con ella la que ahora sigue.

La postura que tomó Witmer desde el principio fue hacer el diagnóstico del problema del niño, para administrar después el procedimiento apropiado para curarlo. En este primer caso, por ejemplo, resultó que el alumno de la Srita. Maguire tenía un problema de visión. Witmer le recomendó el uso de lentes e hizo que el niño fuera seguido de cerca. El segundo caso de Witmer fue el de un niño con problemas de lenguaje, Witmer lo solucionó proporcionándole un maestro de lenguaje.

Aunque no todo lo que después hizo Witmer llegó a tener la misma influencia, hay ciertos aspectos en estos primeros casos que durante mucho tiempo caracterizaron el trabajo clínico posterior.

1. Los pacientes eran niños. Esto fue natural, porque Witmer había estado dando un curso de psicología infantil que había sido tomado por maestros interesados en ayudar a sus discípulos.
2. Las demandas de ayudar a los pacientes se hicieron porque ya había precedido algún tipo de diagnóstico.
3. Witmer no trabajó solo. Pidió la ayuda de otros expertos, iniciando lo que después se llamó "trabajo de equipo", en el que profesionistas de distintas especialidades contribuyeron a la solución de cada caso determinado.
4. Había interés explícito por prevenir futuros problemas, con el diagnóstico y el tratamiento que se daba.

En la convención de 1896 de la American Psychological Association que tenía entonces cuatro años de fundada, Witmer comunicó a sus colegas que había descubierto un nuevo tipo de psicología y describió sus elementos básicos. Joseph Collins, su amigo allí presente, describe como sigue la escena:

(Witmer dijo) que la psicología era el resultado del examen de muchos seres humanos, uno tras otro, y que el método analítico de discernir las capacidades y defectos mentales va desarrollando una clasificación ordenada de la conducta observada mediante generalizaciones postanalíticas. Dijo que la clínica psicológica es una institución de servicio social y público, útil para hacer investigaciones originales y para enseñar a los estudiantes la ortogénesis psicológica que incluye orientación vocacional, educativa, correctiva, de higiene, industrial y social. La única reacción que obtuvo fue que arquearan ligeramente las cejas algunos de los miembros de mayor edad de la Asociación. (Citado por Broicmarkle, 1947. p. 65.)

La gélida recepción que se otorgó a la ponencia de Witmer se debió a cuatro factores que Reisman resume así: Primero, la mayoría de los psicólogos presentes se consideraban a sí mismos como científicos y, probablemente, no consideraban digno de ellos el papel que Witmer les estaba atribuyendo. Segundo, incluso si hubieran considerado admirables las proposiciones de Witmer, ninguno tenía la experiencia o la formación necesarias para poder seguirlas. Tercero, no podían poner en peligro su actitud de científicos, tan discutida en esos tiempos, lanzándose a hacer aplicaciones que consideraban prematuras. Cuarto, independientemente de cualquier actitud conservadora o escéptica, Witmer tenía el don de antagonizar a sus colegas. (1966, p. 46.)

Las objeciones segunda y cuarta eran temporales (la formación clínica podía evolucionar y Witmer un día se iba a morir), pero las otras dos eran más importantes y por primera vez se planteaba el problema de considerar a la Psicología como una ciencia o considerarla como una profesión aplicada. Como ya dijimos antes, el problema sigue tan vivo actualmente como lo estuvo en 1896. A pesar de las objeciones, Witmer siguió su trabajo y agrandó su clínica; contrató una trabajadora social de tiempo completo y empleó a médicos y otros especialistas para que lo ayudaran en el creciente número de casos, que, en ese momento eran sobre todo niños "lentos" o retrasados. Más tarde la clínica comenzó a tratar otro tipo de problemas: de lenguaje, de sensibilidad y de aprendizaje. Fiel a su planteamiento ortogénico (preventivo), Witmer trabajó también con niños

"normales" y de alto nivel intelectual, para poder aconsejar y guiar a sus padres y maestros.

En 1897, la clínica inauguró sus cursos de formación con un curso de verano de cuatro semanas sobre Psicología infantil. Consistía en estudio de casos, instrucciones para aplicar las pruebas de diagnóstico de tipo Galton-Cattell y demostraciones de técnicas curativas. Para 1900, ya se estaban atendiendo a tres niños cada día, y el personal de la clínica había crecido: tenía un director (Witmer), un director asistente, cinco expertos en pruebas mentales con estudios de doctorado, una trabajadora social y tres asistentes de la trabajadora social. Por influencia de Witmer, la Universidad de Pennsylvania comenzó a tener cursos de Psicología clínica en el año académico de 1904-1905. En 1907, Witmer dio dos pasos más. Fundó una escuela-internado asociada a sus clínicas de retrasados mentales, y Fundó y publicó la primera revista de Psicología clínica; The Psychological Clinic. En 1909, en las instalaciones de Witmer se habían examinado más de 450 casos y la Psicología clínica era ya una realidad.

I.5 BREVE HISTORIA DE LA EVALUACIÓN EN PSICOLOGÍA 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 psi quiatras 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.

Después de la Segunda guerra mundial se observó una seria reducción en el número de personas calificadas para ayudar a los veteranos y a otros individuos que regresaron con problemas psiquiátricos (Peterson, 1987). En respuesta a este problema, la Administración de veteranos creó la psicología clínica moderna proporcionando salarios a miles de educandos. Los programas a nivel doctoral en psicología clínica aumentaron en la mayoría de las principales universidades. La psicología clínica se convirtió en una profesión reconocida con actividades que incluían el psicodiagnóstico y la psicoterapia individual.

En un principio, los psicólogos funcionaron bajo la supervisión de los psiquiatras. Por esta razón, la evaluación estaba orientada hacia la identificación y el tratamiento de trastornos psiquiátricos dentro del marco del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (mejor conocido como DSM, por sus siglas en inglés), publicado por vez primera en 1952 y revisado varias veces desde entonces. De este modo, el primer propósito de la evaluación fue el diagnóstico psiquiátrico detallado y que se basaba en un sistema codificado. El diagnóstico psiquiátrico sigue siendo una función importante de la evaluación, en particular, a tal grado que éste proporciona una base para la planeación del tratamiento. Sin embargo, como se verá, la evaluación implica mucho más que un diagnóstico tradicional.

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. Las preguntas que se encuentran en la evaluación suelen ser indirectas (por ejemplo, "¿el paciente es un posible suicida en este momento?") o más complejas y con múltiples aristas ("¿por qué este niño no quiere ir a la escuela y cómo debemos responder a este problema?"). Una característica de la evaluación es que se necesitan diversas fuentes de información para contestar las preguntas más relevantes.

La evaluación es un proceso en el que los psicólogos clínicos integran tres componentes: (1) la razón de la evaluación, (2) la orientación teórica preferida y (3) las fuentes relevantes de información (Tallent, 1992). Aunque el profesional siempre actúa como el jefe ante los instrumentos de evaluación, debe integrar continuamente estos tres elementos para realizar una evaluación exitosa. El resultado es una conceptualización significativa del caso, que incluye diagnósticos formales y recomendaciones para el tratamiento.

1.6 ÉTICA Y RAZONAMIENTO ÉTICO

El doctor Newman tiene poco tiempo de haber empezado como psicoterapeuta. Ha comprado una casa nueva (con una gran hipoteca), un automóvil nuevo (con altas mensualidades) y tiene una oficina también nueva (con la renta mensual elevada). Una de sus primeras citas es con una mujer atractiva, la señora Eldridge, que está indecisa en cuanto a consultar al psicoterapeuta. Indica que ha experimentado ataques de pánico desde que heredó una inmensa fortuna de un pariente rico.

El doctor Newman tiene poca experiencia con trastornos de pánico y conoce a un colega que podría tratar a esta paciente mucho mejor que él. Sin embargo, mientras mira a través de la ventana a su automóvil y luego a su lujosa oficina, el doctor Newman decide no sólo tratar a la señora Eldridge, sino también cobrarle el doble de sus honorarios normales. Además, él le indica a la paciente que necesita tener dos sesiones a la semana.

La señora Eldridge no sabe cuánto cobran estos profesionistas, por lo general, pero ha oído que algunos pacientes necesitan más de una sesión a la semana. Entonces, decide seguir al tratamiento con el doctor Newman. Después de varias semanas de terapia la condición de la paciente empeora al punto que requiere ser hospitalizada.

El doctor Newman tuvo un comportamiento poco ético. ¿A qué nos referimos con comportamiento poco ético?, ¿qué sucede cuando los psicólogos se comportan de esta manera? y ¿cómo reflexionan los psicólogos acerca de su trato profesional para evitar actuar en forma poco ética? Este capítulo explora las posibles respuestas a estas preguntas y después aplica el razonamiento y principios éticos a varios asuntos importantes.

¿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. 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.

Una relación profesional se construye con base en la confianza que debe existir entre el cliente y el prestador de servicios, ya que el mayor conocimiento del profesional se llama relación fiduciaria. Las relaciones de todo profesional se caracterizan de manera virtual como fiduciarias, incluyendo las relaciones médico-paciente, abogado-cliente y psicólogo-paciente. Los psicólogos practicantes desempeñan una variedad de papeles que incluyen al terapeuta, consultor, profesor, investigador, evaluador y administrador, los cuales implican elementos de confianza. En estos papeles, los psicólogos están ligados por algo más que el principio del caveat emptor, porque la responsabilidad de tomar decisiones es compartida tanto por ellos como por los consumidores.

Una situación determinada tiene un componente ético cuando algo importante está implícito y cuando el bienestar de otras personas está en riesgo. Así, las preocupaciones éticas se distinguen de las cuestiones de etiqueta. Por ejemplo, es cortés desear a un paciente feliz navidad o un feliz cumpleaños, pero no hacerlo no es ni ético ni poco ético. Un sello de las situaciones éticas es que éstas implican potencial para un impacto significativo en la gente, en vez de simples modales o preferencias personales (Carroll, Schneider y Wesley, 1985).

La ética se ha convertido en una parte cada vez más importante de la capacitación de los psicólogos debido al inherente peligro del comportamiento poco ético para pacientes, estudiantes y quienes participan de la investigación. Tales peligros incluyen daño, explotación y falta de respeto; en muchos casos estos tres peligros se correlacionan. Por ejemplo, aunque la falta de respeto ocurre sin la explotación o el daño, la explotación de pacientes se considera irrespetuosa y hasta dañina.

El primer peligro, daño, ocurre porque los pacientes no evalúan en forma definitiva la naturaleza y la eficacia del servicio proporcionado. Por ejemplo, la señora Eldridge no

había tomado un curso a nivel licenciatura en trastornos de ansiedad, así que ella no tenía ninguna forma de saber que el doctor Newman no hizo una evaluación adecuada de su condición y no era experto en el tratamiento. Así, ella hubiera sufrido menos de lo que sufrió si el doctor Newman la hubiera referido a un terapeuta más apropiado.

El segundo peligro del comportamiento poco ético es la explotación. El hecho de que los pacientes deben confiar en los psicólogos, unido al hecho de que los psicólogos merecen remuneración por sus actividades, produce una tensión inevitable entre los aspectos "profesional" y de "negocio" de la psicología. La explotación puede tomar la forma de utilizar a los pacientes para satisfacer necesidades financieras, emocionales, sexuales, neuróticas, profesionales o de otra índole.

El tercer peligro del comportamiento poco ético es la falta de respeto, la cual devalúa al cliente como individuo. La señora Eldridge fue devaluada debido al daño causado. Pero incluso si su condición no hubiese empeorado, habría sufrido una pérdida de dignidad porque el doctor Newman le hizo creer que era el mejor terapeuta para ella.

I.7 SALUD MENTAL Y ENFERMEDAD

Dentro de las necesidades básicas del ser humano se encuentran, en un lugar preponderante, gozar de buena salud, es por ello que gobiernos, comunidades, familias y personas se preocuparan siempre por conservar y mantener niveles óptimos saludables.

Como se manifestó en la Cámara de Diputados en México “Un país que presente serios problemas en la salud de sus habitantes tendrá problemas para llevar adelante un Plan Nacional de Desarrollo de sus propios pobladores” (Sandoval y Richard, 2005).

La salud mental es tan importante como la salud física para el bienestar general de los individuos, las sociedades y los países. Pese a ello, sólo una pequeña minoría de los 450 millones de personas quienes padecen un trastorno mental o del comportamiento está en tratamiento. Los avances en neurociencia y medicina conductual han demostrado que, al igual que muchas enfermedades orgánicas, los trastornos mentales y conductuales son consecuencia de una compleja interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales y personales. Aunque nos queda todavía mucho por aprender, disponemos ya de los conocimientos y la capacidad para reducir la carga que suponen las enfermedades mentales y del comportamiento en el mundo.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2001) los trastornos neurológicos, psiquiátricos y del comportamiento y la discapacidad a nivel mundial llega hasta 31%.

Paradójicamente, la prevalencia de enfermedades mentales y trastornos psicológicos es mayor en los países más ricos; siendo África la región con la más baja incidencia (12%), mientras que Europa y Norteamérica con la más alta (43%).

Estos trastornos representan actualmente alrededor de 13% del total de la carga de morbilidad y discapacidad global que causan estas enfermedades, carga que para el año 2020 se estima se incrementará a 15% de la discapacidad ajustada a los años perdidos por la enfermedad.

Más sorprendente resulta saber que entre las 10 causas principales de discapacidad en el mundo están cuatro enfermedades mentales en este orden de frecuencia: la depresión, el abuso de sustancias, la esquizofrenia y las demencias; más aún, se estima que la depresión llegará a ser la segunda causa de discapacidad a nivel mundial en 2020 (Murray y López, 1996).

I.8 PROBLEMÁTICA DE LA SALUD MENTAL EN MÉXICO

Antes de preocuparnos por el bienestar del individuo, su realización plena y su capacidad de autoactualización; se debe reconocer que en México existen muchos y graves problemas de salud mental que han sido pobremente atendidos. Valencia (2007) estima que alrededor de 15 millones de personas padecen algún trastorno mental. Los resultados de la última Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) indican que 28.6% de la población presentó alguno de los 23 trastornos incluidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) alguna vez en su vida y que solamente uno de cada 10 pacientes recibe atención especializada (Medina et al. 2004).

Los trastornos depresivos y la ansiedad son los trastornos mentales más frecuentes en la consulta de los tres niveles de atención, 1.6% de la población adulta ha intentado suicidarse, la tasa de suicidio en los últimos 20 años se ha incrementado en 125%. Según González et al. (2003) 18% de la población urbana, entre 18 y 64 años de edad, sufre de trastornos afectivos, principalmente depresión.

Aunque en México los problemas de salud mental en la infancia no son identificados se calcula que 7% de la población entre los 3 y 12 años de edad se encuentra afectada, por ejemplo, en las escuelas de educación especial de la Secretaría de Educación Pública (SEP), se atienden anualmente aproximadamente a 140 mil niños con problemas de aprendizaje (Sánchez et al. 2003). Se calcula que sólo una de cada cuatro personas afectadas por

trastornos mentales o psicológicos recibe atención profesional en México (Medina et al. 2005).

La búsqueda de atención puede tardar de 8 a 15 años y 15% de las personas con trastornos mentales prefiere automedicarse (Vitela, 2006). Entre niños y adolescentes de 4 a 16 años de la ciudad de México, se estimó que 16% podría tener algún tipo de trastorno; la mitad de ellos presentó algún síntoma, pero la necesidad de atención se consideró únicamente para 13% (Caraveo et al. 2002).

No sólo la mayoría de los seguros privados excluyen las enfermedades mentales en su póliza de cobertura, también es frecuente que muchos estados no tengan la infraestructura pública suficiente para atender los trastornos mentales y del comportamiento, por lo que muchas familias en México, viven bajo el flagelo de los problemas económicos asociados al tener un familiar con algún padecimiento mental.

Al igual que en el resto del mundo, en nuestro país los trastornos mentales ocupan el quinto lugar como carga de enfermedad, de las 10 enfermedades más incapacitantes, 4 de ellas son trastornos mentales: la esquizofrenia, la depresión, la obsesión compulsión y el alcoholismo (Frenk et al. 1999).

Además, las cárceles mexicanas están llenas de enfermos mentales, muchos indigentes son enfermos mentales sin atención y en el ámbito rural se esconde y es motivo de vergüenza tener un familiar con algún trastorno mental. De todas las personas afectadas, una gran proporción no recibe atención especializada debido a las limitaciones en la infraestructura de los servicios de salud mental; la demanda de atención es muy grande y existe un reducido número de especialistas y personal de salud mental.

I.9 OTRAS VISIONES DE LA SALUD MENTAL

Más allá del aspecto médico o de atención, la salud mental también tiene connotaciones relacionadas con la filosofía y la calidad de vida. Por ejemplo, el bienestar, la adaptación y la felicidad son conceptos implícitos en el de salud mental que por su subjetividad y dificultad como constructores científicos no han sido plenamente incorporados al concepto de salud mental.

El bienestar es uno de los conceptos claves en las diversas concepciones de salud mental y resulta también un concepto ambiguo y controversial que implica una calidad de vida y no simplemente ausencia de sufrimiento. Desde luego, lo anterior no se refiere a un estilo de vida hedonista y disipado, sino a la capacidad de gozar y el gusto por la vida. En términos filosóficos más extendidos, se relaciona con el concepto de felicidad.

Por otra parte, la adaptación puede y suele ser contemplada como función conductual general, como aspecto y atributo interno de la conducta, gracias al cual las personas tratan de sobrevivir y de vivir mejor y superarse. En este tenor, el concepto de resiliencia ha surgido últimamente con gran auge en la literatura especializada, sin encontrar definiciones heurísticas que satisfagan a todos y sin ser plenamente incorporado todavía en el concepto de salud mental.

Para el congreso mexicano (Sandoval y Richard, 2005) la salud mental está determinada por tres variables:

1. El nivel de entendimiento de nosotros mismos, de nuestra cultura y de lo que se espera de nosotros.
2. La capacidad psicológica de formular opciones para uno mismo.
3. y las oportunidades objetivas de actuar en consecuencia y la libertad implicada en ello

Por lo cual la salud mental implica la capacidad de procurarse vivencias satisfactorias. En otras palabras, una persona mentalmente sana es capaz de ser feliz, de procurarse una experiencia satisfactoria de la vida en lo poco o mucho que esto dependa de la persona misma. Este concepto de salud mental como la capacidad o disposición de cuidar y valerse por uno mismo en este orden para ser feliz es coherente con la evidencia empírica existente.

Además, y en atención a las múltiples guerras, genocidios y verdades en la frase de Hobbes de que “el hombre es el lobo del hombre”, la importancia de vivir en un ambiente armónico de paz y con libertades personales, no debe menospreciarse.

En años recientes, también temas emergentes como la equidad de género, la justicia ante las diferencias culturales y la necesidad de atender la decisión individual libre y personal han sido temas de interés en la discusión sobre salud mental.

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), en particular, ha subrayado la necesidad de atender a la mujer, en consideración de su condición de desventaja histórica, con proyectos encaminados a promover la equidad de género en las reformas del sector de la salud de la región abordando temas de salud mental como maltrato físico, abuso sexual y promoción de la salud mental. En esta perspectiva, se pretenden fomentar en hombres y

mujeres las destrezas necesarias para analizar formas de relación y distribución de poder y de trabajo.

En los varones se estimula la expresión de los afectos, el respeto por la mujer y una participación más abierta en los aspectos del hogar y la educación de los hijos; mientras que en las mujeres se contribuirá a su empoderamiento, autovaloración, autoafirmación y capacidad de negociación en la toma de decisiones. En este sentido, tanto las diferencias entre los géneros en las diversas culturas como la justicia social son también elementos de un concepto más amplio de salud mental que con seguridad serán plenamente incorporados y considerados en un futuro, como parte de las políticas de promoción de la salud.

I.10 DIMENSIONES DE LA ANORMALIDAD PSICOLÓGICA

Rosenhan y Seligman (1989) describieron algunos elementos que describen la anormalidad psicológica. Por su sentido común y lo parsimonioso de su explicación, algunos de estos elementos se describen brevemente a continuación con la finalidad de hacer explícita la complejidad de los conceptos de salud y enfermedad mental. Aunque ninguno de los elementos descritos conforman un criterio suficiente para connotar a una persona como enferma mental o con un trastorno mental, estas dimensiones son útiles para juzgar la normalidad o anormalidad, la adaptación o no de los individuos en un entorno social, cultural y laboral específico.

Sufrimiento

El sufrimiento es el “dolor del alma”, la falta de confort, el malestar que es consecuente con referentes cognitivos y con activos de algún trastorno o padecimiento. En algunos casos el dolor y el sufrimiento son consecuencia de elementos biológicos, hay una causa física y una disfunción corporal. En otros, el dolor y el sufrimiento psicológicos son derivados de ideas, eventos existenciales, recuerdos y otros aspectos que no son tangibles y referidos a aspectos actuales biológicos o corporales. Por ejemplo, el sufrimiento que puede tener una madre al ver la conducta autodestructiva de un hijo; la pena y sufrimiento que manifiesta una persona quien no ha logrado lo que se ha propuesto, la

“cruda moral”, etc. En ambos casos, el psicólogo clínico tendrá un papel relevante al coadyuvar en la superación de estos estados de sufrimiento y de dolor.

Conducta maladaptativa

Mientras el sufrimiento es básicamente un aspecto afectivo y negativo que siente el individuo, la conducta maladaptativa se refiere a la parte conductual, es decir, a lo que hace. En general, la adaptación describe la capacidad del individuo de interactuar con su medio ambiente, de afrontar los problemas de manera exitosa y de ajustarse y funcionar ante el cambio dentro de las exigencias de su entorno. Los términos resiliencia y afrontamiento coping) describen la capacidad de adaptación; por lo que valorar la conducta adaptativa es importante ya que éste es uno de los aspectos más relevantes para identificar la normalidad.

En realidad, el estatus de enfermedad se adquiere cuando el individuo no puede funcionar adecuadamente en su entorno personal, familiar, social, escolar o laboral. Por ejemplo, la persona quien no puede tolerar cambiar de estatus en su empleo, o que no se adapta ante la separación o abandono del cónyuge, etc. Se dice, quizás con razón, que gran parte de la inteligencia y capacidad de sobrevivencia del individuo reside en esta capacidad de adaptación, en biología el dicho “adaptarse o morir” es regla para muchas especies.

Irracionalidad

Este aspecto no es ni afectivo ni conductual, sino cognitivo. Es decir, denota la capacidad o incapacidad del individuo para pensar racionalmente y analizar de manera inteligente su situación, conducta o sentimientos. Claramente va más allá de la dificultad para pensar, a consecuencia de una limitación biológica como en el caso de la demencia o de la discapacidad intelectual; la irracionalidad implica también que es unidimensional y que caracteriza una situación patológica. Por ejemplo, la persona quien en los aspectos laborales es muy exitosa, pero no en las relaciones interpersonales; quien fuera de la vida adaptada presenta ideas obsesivas o pensamientos irracionales respecto con una creencia o situación.

También la incapacidad para cambiar una conducta a pesar de la convicción de que ésta es negativa se puede considerar como irracional. Por ejemplo, quien tiene que verificar dos o tres veces que las puertas estén cerradas a pesar de las medidas cotidianas de seguridad.

Pérdida de control

El control, en salud mental, se refiere a la consistencia que, a través del tiempo, muestra una persona con respecto a su conducta. Connota la capacidad para predecir la reacción de una persona conocida ante un evento determinado. Una persona con control de sí misma es muy predecible; pero para que exista control debe actuar de manera ponderada, racional y con propósito.

La pérdida de control, caracteriza a las personas con labilidad afectiva o con carácter explosivo, como coloquialmente se les llama. Esto es un dato de patología mental, ya que en muchos casos la pérdida de control se asocia con episodios de agresión, que conducen a la pérdida de empleo y de relaciones afectivas. Por ejemplo, cuando una persona pierde su empleo al reaccionar violenta y agresivamente ante los regaños de su jefe.

Convencionalidad

Este rasgo se refiere básicamente a la relación que hay entre la conducta o creencia particular de un individuo y la generalidad de las creencias o conductas de la comunidad o cultura específica a la cual pertenece. Es decir, connota la aceptación, la visualización, estima y connotación social de determinadas conductas o pensamientos. Por ejemplo, quien camina en traje de baño por la acera de una ciudad, será convencional si lo hace en una ciudad en la playa como Río de Janeiro; pero no sería igualmente convencional si hiciera esto mismo en una ciudad de clima templado, en la montaña, por ejemplo, en Lucerna en el mes de febrero. Asimismo, la propiedad o forma convencional de que una mujer camine por las calles con el pelo suelto y pintado de rojo será, por ejemplo, muy diferente en Nueva York que en Trípoli.

Incomodidad de terceros

Esta categoría, un tanto subjetiva, es también un criterio importante de considerar para juzgar la salud mental o la capacidad de convivencia social y laboral de una persona. Es

importante considerar la necesidad del individuo de adaptarse a un contexto social y de funcionar en un entorno comunitario, ya sea laboral, escolar o familiar, de forma armónica, con aceptación y capacidad de cooperación de grupo.

Muchos individuos, sin embargo, no son capaces de adaptarse al sentimiento mayoritario de comunidad y al sentimiento de interdependencia de un grupo y causan, por lo general, sufrimiento e incomodidad en otros: son hostiles, intrigantes o muestran actitudes de evasión o de boicoteo. Cuando estas conductas son más o menos persistentes, estos individuos tienden a provocar rechazo o arruinar el ambiente. En el idioma español existe la expresión “tienen mala vibra”. Por esto, es importante evaluar si el individuo es capaz de aceptar convencionalismos sociales y si su intención y su sentimiento general es positivo o negativo. Por ejemplo, piense en un conocido quien lleva el estigma, entre compañeros, de ser la manzana de la discordia, de ser problemático y de causar malestar en el resto del grupo.

1.11 POBREZA Y SALUD MENTAL

En México, ningún libro de texto sobre psicopatología puede obviar la discusión de la relación entre la pobreza y la enfermedad mental.

La propia OMS señala que en ausencia de inversiones bien dirigidas para preservar la salud mental el círculo vicioso de la pobreza y los trastornos mentales será perpetuado. Esto impedirá el alivio de la pobreza y el desarrollo.

Cuando la pobreza, la enfermedad mental y la enfermedad física se combinan, constituyen círculos viciosos casi imposibles de superar, considerando los efectos añadidos cuando éstos se presentan de manera concomitante en la vida de un ciudadano.

La combinación de estas tres dimensiones también se asocia a males sociales comunes como son la drogadicción, el alcoholismo, la delincuencia y el suicidio.

Es por lo anterior entonces que también el concepto de calidad de vida se ha asociado a la buena salud mental y es un concepto consensuado por muchos especialistas que las personas que tienen niveles de vida dentro de límites de confort tienden a tener mejores niveles de salud mental.

El estudio de la calidad de vida constituye un área de interés que atañe a múltiples profesiones. El término calidad de vida apareció en el año 1975 y, aunque los orígenes de este concepto se sitúan en el ámbito de la medicina, el interés por él se ha extendido a otras disciplinas, como la sociología y la Psicología (Moreno y Ximénez, 1996).

El concepto de calidad de vida es difícil de definir, ya que se trata de un término global y multidisciplinar. Además, hay que considerar los aspectos objetivos y subjetivos al momento de definirla. Por otra parte, es necesario tener en cuenta que el concepto de calidad de vida debe considerarse desde una perspectiva cultural, el momento histórico y la sociedad. La calidad de vida, implica una serie de componentes, todos ellos de carácter objetivo, como la salud, la alimentación, la educación, el trabajo, la vivienda, la seguridad social, el vestido, el ocio y los derechos humanos. En resumen, implica el funcionamiento conductual y el bienestar psicológico subjetivo.

La calidad de vida incluye también la satisfacción personal en distintos ámbitos, que oscilan entre los aspectos materiales, financieros y hasta los políticos, referidos al bienestar psicológico, social y emocional. La calidad de vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona.

El estudio de la calidad de vida se centra en las enfermedades crónicas y terminales y se relaciona al concepto de calidez en la atención, preocupación importante de los prestadores de servicios de salud.

I.12 EL TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO

Casado (1998) argumenta la necesidad que tiene el psicólogo clínico de trabajar con otros profesionales de un mismo equipo, y con otros equipos con perspectivas diferentes. Es cada vez más evidente la obsolescencia de muchas visiones unidisciplinarias que describen la problemática del individuo desde lo psicológico, lo social, lo educativo, lo biológico o cualquier otra disciplina particular, de manera unidimensional. Por lo anterior, el psicólogo clínico debe aprender a trabajar de manera cooperativa y multidisciplinaria.

Particularmente, en las medidas de prevención, intervención o seguimiento prescritos por otros profesionales y en la implementación de acciones como adherencia a la medicación, las dietas, las terapias físicas y mentales y otras acciones adicionales necesarias para el mejoramiento del paciente.

En muchos casos, el éxito de una intervención, ya sea médica, bariátrica, física o de cualquier índole, dependerá del cambio en hábitos y conductas que será necesario

enseñar, modificar, reforzar y mantener en los largos tratamientos. ¡Quién mejor que el psicólogo para tomar la responsabilidad sobre este aspecto! El éxito en la racionalización de los sistemas de salud y de la primacía de los enfoques preventivos sobre los curativos radica en el cambio significativo de hábitos insalubres por hábitos saludables. Por ejemplo, Richart y Cabrero (1988), mostraron claramente que los fracasos terapéuticos ante muchas enfermedades tomar la medicación y de otro tipo de medidas como las dietéticas, la disminución de ingesta de alcohol, el tabaquismo, la falta de ejercicio, entre las más comunes. Estos autores afirman que cerca de la mitad de los fracasos en la intervención se debe a que no hay un cambio significativo en los hábitos de vida: cambiar conductas poco saludables por conductas saludables.

Así, la formación de psicólogos, que en el campo de la salud debe dirigirse a la capacitación para atender, de manera primordial, a los pacientes de una gran cantidad de enfermedades, piense sólo en la obesidad, diabetes, alcoholismo y tabaquismo, cuatro entidades patológicas que sumadas se asocian con más de 60% de las muertes en el país.

La formación del psicólogo clínico como parte de un equipo de salud, capacitado para cambiar hábitos de vida nocivos por hábitos saludables pudiera ser un escenario laboral potencialmente rentable para la atención de las enfermedades, las cuales representan gran parte del gasto público en atención para la salud. De hecho, la implementación de la atención psicológica en los tres niveles: el primario o preventivo, el secundario o de primera atención y el terciario a nivel alta especialidad dentro de un hospital, representa una acción sensata e inteligente para optimizar los recursos en el sistema nacional de salud; sobre todo si consideramos la importancia cada vez mayor de las patologías crónicas y psicosomáticas y el crecimiento del gasto en enfoques farmacéuticos y en intervenciones de alta tecnología. Como compromiso social, la formación del psicólogo clínico deberá facilitar un uso adecuado y eficaz de los recursos y las intervenciones por parte de los usuarios.

UNIDAD II “BASES DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA”

2.1 BASES BIOLÓGICAS DE LA PSICOPATOLOGÍA

Es indudable la tendencia actual de incorporar gradualmente a la práctica clínica, teorías que explican muchos de los procesos psicológicos a funciones biológicas y, por ende, que sustentan las nuevas explicaciones neurofisiológicas de la conducta, el afecto y el pensamiento.

Por la naturaleza misma del trabajo en problemas de salud y adicciones, por mencionar sólo dos de los muchos campos específicos del psicólogo clínico, esta tendencia irreversible del siglo XXI, influye mucho más en el currículo de la psicología clínica que en otros campos psicológicos. Para el clínico, resulta fundamental entender, aunque de forma sucinta cómo se influyen mutuamente las funciones mentales y las orgánicas.

Los textos especializados, en general, señalan dos vertientes de entendimiento de la psicopatología. La primera es la idea general de que muchos signos y síntomas

psicológicos tienen su explicación en eventos de tipo neuroendocrino e inmunitario. La segunda sustenta que algunas creencias, situaciones afectivas y conductas se asocian con hábitos mal adaptativos con respecto a la salud; las siguientes son conductas que se asocian con el intento de hacer ejercicio con regularidad, dormir lo suficiente, no fumar, mantener relaciones sexuales seguras, utilizar el cinturón de seguridad en los vehículos y cumplir los tratamientos médicos. Para ambas perspectivas es necesario tener bases primordiales de anatomía y fisiología del cerebro y del sistema nervioso en general.

Cabe señalar, que la vía fisiológica es distinta de la conductual; pero no son independientes, ya que el comportamiento puede afectar la fisiología y viceversa. Por ejemplo, es consenso incontestable que el consumo de tabaco, el estrés y la vida sedentaria reducen la actividad del sistema inmunitario. Bajo esta lógica de pensamiento, en sentido inverso, se postula que las funciones fisiológicas pueden influir en el comportamiento; por ejemplo, el cansancio conduce a la violencia e intolerancia familiar.

Ideas de siglos atrás, las cuales separaban la mente del cuerpo, el espíritu de lo orgánico, ahora convergen indefectiblemente en una visión unitaria y holística del individuo. En palabras de De la Fuente y Álvarez (1998) “Estamos viviendo una revolución científica inédita en el conocimiento del funcionamiento de la mente. Ahora estamos en condiciones de ofrecer explicaciones científicas de los mecanismos neurales responsables de llevar a cabo procesos mentales como la memoria, la tensión, el aprendizaje, las emociones, el lenguaje, la cognición y aún la consciencia” (p. 43).

2.2 IMPORTANCIA DE LAS NEUROCIENCIAS

Las neurociencias son ramas de la ciencia que estudian la anatomía, la fisiología, la bioquímica y la biología molecular del sistema nervioso, especialmente en lo relativo al comportamiento y el aprendizaje.

En los últimos 30 años, las investigaciones sobre la función del cerebro y la fisiología cerebral han arrojado grandes descubrimientos, baste revisar el otorgamiento de los premios Nobel. En 1981, se le dio a Sperry por sus investigaciones sobre la especialización funcional de los hemisferios cerebrales; en 1991 a Neher y Sakmann por la explicación de los canales de calcio en la sinapsis; en 1997 a Prusiner por el descubrimiento de los priones en las enfermedades neurodegenerativas, y en el año 2000 a Carlson, Greengard y Kandel por la transducción de las señales del sistema nervioso.

Todos ellos hicieron aportaciones esenciales para la comprensión del funcionamiento neural normal y de la génesis de muchos trastornos y por lo tanto de su cura o tratamiento.

Las neurociencias son el objeto de estudio interdisciplinario y multidisciplinario de biofísicos, bioquímicos, biólogos moleculares, fisiólogos y un sinnúmero de especialistas quienes revelan, todos los días, espectaculares avances que están aportando una visión más completa de las unidades estructurales de las células nerviosas y su funcionamiento.

Los avances en las neurociencias seguirán proporcionando información esencial para el análisis genético, histológico, funcional y filogenético de las enfermedades humanas y ayudarán al desarrollo de nuevas estrategias para el descubrimiento de tratamientos para las enfermedades mentales y las adicciones.

Las neurociencias integran los conocimientos de las ciencias conductuales, psicosociales y biomédicas para comprender la salud y la enfermedad. A lo largo de los últimos 20 años, en la medicina conductual se ha hecho acopio de datos que demuestran la íntima conexión existente entre la salud mental y física.

En las investigaciones se ha demostrado, por ejemplo, que las mujeres con cáncer de mama avanzado y que participan en una terapia grupal de apoyo viven significativamente más que quienes no intervienen en este tipo de actividad (Spiegel et al., 1989), que la depresión predice la incidencia de cardiopatía (Ferketich et al., 2000) y que la aceptación

realista de la propia muerte se asocia con un menor tiempo de supervivencia entre los afectados por el VIH/SIDA, incluso después de ajustar los datos en función de otros posibles factores predictivos de la mortalidad (Reed et al., 1994).

Existen muchos textos especializados en las diversas ramas de las neurociencias y es muy basta la literatura actual acerca de las diversas aportaciones de la biología para el entendimiento de la mente.

2.3 GENÉTICA

En la práctica clínica, es indispensable tener algunas bases de los principios de genética, los cuales explican la aparición y curso de diversas patologías mentales. Más aún, es todavía incipiente nuestro entendimiento acerca de cómo los genes influyen en la determinación de la conducta humana. Por ejemplo, faltan explicaciones más convincentes y consensuadas acerca de la influencia genética en la aparición de los rasgos del carácter, del temperamento y acerca de los modos de reaccionar y adaptarse ante diversas circunstancias. En fin, continúa el debate de siglos sobre que ciertas conductas son primariamente aprendidas o heredadas.

El riesgo de una enfermedad mental es mayor en quienes tienen familiares con alguna patología psiquiátrica. Por lo general, los trastornos mentales no son determinados por una mutación única, ni un gen específico; sino que la herencia es poligénica y multifactorial. Varios genes asociados con los trastornos mentales corresponden a receptores cerebrales de neurotransmisores o enzimas que intervienen en el metabolismo de éstos.

El entendimiento de la estructura genética, de la transmisión genética y los avances en la identificación de muchas patologías con ciertos genotipos continúa asombrándonos. Aunque en muchas de las condiciones observadas en la clínica no es posible entablar juicios inequívocos, como en el caso de la Trisomía 21, en la cual la patología de la discapacidad intelectual es atribuida en su totalidad a un gen accesorio en el par 21; muchas condiciones son ahora objeto de identificación y mapeo genético.

Por ejemplo, hay atribuciones sobre el origen de ciertos tipos de autismo y del trastorno de atención con hiperactividad en el gen 18, otros problemas conductuales en el gen 16 y en fin se aspira que para finales del siglo XXI muchas de las enfermedades mentales tengan un locus genético bien identificado. La detección del gen 22q se asocia con el déficit de atención, hiperactividad, autismo, depresión, ansiedad y esquizofrenia. De acuerdo con Nicolini (1998) “las principales aportaciones para el entendimiento de la conducta humana probablemente surgirán de la identificación de los genes que provocan conductas patológicas donde, por lo menos, existe un consenso en la clasificación y definición de las mismas”.

Sin embargo, no somos simplemente esclavos de la genética, en palabras de Andreasen (2004) “Los genes no son sólo autócratas rígidos que dictan nuestro destino. Son, en cambio, un grupo de legisladores que deben escuchar los mensajes biológicos y responder. Ellos deciden ponerse en marcha y activarse o permanecer sin clientes, dependiendo de las circunstancias que enfrentan. Los biólogos denominan este proceso: expresión genética”.

Según Quiroga (2001) el “Proyecto Genoma Humano” está identificando genes relacionados con las enfermedades mentales, el cual revolucionará la terapéutica con la aparición de medicamentos “a la medida” de cada individuo, dirigidos a neutralizar el efecto bioquímico de la mutación y que tendrán una función preventiva más que curativa. Una de las aplicaciones importantes de la información geonómica, será la de proporcionar nuevos fundamentos para el desarrollo de tratamientos eficaces frente a los trastornos mentales y del comportamiento. En esta vertiente de conocimiento, resultará todavía más retador discernir cómo las influencias genéticas interactúan y son moldeadas por las

influencias medioambientales, el reto de entender el crecimiento y desarrollo, la aparición de patrones de conductas saludables y patológicas dependerá de la comprensión profunda de la compleja interacción entre los genes, el medio ambiente y la persona. El debate “nature” versus “nurture” aún continuará candente y apasionado en los próximos años.

Los avances en las neurociencias, también nos están permitiendo entender los cambios evolutivos y dinámicos que muestran las personas durante su desarrollo. Durante el desarrollo los genes dirigen la formación del cerebro y ahora sabemos, por ejemplo, que mientras más tempranas sean las intervenciones psicológicas y físicas en los individuos afectados por padecimientos mentales, éstos responden de manera más expedita y positiva, lo anterior se le conoce como plasticidad cerebral y se le relaciona con los procesos moleculares que remodelen las conexiones sinápticas (Hyman, 2000).

2.4 ANATOMÍA

El cerebro es el órgano central de las funciones cognitivas superiores, asiento de las ideas más completas, los pensamientos, las fantasías y memorias, la capacidad de percepción del mundo que nos rodea y el órgano conductor de la conducta intencionada e inconsciente. El cerebro humano permite procesar miles de millones de bytes de información. Es un órgano compacto y poderoso que pesa alrededor de 900 g y es además responsable de combinar la información genética, molecular y bioquímica con la información procedente del mundo exterior.

Andreas (2004) afirma: “El cerebro es la esencia de lo que nos define como seres humanos. Entender su estructura y su funcionamiento significa entendernos a nosotros mismos. El cerebro normal y sano es un órgano complejo, milagroso e ingeniosamente creado”. El cerebro es el sitio donde llegan las señales procedentes de los órganos de los sentidos, de las terminaciones nerviosas nociceptivas y propioceptivas; procesa toda la información procedente del exterior y del interior del cuerpo para almacenarla como recuerdos.

Aunque el cerebro sólo equivale a 2% del peso del cuerpo, la actividad metabólica de éste es tan elevada que consume 20% del oxígeno. Se divide en dos hemisferios cerebrales, separados por una profunda cisura; pero unidos por su parte inferior por un haz de fibras nerviosas de unos 10 cm, llamado cuerpo caloso, el cual permite la comunicación entre ambos. Los hemisferios conforman cerca de 85% del peso cerebral y su gran superficie y complejo desarrollo justifican el nivel superior de inteligencia del hombre, si se compara con el de otros animales.

Existen muchos textos especializados en las bases anatómicas funcionales del sistema nervioso, sin embargo, en este texto revisamos algunos principios generales y fundamentales, que permitan al psicólogo incorporar conocimientos especializados de anatomía y fisiología neuronal en su práctica clínica.

Anatómicamente el sistema nervioso se divide en sistema nervioso central y sistema nervioso periférico; de acuerdo con sus funciones se divide en sistema nervioso somático y sistema nervioso autónomo.

La porción central del sistema nervioso está formada por el encéfalo y su prolongación que es la médula espinal; la parte más anterior del sistema nervioso está más avanzada desde el punto de vista genético, la más caudal.

En cada hemisferio se distinguen, la corteza cerebral o sustancia gris, de alrededor de 2 o 3 mm de espesor, formada por capas de células amielínicas (sin vaina de mielina que las recubre). Debido a los numerosos pliegues que presenta, la superficie cerebral es quizá 30 veces mayor que la superficie del cráneo. Estos pliegues, cuya función es extender y multiplicar la superficie funcional de la corteza, forman las circunvoluciones cerebrales, surcos y cisuras y delimitan áreas con funciones determinadas, divididas en cinco lóbulos. Cuatro de los lóbulos se denominan: frontal, parietal, temporal y occipital. El quinto lóbulo, la ínsula, no es visible desde fuera del cerebro y está localizado en el fondo de la cisura de Silvio. Los lóbulos frontal y parietal están situados delante y detrás, respectivamente, de la cisura de Rolando. La cisura parietooccipital separa el lóbulo parietal del occipital y el lóbulo temporal se encuentra por debajo de la cisura de Silvio.

Hoy en día, es bastante fácil identificar funciones específicas en diversos lóbulos, por ejemplo la personalidad en el lóbulo prefrontal, el lenguaje en la comisura frontotemporal, las funciones conductuales y la agresividad en el lóbulo temporal y los movimientos finos y las habilidades visomotoras en el lóbulo occipital.

Las vías o conexiones entre grupos de neuronas del sistema nervioso central se encuentran en forma de haces de fibras o tractos, también llamados fascículos, los cuales se ubican en columnas que descienden de las partes superiores del cerebro hacia las partes más distales que van a conectar.

La sustancia blanca, más interna, constituida sobre todo por fibras nerviosas amielínicas que llegan hasta la corteza. Desde el cuerpo caloso, miles de fibras se ramifican por dentro de la sustancia blanca. Si se interrumpen los hemisferios se vuelven funcionalmente independientes.

Otro principio importante de la organización cerebral es la representación cruzada, que explica porque muchos de los eventos corporales son controlados y percibidos en la región contraria del cerebro, así el lado izquierdo del cerebro, en general, controla las funciones derechas del organismo y viceversa.

En cada lado de los hemisferios se encuentra el diencefalo, conformado de dos masas esféricas de tejido gris: el tálamo y el hipotálamo, situados dentro de la zona media del cerebro, entre los dos hemisferios cerebrales. El tálamo es un centro de integración de gran importancia que recibe las señales sensoriales y donde las señales motoras de salida pasan hacia y desde la corteza cerebral. Todas las entradas sensoriales al cerebro, excepto las olfativas, se asocian con núcleos individuales del tálamo.

El hipotálamo está situado debajo del tálamo, en la línea media en la base del cerebro y está conformado por distintas regiones encargadas de la regulación de los impulsos fundamentales y de las condiciones del estado interno de organismo (homeostasis)

como el nivel de nutrientes, la temperatura, etc. El hipotálamo también está implicado en la elaboración de las emociones y en las sensaciones de dolor y placer. En la mujer, controla el ciclo menstrual.

El hipotálamo actúa también como enlace entre el sistema nervioso central y el sistema endocrino. En efecto, tanto el núcleo supraóptico como el núcleo paraventricular y la eminencia mediana están constituidos por células neurosecretoras productoras de hormonas que son transportadas hasta la neurohipófisis a lo largo de los axones del tracto hipotálamo-hipofisiario. Allí se acumulan para ser excretadas en la sangre o para estimular células endocrinas de la hipófisis. Este sistema, explica el control general que tiene el cerebro sobre todas las funciones corporales, tanto a través de estímulos eléctricos como por la regulación de la liberación de diferentes hormonas. Por lo anterior, se le atribuye al sistema neuroendocrino la regulación de las funciones vegetativas.

2.5 HISTOLOGIA

El tejido nervioso consiste básicamente de dos tipos de células, las neuronas y la neuroglía. Las neuronas son responsables de la emisión y la recepción de impulsos nerviosos o señales. La neuroglía aporta a las neuronas nutrientes, protección y soporte estructural. En conjunto, el cerebro contiene más de cien mil millones de neuronas, pertenecientes a miles de tipos diferentes. De acuerdo con Waxman (2003) la complejidad de las acciones del sistema nervioso se refleja en una estructura rica y compleja.

Es decir, el sistema nervioso puede verse como una compleja y dinámica red de computadoras interconectadas. Neurona es el nombre asignado a la célula nerviosa y todas sus prolongaciones. Son células excitables especializadas para la recepción de estímulos y la conducción del impulso nervioso. Su tamaño y forma varía considerablemente. Cada una posee un cuerpo celular desde cuya superficie se proyectan una o más prolongaciones denominadas neuritas. Las neuritas son responsables de recibir información y conducirla hacia el cuerpo celular denominado dendritas. La única neurita larga que conduce impulsos desde el cuerpo celular se denomina axón. Las dendritas y los

axones a menudo se denominan fibras nerviosas. Las neuronas se ubican en el encéfalo, médula espinal y ganglios. Al contrario de las otras células del organismo, las neuronas normales en el individuo maduro no se dividen ni reproducen.

Las neuronas del sistema nervioso central están sostenidas por algunas variedades de células no excitables que en conjunto se denominan neuroglia. Estas células, en general, son más pequeñas que las neuronas y las superan de 5 a 10 veces en número (50% del volumen del encéfalo y la médula espinal). Hay cuatro tipos principales de células neurogliales: los astrocitos, los oligodendrocitos, la microglia y el epéndimo.

Cabe mencionar brevemente en este apartado los tejidos cerebrales del líquido cefalorraquídeo (LCR), el cual baña el cerebro por dentro y por fuera y que contienen nutrientes y productos de la actividad cerebral. Las zonas del cerebro que contienen y producen el LCR se denominan ventrículos y el monitoreo del LCR ha sido una práctica clínica común para investigar lesiones cerebrales, infecciones del sistema nervioso central (SNC) y degeneración cerebral.

También, un concepto general en la histología neuronal es el carácter de la irreversibilidad, el cual hoy por hoy se sostiene, de la estructura y función neuronal. Hasta ahora, existe el consenso de que cada neurona muerta es una neurona irremplazable.

El tejido nervioso, debido a su enorme sofisticación filogenética y especificidad, ha perdido la capacidad más primitiva y vital: la de reproducirse. Si bien es cierto que muchos procesos de cura vislumbran y aspiran a cierta regeneración de los axones o la compensación de la función mediante el desarrollo de redes laterales por las neuronas remanentes que muestran crecimiento y adaptación compensatoria, el principio de daño cerebral irreversible permanece vigente.

2.6 NEUROFISIOLOGÍA

Sinapsis

La sinapsis es la unidad funcional básica del funcionamiento cerebral, ya que en ella se conjuntan eventos eléctricos, endocrinos y celulares que explican las bases de la farmacología y la génesis de muchas enfermedades. La sinapsis encierra el enigma de muchos de los padecimientos hasta hoy desconocidos, como la discapacidad intelectual y el autismo, entre otros.

En conjunto, el cerebro probablemente aloja más de 100 mil millones de sinapsis. Los circuitos, constituidos por cientos o miles de neuronas, originan procesos mentales y conductuales complejos. Conducen el impulso nervioso sólo en una dirección, desde la terminal presináptica se envían señales que deben ser captadas por la terminal postsináptica.

Existen dos tipos de sinapsis: eléctricas y químicas, las cuales difieren en su estructura y en la forma en cómo transmiten el impulso nervioso.

Las sinapsis eléctricas se realizan a través de uniones de comunicación entre membranas plasmáticas que permiten el libre flujo de iones desde el citoplasma de la neurona presináptica hacia el citoplasma de la neurona postsináptica.

La sinapsis química se caracteriza por una hendidura sináptica, espacio intercelular de 20 a 30 nm de ancho, en donde suceden eventos de tipo endocrino a través de la liberación, recaptación y destrucción de neurotransmisores.

Al llegar el impulso nervioso a la terminal presináptica se induce la apertura de los canales para calcio sensibles a voltaje, al subir el calcio intracelular se activa la exocitosis de las vesículas sinápticas, las cuales liberan el neurotransmisor hacia la hendidura sináptica; al unir el neurotransmisor con su receptor se induce en la membrana postsináptica la apertura de los canales para cationes, produciendo la despolarización de la membrana postsináptica.

La suma de los impulsos excitadores e inhibidores, que llegan por todas las sinapsis, los cuales se relacionan con cada neurona determina si se produce o no la descarga del potencial de acción por el axón de esa neurona.

Neurotransmisores

Los neurotransmisores son las sustancias químicas encargadas de la transmisión de las señales desde una neurona hasta la siguiente a través de la sinapsis. También se encuentran en los axones de las neuronas motoras, donde estimulan las fibras musculares para contraerlas.

En general los neurotransmisores son excitadores que tienden a despolarizar la célula postsináptica, o inhibidores que hacen lo contrario. La investigación actual, acerca de los neurotransmisores y sus sitios de acción, es muy intensa en la industria farmacéutica.

Sin embargo, son muchísimos más los sitios de acción que los neurotransmisores descubiertos; y muchos fármacos aducen sus desventajas y virtudes en función de los sitios receptores diferenciales donde actúan, más que en el mimetismo con neurotransmisores producidos por el SNC.

La estructura bioquímica de los diferentes receptores y los múltiples efectos secundarios asociados con el uso de fármacos son objeto minucioso de estudio de la psicofarmacología.

Neurotransmisores excitadores

La acetilcolina fue el primer neurotransmisor descubierto. Fue aislado en 1921 por Loewi, quien ganó el premio Nobel. La acetilcolina tiene muchas funciones: es la responsable en gran medida de la estimulación de los músculos. También se encuentra en neuronas sensoriales y en el sistema nervioso autónomo, y participa en la programación del sueño REM. Pese a ser uno de los más conocidos y estudiados, aún hoy en día se descubren nuevas funciones de esta sustancia, por ejemplo, existe un vínculo entre la acetilcolina y la enfermedad de Alzheimer, ya que hay una pérdida de casi 90% de la acetilcolina en los cerebros de quienes sufren de esta enfermedad. La famosa toxina botulínica funciona bloqueando la acetilcolina, causando parálisis; el botox un derivado de esta toxina se usa para eliminar temporalmente las arrugas.

En 1946, Von Euler descubrió la norepinefrina, fuertemente asociada con la puesta en “alerta máxima” de nuestro sistema nervioso y la formación de memorias. Las anfetaminas funcionan causando la liberación de norepinefrina y esta sustancia, como fármaco, tiene innumerables indicaciones en la medicina crítica.

El glutamato es el neurotransmisor más común en el sistema nervioso central, y es importante en relación con la memoria. Curiosamente el glutamato es tóxico para las neuronas, un exceso las mataría. Algunas veces el daño cerebral o un golpe pueden producir un exceso de éste y terminar así con muchas más células cerebrales que el propio trauma.

La serotonina o 5-hidroxitriptamina (5-HT) es una sustancia sintetizada en las neuronas serotoninérgicas del sistema nervioso central y en las células enterocromafin (células de Kulchitsky) en el tracto gastroinpruebainal, el cual se genera a partir del triptófano, un

amino ácido esencial aportado mediante la dieta, ya que no lo fabrica el cuerpo por sí solo. Una vez producida la serotonina tiene un importante desempeño en varios campos, por ejemplo, la regulación del deseo sexual y del apetito, el mantenimiento de la vigilia, la modulación de la ansiedad y la agresividad, también es esencial para la producción de hormonas como la melatonina.

La serotonina es un neurotransmisor íntimamente relacionado con la emoción y el estado de ánimo. Se ha mostrado que demasiada serotonina ocasiona la pérdida del control, la ira, el trastorno obsesivo compulsivo y el suicidio. Insuficiente serotonina produce el incremento del apetito por los carbohidratos y problemas con el sueño, lo cual también está asociado con la depresión y otros problemas emocionales. También juega un papel importante en la percepción. Los alucinógenos como el LSD funcionan adhiriéndose a los receptores de serotonina en las vías perceptivas. Es también el neurotransmisor que induce la hibernación en los osos y otros animales (Boeree, 2007).

En 1973, Solomon Snyder y Candace Pert del John's Hopkins descubrieron la endorfina, nombre corto de "morfina endógena" por ser estructuralmente muy similar a los opioides (opio, morfina, heroína, etc.); la endorfina se secreta de manera natural y fisiológica en el cerebro y está implicada en la reducción del dolor y en la génesis del placer; las drogas opiáceas funcionan adhiriéndose a los receptores de endorfinas.

Neurotransmisores inhibidores

Entre los neurotransmisores inhibidores están la dopamina y el ácido gama amino butírico (GABA). La dopamina bloquea la tendencia de esa neurona a disparar.

La dopamina está asociada con los mecanismos de recompensa en el cerebro. Las drogas como la cocaína, la nicotina, el opio, la heroína y el alcohol promueven la liberación de dopamina. En la esquizofrenia, se ha demostrado, hay grandes cantidades de dopamina en los lóbulos frontales; y las drogas que bloquean la dopamina son usadas para ayudar a los esquizofrénicos. Por otro lado, poca dopamina en las áreas motoras del cerebro ocasiona la enfermedad de Parkinson, la cual implica temblores corporales incontrolables.

En 1950, Roberts y Awapara descubrieron que el GABA funciona como un freno de los neurotransmisores excitadores que causan la ansiedad. Si el GABA está ausente en algunas partes del cerebro se produce la epilepsia.

2.7 TÉCNICAS NEUROBIOLÓGICAS DE EXPLORACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Los conocimientos acerca de la estructura y la función del cerebro han evolucionado a lo largo de los últimos años y nuevos instrumentos de investigación clínica ahora están disponibles para conocer el cerebro humano vivo: sintiendo y pensando. Las neurociencias cognitivas, la psicometría y la clínica en combinación con las técnicas de indagación imagenológicas ofrecen cada vez más posibilidades de identificar las regiones específicas del cerebro que se utilizan para distintos aspectos del pensamiento y las emociones.

De similar importancia son los estudios que pretenden evaluar la capacidad del sistema nervioso para transmitir potenciales eléctricos; entre los estudios más comunes de gabinete que se efectúan en la práctica clínica se encuentran el electroencefalograma (EEG) y los potenciales evocados.

Tomografía axial computarizada (TAC)

La tomografía axial computarizada (TAC) es un método de diagnóstico que permite obtener imágenes del interior del cuerpo humano mediante el uso de rayos X, a manera de rebanadas milimétricas transversales, con el fin de estudiarlo en detalle desde la cabeza hasta los pies.

En un estudio convencional de rayos X el haz de radiación se emite de una manera difusa; pero en la tomografía axial computarizada el haz está dirigido y tiene un grosor determinado, el cual puede variar desde los 0.5 mm hasta 20 mm, dependiendo del tamaño de la estructura a estudiar.

Por su capacidad de resolución es más común utilizar la TAC en estudios de tórax y abdomen y para descartar la enfermedad de Alzheimer.

Gamagrafía

La medicina nuclear es un área especializada de la radiología que utiliza cantidades muy pequeñas de sustancias radioactivas, o radiofármacos, para examinar la función y estructura de un órgano. La generación de imágenes en la medicina nuclear es una combinación de muchas disciplinas diferentes, entre ellas la química, la física, las matemáticas, la tecnología informática y la medicina. Esta rama de la radiología se utiliza a menudo para ayudar a diagnosticar y tratar anomalías muy temprano en la progresión de una enfermedad, como el cáncer de tiroides.

Como los rayos X atraviesan los tejidos blandos como piel, epidermis, grasa, músculos y vasos sanguíneos, es difícil visualizarlos con rayos X convencionales, salvo que se utilice un agente de contraste para facilitar la visualización del tejido. El método de imágenes nucleares permite la visualización de la estructura y la función de órganos y tejidos. El grado de absorción o captación del radiofármaco por un órgano o tejido específico puede indicar el nivel de funcionalidad del órgano o tejido en estudio. Por lo tanto, los rayos X

de diagnóstico se usan principalmente para estudiar la anatomía; mientras que las imágenes nucleares se utilizan para estudiar la función de órganos y tejidos.

El tipo de detector más común es la cámara gama. Cuando la cámara gama detecta la radiación, se emiten señales digitales que se almacenan en una computadora. Las áreas en las cuales el radiofármaco se concentra en mayor cantidad se denominan “zonas calientes”, las áreas que no lo absorben y que aparecen con menor brillo en la imagen se denominan “zonas frías”.

Resonancia magnética (RMN)

La resonancia magnética (RMN) es el más reciente avance tecnológico de la medicina para el diagnóstico y utiliza ondas de radiofrecuencia dentro de un campo magnético de alto poder. Para producir imágenes sin la intervención de radiaciones ionizantes como los rayos gama o X, la resonancia magnética se obtiene al someter al paciente a un campo electromagnético con un imán de 1.5 Tesla, equivalente a 15 mil veces el campo magnético de nuestro planeta.

Este poderoso imán atrae los protones que están contenidos en los átomos de hidrógeno que conforman los tejidos humanos, los cuales al ser estimulados por las ondas de radiofrecuencia, salen de su alineamiento normal. Cuando el estímulo se suspende, los protones regresan a su posición original, liberando energía que se transforma en señales de radio para ser captadas por una computadora, la cual las transforma en imágenes describiendo así la forma y funcionamiento de los órganos. En una pantalla aparece la imagen, la cual es fotografiada por una cámara digital, para producir placas con calidad láser, quedando listas para ser interpretadas por los médicos especialistas.

La resonancia magnética funcional (RMf) es un procedimiento relativamente nuevo para medir los pequeños y rápidos cambios metabólicos que ocurren en una parte activa del cerebro. Las lesiones y enfermedades, como un derrame cerebral o un tumor de cerebro, pueden hacer que las funciones se desplacen a otras partes del cerebro, facilitando la aparición de alguna anomalía.

Esta información puede ser crítica para planear la cirugía, la radioterapia, el tratamiento de un derrame y otras intervenciones para tratar enfermedades cerebrales.

La RMN funcional es una técnica todavía en desarrollo y mejorándose cada vez más. Si bien parece tener tanta exactitud para ubicar la actividad cerebral como cualquier otro método, hay menos experiencia con la RMf que con otras técnicas de RMN. En la mayoría de los casos el examen no es peligroso para pacientes con implantes metálicos, con algunas excepciones; por lo tanto, los pacientes deben avisarle al técnico si tienen algún implante antes del procedimiento. La RMN a menudo es más costosa que la TAC.

Electroencefalograma (EEG)

El electroencefalograma (EEG) es un procedimiento de registro de la actividad cerebral, no invasivo e indoloro utilizado para evaluar la actividad eléctrica de la corteza cerebral, especialmente útil en enfermedades como la epilepsia y síndromes de carácter orgánico cerebral. Para realizar el estudio, es necesario aplicar gel conductor, antes de colocar los electrodos, para favorecer el registro de la actividad cerebral en diversos puntos de la superficie del cráneo y de las extremidades.

Habitualmente, durante la exploración, se le pide al paciente que respire rápida y profundamente durante unos pocos minutos. También puede realizarse, en ocasiones otras maniobras, como el masaje del seno carotídeo en el cuello, compresión de globos oculares o la aplicación de estímulos de tipo luminoso intermitente. Estas maniobras se realizan para estudiar las variaciones que se producen en la actividad cerebral. Entre las ventajas de este estudio se encuentran el bajo riesgo y bajo costo; entre las limitaciones principales están en su carácter muy genérico e inconsistente de la medición de la actividad eléctrica del cerebro.

2.8 LA VISIÓN EVOLUTIVA DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

En la literatura especializada de los diversos campos de la salud mental, particularmente en psicología del desarrollo y en la psiquiatría infantil, se promueve la adopción de un marco teórico multidisciplinario en el enfoque de entidades psicopatológicas.

Este esfuerzo se basa en la concepción de la conducta del estudiante desde una perspectiva que intenta integrar jerárquicamente conocimientos de las ciencias médicas y psicológicas en lo que pretende ser una visión integral y evolutiva de la salud mental (Cicchetti, 1984).

En este contexto, con el término “desarrollo” intentamos describir la evolución que la conducta humana sufre a través del crecimiento biológico y en la interacción del individuo con el medio ambiente a lo largo de la vida y pretendemos evaluar los diversos grados de desarrollo, en términos de madurez psicológica y biológica.

Tradicionalmente, las ciencias médicas y psicológicas habían adoptado diferentes marcos teóricos, a veces incompatibles o contradictorios. No resultaba extraño encontrar, ante un mismo fenómeno, explicaciones que no sólo eran diversas sino a veces incompatibles y que sugerían, con poca lógica, una brecha entre el aparato psicológico y la biología celular. Por ejemplo, aún es común leer en algunos textos que a medida que la persona crece su creatividad disminuye; esto es contrario a la teoría general desarrollo, pues un cerebro más sofisticado y evolucionado tendrá mayor capacidad creativa.

La psicopatología del desarrollo ha sido definida por Sroufe y Rutter (1984) como el estudio de la conducta anormal dentro del contexto de los efectos de los factores genéticos, bioquímicos, cognoscitivos, afectivos, sociales y cualquier otra influencia en el crecimiento y desarrollo.

En palabras de Sánchez (1987) la psicopatología del desarrollo se basa en el estudio del origen y curso de los patrones individuales de la adaptación conductual.

La psicopatología del desarrollo tiene un principio fundamental de trabajo, la cual le otorga una importancia sin precedente en los campos de la salud mental. Se puede aprender más acerca del funcionamiento normal del organismo mediante el estudio de su patología y más de su patología estudiando su funcionamiento normal.

El sólo hecho de manejar conjuntamente ambas condiciones distingue a la psicopatología del desarrollo de la psiquiatría tradicional y de muchas corrientes en psicología clínica, las cuales se enfocan casi sólo en eventos negativos, patológicos, deficiencias o insuficiencias.

En psicopatología del desarrollo, se conjugan adecuadamente el modelo psicológico y el médico, por esto el estudio de los niños bajo esta perspectiva exige de un reporte metódico de los rasgos normales de crecimiento y del desarrollo, además de los datos sugestivos de patología. Esta visión, permite entender al ser humano de una forma dinámica y cambiante, y concebir al paciente dentro de un contexto donde existen diversas fuerzas y como resultado de una serie de procesos orgánicos, psicológicos y ambientales.

La psicopatología del desarrollo se enfoca en la búsqueda y el entendimiento de patrones de adaptación; pero también de patrones de mala adaptación intentando establecer los eventos y factores que precipitaron la aparición de determinadas competencias conductuales y cuáles la restringen o retardan. Según Garmezy (1986), competencia e incompetencia, vulnerabilidad e invulnerabilidad son dos lados de una misma moneda. Otro postulado importante en esta visión, establece que el funcionamiento individual es coherente a través de periodos discontinuos de crecimiento y de tiempo, a pesar de transformaciones fundamentales de la conducta manifiesta (Sroufe y Rutter, 1979). Esto tiene implicaciones prácticas para el pronóstico del curso de una condición y permite al clínico identificar vulnerabilidades y fortalezas.

De esto se deduce que una determinada forma de desajuste, estará relacionada con la historia adaptativa del individuo y consecuentemente se analiza esta conducta a lo largo de un continuo, poniendo énfasis en la trayectoria o evolución de la historia del padecimiento.

En esta perspectiva, un buen número de factores que moldean la conducta, deben ser analizados bajo una más perspectiva amplia, comparando los estados normales y anormales y los factores protectores y provocativos de la enfermedad mental; con la finalidad de sopesar las formas y los grados cómo la interacción con el medio ambiente influyen variables individuales derivadas del sustrato genético. Esta perspectiva, llamada epigénesis probabilística, nos permite explicar en términos dinámicos, por ejemplo, como se forma la autoestima en función de la autoevaluación, la interacción del crecimiento físico y el ambiente que posibilita el otorgamiento de significado al autoconcepto (Sánchez, 1987)

2.9 CRECIMIENTO, DESARROLLO Y ENFERMEDAD

En el marco de la psicopatología del desarrollo, el estudio de los niños afectados por diversos problemas conductuales y emocionales exige un reporte metódico de los rasgos normales de crecimiento y desarrollo, además de los datos sugestivos de patología.

El campo de acción de la psicopatología del desarrollo está definido y diferenciado de otras ciencias análogas como la psiquiatría y la psicología clínica por su énfasis en el enfoque en la conducta, tanto normal como anormal, describiendo los orígenes y evolución de un desorden determinado en relación con unos patrones normales de la conducta.

Esta es una visión esencialmente descriptiva, en el sentido que estudia el desarrollo del individuo utilizando la perspectiva de la psicología del desarrollo como herramienta de investigación. Por esto, términos tales como competencia y adaptación, sustituyen la terminología del modelo médico, la cual connota implícitamente estar sano o enfermo: adaptación se refiere a la adecuación ante nuevas situaciones de la vida personal; y

competencia a la aparición de determinadas capacidades del individuo, por ejemplo autocrítica a medida que el individuo madura.

Así en esta perspectiva la valoración de hechos como la separación materna, al inicio de la vida escolar, de las capacidades para establecer relaciones sociales en el contexto escolar y la adaptación ante los cambios físicos de la pubertad tienen gran importancia en la valoración y en la mimesis clínica.

Concomitante a la búsqueda del entendimiento de patrones de mala adaptación se pretende también, en la psicopatología del desarrollo, entender los aspectos evolutivos de la adaptación exitosa, se intenta establecer los eventos y factores que precipitaron la aparición de determinadas competencias y cuáles las retardan.

Los estudios longitudinales de estos niños con problemas emocionales y de conducta son capaces de despejar muchas incógnitas, las cuales pudieran ser controversiales. Por ejemplo, los cambios observados en la evolución de la psicosis maniaco depresiva, relacionados con edad y sexo, en los varones es más común en la pubertad y en las mujeres después de ésta; y otros conocimientos comunes en el ámbito clínico surgen de la observación lógica longitudinal de casos y del registro sistemático de un individuo y su enfermedad a través de su historia y de su evolución cronológica.

El reto desde la perspectiva del desarrollo, consiste en incorporar a los sistemas actuales de clasificación enfermedades mentales con cierto fluido de la progresión en el desarrollo con respecto a diversos dominios del funcionamiento humano.

Esto demanda el establecimiento de ciertos patrones indicativos del desarrollo normal, por ejemplo, la talla y peso, así como de otras habilidades intelectuales propias de cada edad, competencias sociales, grados de socialización de acuerdo al contexto cultural y la edad.

La contribución de la psicopatología del desarrollo en el establecimiento de criterios de normalidad, requiere de la definición de diversas tareas durante el desarrollo de puntos

de logro y eventos que los niños deben alcanzar a medida que maduran, por lo anterior resulta necesario identificar algunas conductas claves y observarlas a través del tiempo para establecer, cuando típicamente, se presentan los marcadores de cambio.

Finalmente, el marco teórico en el cual se sustenta la psicopatología del desarrollo podría ser el escenario adecuado para superar las limitaciones en el manejo de la mayoría de los casos en la salud mental y que corresponden a un sinnúmero de entidades leves, imprecisas y a veces de reactivas o transitorias, causa frecuente de consulta psiquiátrica o de asesoría psicológica.

En el lenguaje clínico, estos casos se han considerado muchas veces como casos frontera o para utilizar el término comúnmente empleado y que serán tratados a profundidad por su importancia para el clínico en el capítulo aparte en esta obra.

2.10 PSICOFARMACOLOGÍA PARA PSICÓLOGOS CLÍNICOS

La psicofarmacología está interesada, sobre todo, en el desarrollo de nuevos fármacos psicoactivos o psicotrópicos que mejoren los trastornos psicológicos o psiquiátricos.

Dentro de la psicofarmacología, dos de los principios generales más importantes tienen que ver con la farmacocinética y la farmacodinámica (Benet, Mitchell y Sherner, 1990). Este capítulo no contempla abarcar un comentario amplio de estos dos principios, simplemente establece que la farmacocinética describe lo que el organismo hace a un fármaco, mientras que la farmacodinámica describe lo que un fármaco le causa al organismo (Hansten y Hom, 1990). Las principales cuatro fases de la farmacocinética son absorción, distribución, metabolismo y eliminación (Winter, 1988). La farmacodinámica de un fármaco depende de las concentraciones de éste en los sitios de acción e incluye elementos tales como enzimas y receptores. El conocimiento de los diversos componentes de la psicofarmacología permite a las personas que recetan ser más efectivas en la elección de un agente de primera línea para un trastorno específico, a fin

de prescribir con mayor eficacia en la presencia de otros medicamentos, tanto psicotrópicos como no psicotrópicos; así como tratar con otros factores que pueden alterar la farmacocinética, como son la edad u otros estados de enfermedad (Baldessarini, 1985).

En general, los psicólogos han tenido relativamente muy poca capacitación en psicofarmacología, ya sea en su nivel pre o posdoctoral. La capacitación en psicofarmacología para los psicólogos se ha dado por lo general a través de la supervisión y educación continua, una vez que el psicólogo ha salido de la escuela, y es sólo recientemente cuando las escuelas de posgrado en psicología clínica están considerando de manera más activa cómo integrar el trabajo de los cursos de psicofarmacología en la capacitación predoctoral. Con los recientes desarrollos dentro de la Asociación estadounidense de psicología, que se enfocan en parte en el desarrollo de los módulos de capacitación psicofarmacológica para varios niveles de exposición y experiencia para la psicofarmacología, cada vez más escuelas de posgrado están considerando incorporar la psicofarmacología al plan de estudios, al igual que cada vez más estados y asociaciones provinciales en Estados Unidos están buscando incorporar la educación continua (EC) en el área de la psicofarmacología. En muchas instalaciones rurales en toda la Unión Americana, la mayor parte de las prescripciones de psicotrópicos las hacen médicos que no son psiquiatras, quienes con frecuencia admiten estar mal preparados para manejar la complejidad de la prescripción de los psicotrópicos (Beardsley, Gardocki, Larsen e Hidalgo, 1988). Está aumentando la disponibilidad de psicólogos debidamente capacitados para colaborar con las personas que recetan para ayudarles a hacer diagnósticos diferenciales exactos y hacer recomendaciones o sugerencias acerca de añadir, disminuir o discontinuar un agente psicotrópico específico.

Los diversos trastornos que los psicólogos tratan se están definiendo mejor en términos de los criterios de diagnósticos y de tratamiento, tanto desde un enfoque psicoterapéutico como farmacológico (Watsky y Salzman, 1991). Tal vez uno de los mejores ejemplos de esto es el trastorno obsesivo compulsivo (TOC), donde hay un cúmulo importante de bibliografía homogénea que respalda las intervenciones conductuales específicas de exposición in vivo (EIV) y de prevención de respuesta (PR).

Además, con el énfasis en el neurotransmisor serotonina (5-HT), se han desarrollado agentes antiobsesivos que tienen como objetivo la sintomatología del TOC. El combinar estos métodos para los pacientes con TOC que tienen síntomas de, por lo menos severidad moderada, con frecuencia tiene un efecto extremadamente sinérgico. Se están realizando más estudios e investigaciones con una variedad de otros trastornos en un intento por lograr tratamientos más específicos, tanto de manera farmacológica como no farmacológica. Los ejemplos pueden incluir al tratamiento del trastorno de pánico, las fobias sociales y la depresión mayor.

Existen 6 las principales clases de fármacos psicotrópicos, y en orden de presentación, se incluirán los siguientes:

1. Neurolépticos
2. Ansiolíticos
3. Hipnóticos
4. Estabilizadores del estado de ánimo
5. Antidepresivos
6. Psicoestimulantes

2.11 MEDICINA CONDUCTUAL / PSICOLOGÍA DE LA SALUD

La medicina conductual y la psicología de la salud comienzan a existir como áreas de especialización a finales de la década de los años setenta. La revolución de la salud pública durante esos años acentuó el enfoque sobre los factores psicológicos que contribuyen a las enfermedades y a las afecciones. Históricamente, los factores psicológicos fueron considerados como inconmensurables en las enfermedades y en las afecciones físicas y, por consiguiente, se infirió que estaban involucrados.

Freud (1940) propuso en un principio el término neurosis para describir tales condiciones. El famoso caso de Anna O. tratada por Freud implicaba su conversión de sus sentimientos de ansiedad en síntomas físicos de mutismo, entre otras cosas. Esta primera práctica histórica contrasta con los trabajos de la actualidad que han identificado los síntomas físicos, por lo general medidos por instrumentos/pruebas médicas, así como por

una clara comprensión de las posibles conexiones psicológicas/biológicas en la queja presentada.

Alexander (1950) fue el primero en usar el término medicina psicosomática para referirse a estas condiciones. Con los consiguientes avances en la ciencia médica, la temprana detección y diagnóstico llevan a la clasificación de los tratamientos de las enfermedades físicas. En un principio, las quejas del paciente de síntomas físicos o afecciones en la ausencia de patología física fueron diseñadas como trastornos somatoformes (por ejemplo, trastornos de conversión e histéricos), mientras que los síntomas físicos observables resultantes de un proceso de una enfermedad medible fueron clasificados como trastornos psicofisiológicos y fueron listados en la taxonomía del eje III del Diagnostic and Statistical Manual (DSM Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales). El nuevo DSMIV (1994) considera tales condiciones en varios lugares a través de su sistema de clasificación.

Blanchard (1982) identificó el surgimiento de la medicina conductual como resultante de tres fuentes: (1) aplicación de la tecnología de cambio conductual a los problemas de salud mental, (2) desarrollo del campo de la biorretroalimentación, y (3) la mortandad creciente en la década de 1960 causada por las enfermedades cardiovasculares.

Dada la premisa del intercambio entre los factores psicológicos y el proceso de las enfermedades, no se percibe con facilidad una clara demarcación de los componentes físicos y psicológicos de un trastorno.

Bakal (1979) postuló su modelo psicosocial para explicar esta interdependencia de los factores biológicos, psicológicos y sociales en el proceso de afecciones/enfermedades. Este modelo identificó la relación recíproca, interdependiente entre los factores biológicos, psicológicos y sociales (Meyers, 1991). Las recientes investigaciones en los individuos con el virus del SIDA han identificado la asociación entre los niveles de tensión y las condiciones ambientales en la exacerbación del proceso de esta enfermedad. También se sabe que otras infecciones virales, tales como el herpes simple, se agravan en condiciones estresantes.

MEDICINA CONDUCTUAL

La medicina conductual se define como la aplicación de la ciencia conductual para prevenir, diagnosticar y tratar las enfermedades y las afecciones. Schwartz y Weiss (1978) indican que la medicina conductual es "el campo interesado en el desarrollo del conocimiento y de las técnicas relevantes de la ciencia conductual para la comprensión de la salud y de la enfermedad física, así como la aplicación de este conocimiento y de estas técnicas a la prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación".

La psicosis, la neurosis y el abuso de sustancias están incluidos únicamente en cuanto contribuyen a los trastornos físicos como un punto final (Schwartz y Weiss, 1978). La presencia de cualesquiera de los síntomas (físicos o psicológicos) no excluye al otro. Esto quiere decir que el cambio físico no excluye la necesidad de examinar las variables psicológicas. El campo es interdisciplinario, con los psicólogos clínicos trabajando profesionalmente con otros profesionales de la medicina, tales como médicos, enfermeras, terapeutas físicos y terapeutas profesionales. La principal responsabilidad de los psicólogos clínicos en la medicina conductual es similar a la de aquéllos en otras áreas de especialización (Gentry, Street, Masur y Asken, 1981).

El diagnóstico, evaluación y práctica del tratamiento sirven para detectar y facilitar la restauración del funcionamiento. Miller (1983) identificó la simbiosis entre la ciencia básica y la aplicada y al hacerlo así forjó el alcance del campo de la medicina conductual. Describió la sinergia entre las conclusiones de laboratorio y del ambiente de campo como esenciales para enriquecer el entendimiento de cómo se comportan las enfermedades.

La extensión de las conclusiones de los estudios experimentales de laboratorio a las prácticas en el campo y la reciprocidad resultante, han llevado a técnicas de intervención bien investigadas que se utilizan en el campo de la medicina conductual/psicología de la salud (Miller, 1983).

Los conceptos de la afección y la enfermedad han sido derivados de aplicaciones de los modelos psicológicos de tensión. Hans Selye realizó hipótesis a partir de estudios con

animales que los organismos responden con etapas de estados de alarma psicológicos, resistencia y adaptación después de la inyección de toxinas. Aunque cada estado se refiere a cambios fisiológicos, estos conceptos comúnmente son ampliados para abarcar una dimensión psicológica. Por lo general, se ha formulado la hipótesis de trabajo de Selye de que los síntomas físicos pueden resultar de una prolongada exposición al estrés. Aunque el estrés de este investigador fue físico, se ha pensado que las reacciones psicológicas al estrés (esto es, respuestas emocionales y conductuales) también son suficientes para precipitar una queja de un síntoma físico. De este modo, la tensión psicológica es parte del proceso y es resultado de la tensión. Adicionalmente, Sarason (1980) formuló la hipótesis de que las respuestas al estrés junto con los niveles de vulnerabilidad emocional o física reducen la habilidad del organismo para luchar. Se supone que el comportamiento de desadaptación resulta de una cantidad desproporcionada de estrés, de una vulnerabilidad a éste y de una inadecuada forma de luchar (Sarason, 1980).

UNIDAD III “MODELOS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA”

3.1 IMPORTANCIA DE LOS MODELOS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

El propósito de este capítulo es analizar tres de los puntos de vista más importantes: los modelos psicodinámicos, de aprendizaje social y fenomenológico de la psicología clínica. Nos referimos a ellos como modelos debido a que ofrecen descripciones a pequeña escala de las formas en que varios pensadores han abordado el tema de la conducta humana en general y la psicología clínica en particular.

Cada modelo nos describe cómo se desarrolla la conducta y se vuelve problemática y todos han ejercido una clara influencia sobre los estilos de evaluación, tratamiento e investigación de sus seguidores.

Por ejemplo, si el modelo o aproximación de Psicología clínica de uno se basara en la suposición de que la conducta humana está principalmente determinada por la alimentación, esta suposición probablemente lo conduciría a afirmaciones acerca de la forma como el régimen alimenticio afecta el desarrollo conductual durante la infancia, niñez, adolescencia y vejez (por ejemplo "La comida dulce y blanca produce el pensamiento sentimental y la conducta con mala coordinación de los infantes y ancianos, mientras que la comida que es más sólida y los hábitos alimenticios maduros y estables dan como resultado procesos claros de pensamiento y conducta motora óptimamente eficiente"). Además, un modelo nutricional podría sugerir algunas hipótesis acerca de la aparición de la conducta perturbada en la cual, digamos, el exceso de carbohidratos se asociaría con la ansiedad, el consumo de grandes cantidades de refrescos produciría alucinaciones o la escasez de proteína estaría implicada con la aparición de los rituales obsesivos. Además de explicar la conducta humana observable, este modelo hipotético enfocaría las actividades de evaluación del psicólogo clínico sobre el campo alimenticio. Se podrían desarrollar procedimientos especializados de medición con el fin de obtener una información precisa y detallada sobre los hábitos alimenticios pasados y presentes del cliente para vigilar y controlar los componentes nutricionales de cada una de sus comidas.

El modelo anterior preferiría emplear ciertos tratamientos clínicos en lugar de otros. Probablemente se verían como fundamentales las modificaciones en la dieta programadas de manera cuidadosa, mientras que si sólo se limitase a hablar acerca de su problema se podría considerar una pérdida de tiempo. Por último, la investigación conducida por los psicólogos clínicos comprometidos con un modelo nutricional se dirigiría hacia metas principalmente sugeridas por ese modelo.

Aparecerían grandes cantidades de experimentos diseñados para aclarar las relaciones funcionales entre el consumo alimenticio y la conducta, o para juzgar la importancia de los procedimientos particulares de evaluación o modificación de dietas; y los resultados de los estudios desempeñarían un papel importante en la popularidad o influencia del modelo que los generó. A partir de tales experimentos podría surgir una multitud de problemas

metodológicos únicos y de esta manera se engendraría una nueva ola de investigación cuyo objetivo principal sería mejorar la investigación previa.

El modelo recién descrito puede o no ser adecuado, pero de cualquier forma realza los aspectos positivos de cualquier aproximación sistemática a la Psicología clínica: Aun cuando un modelo se desacredite en última instancia, puede ser muy valioso al ayudar al clínico a organizar tanto sus ideas como sus acciones y comunicarlas en un "lenguaje" común a sus colegas.

Sin un modelo, lo anterior no siempre es una tarea fácil. La conducta humana es extremadamente compleja y puede ser explorada a partir de varios niveles, desde la actividad de las células y sistemas de órganos hasta las respuestas motoras abiertas, hasta el funcionamiento cognitivo y la interacción social. Si se agrega a esto el reconocimiento de que existe una cantidad casi infinita de maneras en las cuales se puede interpretar, evaluar, describir, investigar y alterar la conducta, no resulta sorprendente la afirmación de que el psicólogo clínico "conlleva una lucha continua en contra de la confusión" (Sundberg, Tyler y Taplin, 1973, p. ,93).

Debemos decidir qué aspectos de la conducta merecen una atención especial y cuáles no deben ser menospreciados, qué tipos de datos de evaluación son de interés y cuáles son menos pertinentes, qué técnicas de tratamiento son dignas de explorarse y cuáles deben descartarse, hacia cuáles debemos dirigir la investigación y cuáles son menos prometedoras. Un modelo o aproximación sistemática puede ayudar a guiarnos en estas decisiones acerca de los fenómenos complicados que no pueden confundir, y proporciona alguna tranquilidad al clínico introducir algún orden en aquello que podría haber sido un caos conceptual.

El símil de un modelo particular como un tipo de mapa, brújula y guía típicamente atrae a los seguidores cuyo compromiso con el modelo va desde un escepticismo sano a un entusiasmo casi fanático. Sin embargo, la utilidad personal de los modelos clínicos que se estudiarán en este capítulo debe distinguirse de su valor científico, el cual se evalúa a partir de dimensiones distintas de la comodidad, atractivo superficial o número de

seguidores. Por consiguiente, al leer este capítulo es importante tener presente que, en términos científicos, los mejores modelos clínicos son aquellos cuyas implicaciones e hipótesis pueden ser investigadas rigurosamente en una amplia variedad de situaciones.

Un buen modelo debe incluir una explicación completa, eficiente y verificable del desarrollo, mantenimiento y modificación tanto de los aspectos problemáticos como no problemáticos de la conducta humana. Los modelos que cumplen con estos requisitos permiten la evaluación experimental de laboratorio y la revisión sistemática en la aplicación clínica; de manera ideal, se mantendrán firmes o caerán en la medida en que se vayan acumulando los datos. "Solamente los modelos que no se pueden probar nunca perecen. Ni siquiera se desvanecen, desafortunadamente" (Zubin, 1969, p.6).

3.2 PRECAUCIONES SOBRE LA ELECCIÓN DEL MODELO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

A pesar de que los modelos clínicos pueden ayudar a organizar las ideas que se tengan acerca de la conducta humana, a guiar las decisiones y funciones clínicas y a facilitar la comunicación profesional, su valor no es ilimitado. De hecho, se ha argumentado que las mismas características que se consideran como ventajas principales de los modelos clínicos también pueden presentarse como sus desventajas fundamentales. Lo anterior debe confirmar de manera definitiva el poder de penetración de varios puntos de vista. Por ejemplo, al adoptar el punto de vista de un determinado modelo, uno puede organizar completamente sus ideas acerca de la conducta a tal grado que se convierta en una perspectiva rígida, ortodoxa y cerrada a ideas nuevas y potencialmente valiosas. Esto

aumenta el peligro de que se desarrolle un enfoque petrificado, en lugar de organizado, de la psicología clínica.

Además, la adhesión ciega a un modelo particular puede reducir el funcionamiento clínico a un nivel automático o reflejo en el cual la evaluación objetiva y la modificación subsecuente de la práctica profesional se tornan cada vez menos probables. Como resultado, el psicólogo clínico exageradamente dependiente de un modelo puede realizar su evaluación, tratamiento, investigación y otras actividades estrictamente de acuerdo con los dictámenes de un modelo, debido a que él o ella siempre los ha conducido de esa forma, independientemente de la evidencia experimental o de los resultados de los estudios de casos que pueden indicar la necesidad del cambio (véase Mahoney, 1976; Thorne, 1969).

Por último, un modelo es algo parecido a una región geográfica en el sentido de que en él se desarrolla un "idioma" o "lenguaje" propio. Esto facilita la comunicación entre las personas que pertenecen a esa región, pero puede impedir el intercambio de opiniones entre estos "oriundos" y "extranjeros". A menudo, el intercambio de ideas e información entre las personas que están comprometidas con distintos modelos de la psicología clínica se ve obstaculizado por este tipo de barrera de "lenguaje". En casos como éste, ambas partes pueden pensar que están hablando de manera inteligible y que están comprendiendo lo que escuchan cuando, de hecho, no están transmitiendo sus juicios debido a que los términos que emplean se basan en un modelo particular e interfieren los significados especializados.

Son frecuentes las discusiones largas y acaloradas de este tipo que se dan por terminadas cuando los participantes finalmente se percatan que estaban de acuerdo. Afortunadamente, la mayoría de los problemas asociados con la adopción de los modelos clínicos se pueden reducir de manera significativa al evitar el compromiso apasionado que fomenta la rigidez conceptual, la inflexibilidad conductual y la miopía semántica. Esto no significa que una referencia consistente y sistemática a un modelo particular sea perjudicial; por lo contrario, puede ser beneficiosa.

Sin embargo, si una persona comprende y aprecia otros puntos de vista puede obtener una especie de seguro de vida en contra de la pobreza de criterio que podría ser perjudicial para los clínicos y sus clientes. Se espera que el contenido de este capítulo sirva para estos fines. Las personas que ya están familiarizadas con las teorías psicodinámicas, de aprendizaje social y fenomenológicas de la personalidad probablemente conozcan una gran cantidad del contenido siguiente, pero se hará el intento de trascender la teoría abstracta y esquematizar la estrategia de la conceptualización, evaluación y tratamiento clínicos que emana de cada modelo y que puede ser aplicada en los casos individuales.

Una última consideración: ninguno de los modelos que se estudiarán aquí constituye una sola entidad completa. Cada uno está compuesto por un conjunto de variaciones sobre un tema básico y, por lo tanto, para reseñar adecuadamente cada modelo, será necesario describir algunas de estas variaciones.

3.3 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.

La resistencia al tratamiento aparece como un proceso complejo que involucra diversos factores. Por ejemplo, desde una perspectiva evolutiva y biológica, todas las especies parecen tener dos propiedades de predisposición y de conflicto. La primera es una predisposición hacia el cambio. A través de la madurez y la exposición a diversos estímulos ambientales, casi siempre estamos alcanzando nuevos niveles de desarrollo.

Tanto mental como biológicamente, nunca somos la misma persona que fuimos el día anterior. Por otro lado, también parece que tenemos un impulso o inclinación a seguir siendo iguales. Dependiendo del ambiente, cualquiera de estos impulsos puede promover o entorpecer la sobrevivencia. Cuando las condiciones a largo plazo son armoniosas y se mantienen bastante estables, los organismos que permanecen relativamente sin cambios se ven favorecidos. Sin embargo, en ambientes con cambios rápidos, es probable que no sobrevivan aquellos que son inmutables. Los notorios dinosaurios pueden servir como un ejemplo de estos dos extremos. Durante millones de años, reinaron de forma suprema sobre la Tierra, pero desaparecieron cuando los veloces cambios en las condiciones ambientales superaron su capacidad de cambio.

En un contexto diferente, estas dos fuerzas conflictivas parecen ser la espina dorsal de la resistencia al tratamiento. La resistencia puede ser vista como el resultado de conflictos o de la ambivalencia asociada con los intentos simultáneos de autotransformación y de autopreservación. De manera muy simple, la resistencia al tratamiento puede definirse como cualquier factor que evita o retarda el cambio terapéutico. Puede ser comprendida de forma similar al gobernante que evita que se hagan cambios demasiado rápido o

demasiado extensos. Después de todo, el cambio siempre se asocia con algo que no es familiar, y lo desconocido a menudo causa temor. Continuando con este punto de vista, la resistencia podría ser vista como una función adaptativa saludable que necesita ser entendida, en lugar de pensar en ella como un enemigo que necesita ser derrotado.

Además, como muchos escritores lo han señalado, la resistencia debe ser considerada como una forma útil de comunicación para el terapeuta y tal vez para los pacientes.

SIGMUND FREUD

En términos de psicoterapia, Sigmund Freud fue el primero en explorar formalmente la noción de la resistencia al tratamiento. Sus pensamientos iniciales acerca de este concepto fueron formulados a través de su trabajo con la señorita Elisabeth Von R. (Freud, 895/1955) cuyos síntomas incluían un dolor crónico inexplicable en las piernas que le dificultaba caminar. Freud comenzó a tratar a esta joven mujer en 1892, mientras seguía desarrollando el método de la asociación libre. El método prepsicoanalítico que usó con Elisabeth fue llamado "la técnica de presión." Éste consistía en presionar sus manos en la frente de ella y ésta, a su vez, le dijese cualquier idea o imagen que le viniera a la mente. Encontró que algunas veces Elisabeth decía que no se le ocurría nada, aunque sus expresiones faciales sugerían otra cosa. Más aún, cuando Freud le insistía que compartiera lo que estaba pensando, o que repitiera el proceso, inevitablemente ella informaba algo. De estas observaciones un tanto discretas, Freud comenzó a desarrollar su teoría de la resistencia, que después se convirtió en la piedra angular de la teoría psicoanalítica.

3.4 EL MODELO PSICODINÁMICO

Las raíces del modelo psicodinámico se encuentran en las obras de Sigmund Freud, a finales del siglo XIX, pero se ha ampliado tanto que incluye las ideas de los pensadores que han revisado los conceptos de Freud e incluso aquéllos que las han rechazado. El modelo se fundamenta en las siguientes suposiciones principales:

1. La conducta humana y su desarrollo se determina principalmente mediante los hechos, impulsos, deseos, motivos y conflictos que se encuentran dentro de la mente (es decir intrapsíquicos).
2. Los factores intrapsíquicos proporcionan las causas subyacentes de las conductas que se manifestaron abiertamente, sean éstas problemáticas o no. Por lo tanto, así como la ansiedad que incapacita o los delirios de persecución de un paciente perturbado se adjudicarían a conflictos no resueltos o a necesidades no satisfechas, la conducta extrovertida y amistosa de un conocido en contraste podría verse como ocasionada a partir de los sentimientos internos de temor o minusvalía o de un deseo latente de lograr más popularidad que un hermano.
3. Los orígenes de la conducta y sus problemas se establecen en la infancia a través de la satisfacción o frustración de las necesidades e impulsos básicos. Debido a la participación fundamental y potencial, relacionada con las necesidades básicas. Se da especial énfasis y atención a las relaciones con los padres, hermanos, abuelos, compañeros y personas con autoridad (por ejemplo, maestros) en la edad temprana.
4. La evaluación clínica, el tratamiento y las actividades de investigación deberían dirigirse a la búsqueda y funciones de los aspectos sutiles de la actividad intrapsíquica la cual, a pesar de que a menudo se oculta de la observación directa, debe ser tratada si hemos de comprender la conducta y aliviar los problemas conductuales.

Psicoanálisis freudiano

El enfoque freudiano, llamado psicoanálisis, a menudo se considera un tipo de modelo médico (Ullman y Krasner, 1975) esta teoría pone especial atención en la anormalidad y apareció en una época en que había un gran interés en el descubrimiento de las causas orgánicas de las "enfermedades mentales". Este ambiente, además del entrenamiento mismo de Freud como médico, acentuó los paralelismos entre su pensamiento

básicamente psicológico y la orientación de patología que prevalecía en este periodo para explicar la conducta. Se interpretaban los conflictos intrapsíquicos y otros factores psicológicos como analogías de los procesos de enfermedad y las conductas problemáticas se convirtieron en síntomas de esos procesos. Por consiguiente, las personas perturbadas que acudían a los médicos o eran internadas en hospitales debido a lo que podrían ser problemas de origen psicológico, de acuerdo a Freud, aún se consideraban pacientes, y los conceptos psiquiátricos y médicos tradicionales de diagnóstico, pronóstico, tratamiento y curación se emplearon en su manejo. Por lo tanto, desde el punto de vista freudiano se consideraba que la "enfermedad" de las personas con problemas era causada por un desorden que a pesar de que no fuese realmente una enfermedad infecciosa, disfuncionamiento de un sistema orgánico, o daño físico, podría ser de todas formas clasificado o catalogado como las otras enfermedades. Esta analogía médica produce un manejo de los pacientes con la compasión, respeto y preocupación semejantes a la que demuestra cualquier médico por una persona enferma que no es responsable de su enfermedad.

El modelo freudiano psicodinámico se basó en un número reducido de principios fundamentales. Uno de éstos es el determinismo psíquico, una creencia acerca de que la conducta no ocurre al azar sino de acuerdo con causas identificables que en algunas ocasiones son manifiestas y en otras se ocultan tanto de la vista de los observadores externos como del mismo individuo que se comporta de una determinada manera. Desde esta perspectiva, la mayoría si no todas las conductas (hasta los "accidentes") se consideran significativas ya que pueden proporcionar pistas para los conflictos y motivaciones latentes (Freud, 1914). De esta forma, la lectura de la palabra "sano" cuando el texto en realidad dice "sano", el olvido del nombre de un pariente, o la pérdida de un libro prestado, se pueden interpretar como la expresión de sentimientos, deseos, miedos, o impulsos que pueden estar fuera de la conciencia. A la parte del funcionamiento mental que se consideraba fuera de la conciencia y cuyo acceso era difícil la llamó inconsciente.

Otro de los postulados básicos de Freud, que se refiere a la creencia de que los patrones de conducta humana se derivan de una lucha continua entre el deseo del individuo para satisfacer sus instintos innatos sexuales y agresivos y la necesidad de considerar las

exigencias, normas y realidades del mundo externo. Él consideraba que cada individuo se enfrentaba a una búsqueda que perduraba toda la vida para encontrar la forma de expresar las tendencias instintivas socialmente inapropiadas sin contraer el castigo físico u otras consecuencias negativas.

Un ejemplo perfecto de la modificación del impulso agresivo a la luz de los hechos de la realidad es el caso de un niño de 7 años que después que su mamá le negó el permiso para salir, se comió 46 galletas (llamadas "Lady fingers") y las vomitó delante de las amigas de su madre reunidas para el juego de canasta. De hecho, Freud consideraba que la mente humana era un tipo de arena donde lo que la persona desea hacer (el instinto) debe lidiar con los dictámenes más limitantes de lo que puede o debe hacer (la razón y la moralidad) y donde se tienen que lograr determinadas soluciones de manera dolorosa.

La estructura mental

En el sistema de Freud, los instintos primitivos inconscientes constituyen el id, que está presente desde el nacimiento y contiene toda la energía psíquica o libido disponible para motivar la conducta. El id busca la gratificación de sus deseos sin tolerar demora, y por lo tanto se dice que opera con base en el principio del placer (es decir, "¡Si te gusta, hazlo!")- A medida que crece el recién nacido y el mundo externo comienza a imponerle cada vez un mayor número de limitaciones, impidiendo la gratificación directa del id, se desarrolla el ego como una ramificación parcialmente consciente y parcialmente inconsciente del id y comienza a encontrar válvulas de escape para la expresión instintiva. Por ejemplo, en el caso del niño de 7 años citado anteriormente, su ego fue el que inspiró la venganza descargada sobre la madre. Debido a que el ego se adapta a las exigencias externas, opera con base en principio de realidad (es decir, "Si lo haz de hacer, por lo menos hazlo de manera discreta"). Un tercer componente mental, denominado superego, es también el resultado de la influencia socializante de la realidad. El superego equivale aproximadamente a lo que llamamos "conciencia", ya que el término implica las enseñanzas familiares y culturales acerca de la ética, la moral y los valores. Según Freud, se internalizan estas enseñanzas a medida que se desarrolla el superego, y finalmente se convierten en los ideales propios de la persona. Uno podría decir que el superego es la representación intrapsíquica de la sociedad, que persigue promover la conducta perfecta,

conformista y socialmente aceptada, lo cual se opone casi directamente a las motivaciones del id.

Mecanismos de defensa

La estructura mental tripartita de Freud constantemente se ve embrollada en conflictos internos (véase la Tabla 3-1) y como resultado de ello se genera la ansiedad. El ego intenta mantener alejados de la conciencia estos conflictos y la incomodidad que ocasionan, utilizando varios mecanismos de defensa, generalmente a un nivel inconsciente. Uno de los mecanismos más comunes es la represión en que el ego "detiene" la entrada en la conciencia de un pensamiento, memoria, sentimiento o impulso, que se consideran inaceptables.

Un individuo que no experimenta de manera consciente su odio puede estarlo reprimiendo (cuando una persona conoce su impulso y conscientemente trata de negar su existencia, el proceso se denomina supresión). Sin embargo, la represión requiere un gran esfuerzo constante (parecido al intento de mantener un globo inflado sumergido en el agua), y los contenidos indeseables pueden amenazar "salir a la superficie" en determinados momentos.

Para protegerse de lo anterior, se dice que el ego emplea otras defensas inconscientes. Una de éstas se denomina formación reactiva, en la cual la persona piensa y actúa de una manera completamente opuesta a su impulso inconsciente. De esta forma un hijo que detesta a su padre expresaría un amor y afecto desbordantes y una preocupación exagerada por su padre o, en caso de que el mecanismo de defensa que empleara fuese la proyección, el hijo atribuiría los sentimientos negativos a otras personas y las acusaría de tratar de una manera incorrecta a sus padres.

3.5 POSTURAS PSICODINÁMICAS

Freud fue variando considerablemente sus ideas originales a través del tiempo. Sus modificaciones, revisiones y enmiendas al psicoanálisis hacen posible la alusión a varias ediciones de la teoría de Freud, pero permaneció comprometido con determinados principios cardinales entre los cuales destaca la base instintiva de la conducta humana.

Precisamente fue este dogma, que gozó de poca popularidad, el que instigó a otras personas a crear algunas variaciones del modelo psicodinámico.

Algunas de estas variantes consistieron en pequeños giros respecto a la importancia otorgada a ciertos temas, mientras que otras representaron verdaderas rupturas con las nociones de Freud. Casi todas las variaciones de la teoría de Freud tienen dos características en común: (1) la insatisfacción con el papel central que desempeñaban los instintos inconscientes en la motivación, y (2) el mayor reconocimiento de la influencia que ejercían las variables sociales y culturales sobre la conducta humana.

En las variaciones menos radicales y con pequeños cambios, por ejemplo, el ego se tipificó como un mecanismo ambiental positivo y creativo, considerándolo además, como el arbitro de los conflictos intrapsíquicos. En estas versiones de la teoría de Freud (por ejemplo, Hartman, 1939) no se considera que el ego se desarrolla completamente a partir del id y sus conflictos con el ambiente, sino más bien como una entidad que posee su propia energía y potencial de crecimiento independiente, la cual no está paralizada en las funciones defensivas inconscientes.

Este tipo de formulaciones atrae más la atención de muchos clínicos con una orientación psicoanalítica, debido a que presenta una imagen de la conducta humana más positiva y más libre del yugo de los instintos.

Las obras de Erik H. Erikson, un psicólogo norteamericano que siguió a Freud en muchos aspectos pero que juzgó necesario acentuar la importancia de los factores sociales en el desarrollo humano, encarnan otra revisión importante del psicoanálisis. Erikson (1959-1963) bosquejó una secuencia de etapas psicosociales más elaboradas que el esquema psicosexual de Freud y también más orientadas hacia las interacciones que tiene el individuo con las demás personas. En cada una de las ocho etapas de Erikson, el individuo se enfrenta a una crisis social con dos opciones: o la resuelve con éxito o la deja parcialmente sin resolver. Los resultados positivos en cada etapa facilitan que la persona maneje con mayor habilidad la crisis siguiente, mientras que los problemas no resueltos interfieren en el desarrollo posterior. Aquí se puede observar el paralelo de la teoría de

Erikson con la de Freud, así como se nota una semejanza en la atención que ambos prestan a la naturaleza social del desarrollo humano.

Muchos de los seguidores de Freud que realmente rechazaron algunos de los aspectos del psicoanálisis en lugar de limitarse a revisarlos, originalmente habían sido sus discípulos iniciales. Por ejemplo, Alfred Adler fue uno de los miembros originales de la escuela Psicoanalítica pero posteriormente repudió la teoría instintiva de la conducta, se separó de Freud y desarrolló sus propias teorías. En el Análisis Individual de Adler, el factor psicológico más importante en la conducta humana y su desarrollo es la inferioridad y no el instinto.

Al observar el hecho de que cada persona comienza su vida en una posición indefensa, dependiente e inferior, Adler sugirió que la conducta después del nacimiento representa una "tendencia hacia la superioridad" (al principio dentro de la familia y después en la sociedad) y que las maneras particulares en que cada individuo busca la superioridad conforman su estilo de vida. Consideró que los estilos de vida adaptativos se caracterizaban por la cooperación, el interés social, el valor, el sentido común y pensaba que los desadaptativos reflejaban una competitividad extremada, una falta de interés en los demás y una distorsión de la realidad.

Además, quizá el aspecto más importante es que Adler creía que los estilos de vida desadaptativos y los problemas conductuales que ocasionan se deben a las ideas o conceptos erróneos que tiene la persona acerca del mundo y de las demás personas y no a los conflictos inconscientes no resueltos. Como un ejemplo, considérese al niño pequeño que descubre a una edad temprana que él puede tener un cierto grado de control sobre los demás (y por ende experimentar sentimientos de superioridad) al pedirles y hasta exigirles que lo ayuden en todas las cosas importantes para él, desde vestirlo hasta darle de comer. Al pasar el tiempo, este niño puede desarrollar una idea errónea acerca de que él es un "caso especial" y que en realidad él no puede hacer frente a las exigencias que le presenta el mundo sin la ayuda de los demás. La persona con un estilo de vida que evoluciona a partir de una idea tan equivocada puede siempre dar la impresión de estar asustada, ofendida, enferma o incapacitada, a tal grado que requiere de

la atención y consideración especial de los demás. (Véase Mosak y Dreikurs, 1973, para obtener mayores detalles acerca de la teoría adleriana.) Adler no fue el único de los discípulos sobresalientes de Freud que inició su propia escuela de pensamiento. Otto Rank proporciona otro ejemplo. De manera semejante a Adler, Rank rechazó la importancia que otorgaba Freud al sexo y la agresión como la base de la conducta humana, y concentró su atención en la dependencia básica del niño en desarrollo y en su capacidad potencial innata para un crecimiento positivo. Rank consideró que el trauma del nacimiento era muy significativo porque comprende un cambio repentino y brusco del mundo pasivo y dependiente del feto al mundo caótico externo que exige un grado de independencia cada vez mayor. Por lo tanto, Rank consideraba que el nacimiento proporcionaba el prototipo del conflicto humano básico entre el deseo de ser dependiente ("regresar al vientre") y la tendencia innata dentro de cada persona a crecer física y psicológicamente hasta lograr la independencia completa. El fracaso de una persona para resolver este conflicto fundamental, según Rank, era la raíz de todos los problemas humanos de comportamiento.

Desde luego, existen muchas más versiones y modificaciones de las ideas de Freud y todas forman parte del modelo psicodinámico de la psicología clínica. Las perspectivas de los autores con una orientación dinámica, tales como Carl Jung, Harry Stack Sullivan, Karen Horney, Erich Fromm y Melanie Klein, ayudarían a que completara el panorama el que estudia con seriedad el modelo psicodinámico. Sus formulaciones se encuentran resumidas en algunos volúmenes clásicos tales como *Schools of Psychoanalytic Thought* de Munroe (1955) así como en publicaciones más concisas (por ejemplo, Mullahy, 1965). Es interesante notar que algunos de los autores que realizaron separaciones fundamentales con la teoría de Freud se alejaron en direcciones tan nuevas que uno podría argumentar que deberían ser excluidos del modelo psicodinámico por completo.

3.6 EL MODELO DEL APRENDIZAJE SOCIAL

En lugar de subrayar la importancia y hasta la existencia de los conflictos intrapsíquicos, los instintos básicos, las tendencias innatas y otros constructos no observables para el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta humana, el modelo del

aprendizaje social se concentra directamente en la conducta y su relación con las condiciones ambientales que la afectan. La suposición básica de todas las versiones de este modelo es que la conducta se ve influida por el aprendizaje que se lleva a cabo en un contexto social.

Por lo tanto, las diferencias conductuales entre los individuos se atribuyen en gran parte a la historia única de aprendizaje de cada persona en relación con las personas y situaciones específicas a las que estuvo sometida y no a la "enfermedad mental" o a la "salud mental". Por ejemplo, bajo las condiciones de tensión ("stress") de un examen académico, el estudiante que haya oído hablar sobre los beneficios que se pueden obtener al copiar o haya tenido una experiencia directa de esta naturaleza puede emplear estos medios ilegítimos para obtener una calificación alta, mientras que un individuo que se ha visto recompensado en el pasado por el estudio arduo y una autoconfianza absoluta tendría menos probabilidades de comportarse deshonestamente. Los antecedentes culturales o subculturales de cada individuo se consideran como parte de su historia exclusiva de aprendizaje y desempeñan un papel significativo tanto en la aparición de las conductas "normales" como problemáticas (véase, por ejemplo, Ullman y Krasner, 1975). Al recibir una calificación como reprobado en un examen de vital importancia, por ejemplo, los valores culturales de algunos estudiantes propiciarían tanta vergüenza que podría causar un intento de suicidio mientras que, para otros, el reprobar suscitaría como resultado un deseo tradicional de venganza y un ataque al profesor.

Las semejanzas entre los individuos, dentro del modelo del aprendizaje social, se explican al señalar los factores que tienen en común las normas, valores e incluso una misma cultura. De esta forma la atención prestada por los estudiantes durante una clase (o por lo menos el no estar tomando cerveza u ocupados en otras actividades recreativas) no se considerarían como una manifestación colectiva de algún proceso intrapsíquico sino, más bien, como el cumplimiento por parte del grupo de estudiantes del papel de estudiantes socialmente aprendido y que aparece en algunas situaciones académicas durante determinados periodos. También la conducta del profesor se interpretaría de una manera semejante. Su comportamiento en el salón de clase refleja el aprendizaje social previo de

respuestas apropiadas que corresponden al papel de profesor y también puede limitarse a situaciones y lapsos de tiempo particulares.

Los mismos principios de aprendizaje que se invocan al explicar las diferencias y semejanzas entre los individuos, se emplean para explicar las circunstancias y discrepancias dentro de cada individuo. Desde la perspectiva del modelo del aprendizaje social, se considera que la consistencia conductual, a la cual el modelo psicodinámico podría referirse como la "personalidad" es ocasionada por el aprendizaje generalizado y/o las semejanzas de estímulo que pueden existir en un grupo de situaciones relacionadas. Por ejemplo, una persona puede permanecer tranquila y algo seria en la mayoría de las circunstancias si ese patrón de comportamiento le ha sido recompensado, de manera consistente o intermitente en el transcurso de varios años y a través de una variedad de ambientes que eventualmente forman una sola categoría de estímulos (tales como "las situaciones sociales").

El modelo del aprendizaje social tiene como meta comprender las inconsistencias intraindividuales y otros fenómenos humanos "impredecibles" en términos de la especificidad conductual. Mischel (1975, p. 75) lo resume adecuadamente:

"Considérese una mujer que en algunas ocasiones parece ser hostil e independiente de una manera violenta, pero que en otras parece pasiva, dependiente y femenina. ¿Cómo es ella realmente? ¿Cuál de estas dos formas de comportarse refleja la mujer que es ella verdaderamente? ¿Podríamos decir que uno de estos patrones está al servicio de otro, o habrá un tercer motivo a cuya merced están ambos? ¿Se tratará realmente de una mujer castrante con una fachada de pasividad o es una mujer cariñosa, pasivo dependiente con una forma superficial de defenderse a través de la agresión? La teoría del aprendizaje social sugiere que es posible que la dama sea todas estas cosas: una persona hostil, violentamente independiente, pasiva, dependiente, femenina, agresiva, cariñosa y castrante: todas estas conductas forman parte de la misma persona. . . Desde luego, la cualidad particular que exhiba en un momento determinado no sería un asunto azaroso y caprichoso; dependerá de los estímulos discriminativos: con quién, cuándo, dónde está y muchas otras cosas. Pero cada uno de estos aspectos de su ser pueden ser una faceta bastante genuina y verdadera de su ser total."

Existen varias formulaciones del modelo de aprendizaje social, las cuales, a pesar de que difieran considerablemente en cuanto a ciertos factores específicos, comparten una serie de características comunes:

1 Se subraya la importancia de la conducta mensurable y se toma como el objeto de la Psicología clínica. Es importante hacer notar aquí que el término "mensurable" no siempre significa "manifiesta". El psicólogo clínico con una orientación basada en el aprendizaje social puede interesarse en conductas que van desde las objetivas y "contables" (tales como el número de cigarrillos que se fumaron, o el tiempo que se ocupa en una plática) hasta las sutiles y encubiertas (tales como los latidos cardiacos por minuto, la claridad en la visualización o el contenido de los pensamientos). Casi cualquier conducta puede ser el objeto de la aproximación del aprendizaje social; el único requisito es que haya una manera aceptable de medición.

2.- Se acentúa la importancia de la influencia ambiental sobre la conducta en oposición a otras influencias "supuestas" o hereditarias. Esto no significa que se ignoran los factores genéticos o constitucionales, sino que se consideran como el cimiento general sobre el que el ambiente moldea y edifica los detalles específicos de la conducta. La dotación genética puede establecer ciertos límites sobre la capacidad conductual o intelectual de una persona, pero se supone que, dentro de esos límites, los factores del aprendizaje social predominan al determinar la conducta. Por otra parte, se exploran los límites impuestos por la herencia, en lugar de simplemente presuponerlos. Por ejemplo, es probable que la capacidad conductual de un niño en particular con el síndrome de Down (mongolismo), se vea determinada por el éxito o fracaso obtenidos en los intentos sistemáticos para incrementar dicha capacidad en lugar de determinar sus "posibilidades" basándose exclusivamente en el juicio a priorístico acerca de la ejecución tradicional de la generalidad de estos niños (véase, por ejemplo, Thompson y Grabowski, 1972).

3.- Los métodos y procedimientos de la ciencia experimental se emplean como los medios principales para ampliar el conocimiento acerca de la conducta y su evaluación, desarrollo y modificación. Como se mencionó anteriormente, entre todas las profesiones cuyo objetivo fundamental es ayudar a las personas con problemas la psicología clínica

tiende a ser la profesión con mayor orientación hacia la investigación, pero, dentro de la disciplina, el modelo del aprendizaje social ha encabezado la marcha hacia la operacionalización e investigación experimental de los principales asuntos clínicos en el laboratorio humano y animal y en los ambientes de aplicación tales como las escuelas y los hospitales. Se subraya la importancia de la manipulación deliberada y sistemática de las variables independientes (por ejemplo, técnicas de tratamiento) y en la observación cuidadosa de los efectos de este tipo de manipulación sobre las variables dependientes definidas y cuantificadas de manera específica (por ejemplo, el consumo del alcohol, autoafirmación social, conducta deprimida o excitación sexual).

3.7 LAS CONTRIBUCIONES DE DOLLARD Y MILLER

Una de las primeras aproximaciones de la teoría de aprendizaje social a la conducta evolucionó a partir del intento de traducir o reconstruir los conceptos que Freud derivó de su práctica clínica a un lenguaje que fuera consistente con los datos experimentales sobre el aprendizaje humano y animal. A esta tarea formidable se dedicó en la década de 1940 John Dollard, un sociólogo, y Neal Miller, un psicólogo, y culminó con la publicación de un libro en 1950 titulado "La Personalidad y La Psicoterapia. Dollard y Miller" partieron de la suposición de que los seres humanos no nacen al mundo con instintos, sino con necesidades primarias (tales como alimentos, agua y oxígeno) que deben ser satisfechas. Además, dieron por sentado que cada persona aprende a satisfacer estas necesidades (y otras basadas en las primarias) de manera un tanto diferentes, que por consiguiente conducían al desarrollo de patrones individualizados de conducta. Por ejemplo, la necesidad que tiene un infante de alimentación produce fuertes estímulos internos (contracción intestinal por hambre) que Dollard y Miller denominaron pulsiones debido a su capacidad para motivar o activar la conducta. Muy temprano en la vida de un niño, la conducta provocada por la presencia de una pulsión como el hambre (por ejemplo, moverse violentamente o llorar) puede hacer que una persona entre en la habitación con la comida lo cual reduce la pulsión de hambre y por lo tanto recompensa o refuerza la conducta que le antecedió.

De esta forma, uno aprende a repetir las conductas que dan por resultado o se asocian con la reducción en la pulsión. Desde luego, Dollard y Miller no han supuesto que toda la conducta humana se aprende a través de la reducción de las pulsiones primarias. Postularon que la gente adquiere pulsiones aprendidas o secundarias que funcionan de una manera muy parecida a las pulsiones primarias. Así, una persona puede aprender a necesitar cosas tales como elogios, dinero o poder, y aprenderá a repetir los comportamientos que conducen a ellos y abandonará aquellos que no lo hacen. De una forma muy semejante, una persona puede aprender a sentirse ansiosa en determinadas situaciones, y esta ansiedad puede actuar como una pulsión al motivar el escape adaptativo y desadaptativo o conductas de evitación. La reducción de la ansiedad refuerza aquellas conductas y se puede lograr establecer así una respuesta útil o un "síntoma neurótico".

Dollard y Miller emplearon conceptos freudianos como fenómenos determinados ambientalmente y que era factible investigar y no como estructuras intrapsíquicas. Por ejemplo, consideraron que la indecisión o ambivalencia de una persona era el resultado de tendencias de aproximación o evitación incompatibles, en lugar del producto de un conflicto entre el id, el ego y el superego. Desde su punto de vista, el conflicto existe cuando una persona debe elegir entre dos o más respuestas opcionales. Entre estos conflictos, el más difícil y potencialmente opción de actuar tiene características positivas y características negativas muy claras.

De una manera muy parecida a como lo había hecho Freud, Dollard y Miller subrayaron la importancia de tales conflictos y la ansiedad y los desórdenes conductuales subsiguientes que despiertan, pero utilizaron la terminología de la teoría del aprendizaje.

Su análisis de un conflicto "neurótico" típico se formularía de esta manera: La tendencia de aproximación de una persona hacia un miembro del sexo opuesto puede encontrarse desviada debido a una tendencia simultánea de evitación (por ejemplo, basada tanto en la ansiedad producida por experiencias sociales negativas como en los consejos de los padres en contra de la expresión de los deseos sexuales).

Cuanto más se acerca la persona hacia un contacto con la situación deseada pero temida, su tendencia a la evitación se vuelve más poderosa hasta que ocurre el retiro, posiblemente dirigido hacia otro comportamiento alternativo de tipo asocial (y por lo tanto más cómodo). Este alejamiento reduce la ansiedad, pero también tiene sus aspectos negativos y, además, permite que la tendencia de aproximación social aparezca nuevamente y comience todo el ciclo otra vez. Dollard y Miller consideraron que la consecuencia de un conflicto como éste era la vacilación prolongada entre la aproximación y la evitación, la cual estaba acompañada de una gran angustia psicológica que podría requerir, en última instancia, de la intervención terapéutica destinada al fortalecimiento de las tendencias de aproximación, reducción de las tendencias de evitación, o ambas.

3.8 B.F. SKINNER Y EL ANÁLISIS FUNCIONAL DE LA CONDUCTA

Nótese que, mientras el sistema de Dollard y Miller eliminaba algunas de las nociones intrapsíquicas de Freud, retenía otros constructos inferidos tales como "pulsión", "motivo" y "ansiedad" y, por lo tanto, hasta cierto punto dependía de procesos y mecanismos hipotéticos internos para explicar varios aspectos de la conducta humana. Un enfoque del aprendizaje social bastante diferente que también concibe a la conducta como aprendida es el que presenta B.F. Skinner quien argumenta que los constructos inobservables tales como "necesidad" y "pulsión" no son necesarios para la comprensión de la conducta.

En su lugar, Skinner afirma que la observación cuidadosa y la experimentación de las relaciones funcionales, y aprendidas entre los estímulos ambientales y la conducta observable en últimas instancias proporcionará una imagen completa del desarrollo, mantenimiento y alteración del comportamiento humano. En lugar de introducir factores invisibles (como el id o pulsión) en las actividades de evaluación, tratamiento e investigación, Skinner aboga por la observación y descripción de las formas como la conducta se relaciona con sus antecedentes y consecuencias. Debido a que se enfoca principalmente sobre las relaciones funcionales, esta aproximación se denomina análisis funcional.

Como ejemplo de la forma como la aproximación analítica funcional de la Psicología clínica elimina los constructos inferidos, considérese la idea de "necesidad". En vez de suponer que la conducta humana refleja varias necesidades (por ejemplo, "la conducta agresiva indica una fuerte necesidad de dominio"), la versión skinneriana del modelo del aprendizaje social se fijaría en la relación entre, digamos, la conducta agresiva y sus consecuencias. Después de hacerlo de una manera sistemática, se podría discutir a favor de que la conducta agresiva de un cliente, se ha recompensado en el pasado y probablemente en el presente también, por lo menos periódicamente, y que no se requiere de otra explicación en términos de una necesidad interna. El cliente simplemente ha aprendido a comportarse de una manera agresiva.

Se emplea una lógica semejante para explicar los desórdenes conductuales más severos. Un residente de un hospital mental que pasa el día con la mirada fija en el espacio sin hablar, no controla la orina ni la defecación, y debe ser alimentado en la boca no sería considerado como "psicótico", "regresivo" o "enfermo mental".

En cambio, estas conductas (no "síntomas") se considerarían como respuestas aprendidas de una manera gradual, iniciadas por una estimulación fuerte ("stress") y mantenidas por la tolerancia y reforzamiento del comportamiento "loco" propiciados por la sociedad y especialmente por el hospital (véase, por ejemplo, Ayllon y Azrin, 1968; Ullman y Krasner, 1975). Los detalles de la aproximación skinneriana a la conducta humana en general y sus aplicaciones al análisis de la conducta problemática en particular se pueden encontrar en Skinner (1953,1971) y Baer, Wolf y Risley (1968).

3.9 WOLPE Y EYSENCK: EL CONDICIONAMIENTO CLÁSICO

Mientras que el enfoque de Skinner subraya la importancia del aprendizaje operante y su aplicación a la psicología clínica, se puede encontrar otra formulación diferente del modelo de aprendizaje social en las obras de Joseph Wolpe (1958,1973) y Hans Eysenck (Eysenck y Rachman, 1960). Estos autores estudian la aplicación de los principios del condicionamiento clásico (Pavlov, 1927; Hull, 1943) a la comprensión y eliminación del sufrimiento humano, en especial de la ansiedad. Esta es una variante importante debido a que amplía el conjunto de conceptos disponibles para el trabajo dentro del modelo del aprendizaje social y se dirige a un número grande de problemas clínicos basados en la ansiedad cuyas dimensiones generalmente incluyen el dolor experimentado de manera subjetiva por el cliente y que a menudo no se trata de una forma específica con el enfoque analítico funcional.

Este enfoque no niega la importancia del reforzamiento operante y del castigo en el "moldeamiento" de la conducta "normal" y problemática, pero sí acentúa el aprendizaje que ocurre a través de la asociación de los estímulos condicionados e incondicionados. Se argumentaría, por ejemplo, que un motivo parcial por el cual un hombre evita temerosamente los eventos sociales es que ha tenido experiencias negativas en el pasado (es decir, un condicionamiento operante: al entrar al salón, todo mundo se ríe de su vestimenta), pero otra razón también es que la incomodidad ocasionada por esas experiencias se ha asociado con las reuniones (es decir, un condicionamiento clásico: apenas recibe una invitación a una fiesta experimenta un dolor de estómago). Por lo tanto, tanto el condicionamiento operante como el clásico pueden estar implicados en la aparición de patrones conductuales específicos (Mowrer, 1939), pero Wolpe y Eysenck ofrecen un complemento a la posición principalmente operante de Skinner al centrar la atención en el condicionamiento clásico.

3.10 ALBERT BANDURA Y EL APRENDIZAJE OBSERVACIONAL

Skinner, Wolpe, Eysenck y otros teóricos afines del modelo del aprendizaje social se centran casi completamente en el comportamiento manifiesto y lo toman como el objeto de la evaluación y tratamiento clínicos, aunque hay algunas ligeras variaciones de grado entre cada uno; han atraído muchos seguidores entusiastas y promovido el nacimiento de muchas revistas profesionales especializadas así como el desarrollo del modelo del aprendizaje social. Sin embargo, no han sido aceptados de manera universal. Algunos miembros del "campo" del aprendizaje social consideran que se ha prestado muy poca atención a la función que desempeñan los procesos cognoscitivos o simbólicos (es decir, de pensamiento) en el desarrollo, mantenimiento y modificación de la conducta. Uno de los representantes más distinguidos de este punto de vista es Albert Bandura, un psicólogo de la Universidad de Stanford que ha generado una gran cantidad de investigación y literatura (por ejemplo, Bandura, 1969, 1977a; Bandura y Walters, 1963) acerca de la forma en que, la actividad cognitiva contribuye al aprendizaje.

Bandura probablemente es más famoso por la labor que ha realizado sobre el aprendizaje observacional, a través del cual ha demostrado que los seres humanos adquieren conductas nuevas sin un reforzador obvio y hasta cuando carecen de la oportunidad para practicar el comportamiento. El único requisito para el aprendizaje puede ser que la persona observe a otro individuo, o modelo, llevar a cabo una determinada conducta. Más tarde, especialmente si el modelo recibió una recompensa visible por su ejecución, el que lo observó puede manifestar también la respuesta nueva cuando se le proporcione la oportunidad para hacerlo. En un experimento que ejemplifica lo anterior, Bandura, Ross (1963) prepararon situaciones en las que varios niños de edad preescolar observaban a unos modelos que atacaban vigorosamente a un muñeco "Bobo" o a otros que se sentaban tranquilamente en un sitio cercano al muñeco. En las pruebas posteriores, los niños que habían observado la agresión manifestaron una tendencia a igualar la conducta de los modelos de una forma bastante precisa, mientras que aquéllos que habían presenciado un modelo pasivo tendieron a manifestarse tranquilos.

Por lo tanto, un aspecto notable de la teoría de Bandura es la atención que le presta a los procesos cognitivos vicarios. De acuerdo con su punto de vista, el comportamiento no se desarrolla exclusivamente a través de lo que aprende el individuo directamente por medio del condicionamiento operante y clásico, sino que también a través de lo que aprende indirectamente (vicariamente) mediante la observación y la representación simbólica de otras personas y situaciones. De acuerdo con Bandura, los efectos de los procesos vicarios pueden ser tan amplios y significativos como los efectos del aprendizaje directo. Los procesos simbólicos pueden originar la adquisición de respuestas nuevas (como en el experimento con el muñeco "Bobo"), la inhibición y desinhibición de respuestas que ya se hayan aprendido (como cuando un peatón desobedece una señal de "no camine" después de haber observado a otro hacerlo), y la facilitación o "instigación de" la conducta (como cuando todas las personas en la sala de espera de una línea aérea se forman en hilera enfrente de un mostrador que no tiene quien lo atienda, al observar a una persona ahí parada).

En el caso del hombre socialmente temeroso que se estudió en la última sección, Bandura indicaría que por lo menos existen dos fuentes de incomodidad. Una fuente es externa e incluye los aspectos de las situaciones sociales en sí que señalan la ansiedad (por ejemplo, otras personas, invitaciones, risas), mientras que la otra es interna, o cognitiva. Esta segunda fuente consta de los pensamientos que haya generado el individuo temeroso acerca del acto de socializar (por ejemplo, "Haré el ridículo completo" o "Pasaré un rato terrible"), los cuales pueden contribuir a que continúe evitando la situación.

La función que desempeñan las variables cognitivas, quizá, tiene un lugar más importante en la teoría de aprendizaje social de Julián Rotter (1954), en la cual se subraya ampliamente la importancia de las expectativas en la actividad humana. En el sistema de Rotter, la probabilidad de que ocurra una determinada conducta depende de: (1) lo que la persona espera que ocurra después de haber emitido la respuesta, y (2) el valor que la persona le otorgue a ese resultado. De esta manera, una persona comprará un boleto de entrada al cine debido a que espera que logrará introducirse al teatro (resultado) donde se exhibe una película deseada (valor). Desde luego, Rotter supone que las expectativas y

los valores que influyen, organizan y alteran la conducta se adquieren a través del aprendizaje.

Para que una persona "posea" una expectativa acerca de un resultado o emita un juicio acerca de su valor, debió haber tenido alguna experiencia directa o vicaria en algunas situaciones pasadas equivalentes o similares.

Para los teóricos como Bandura y Rotter, un aspecto importante de un modelo comprensivo del aprendizaje social aplicado a la psicología clínica es la atención que se preste a los componentes cognoscitivos de la conducta; dicha atención representa un "ala" del modelo completo ideal, que debería subrayar tanto la naturaleza encubierta como manifiesta de la conducta en el contexto de la evaluación, tratamiento e investigación clínica (Kanfer, 1965; Meichenbaum, 1974; Mahoney, 1974; Mischel, 1973; Peterson, 1968a). Este punto extremo de la gama de las teorías del aprendizaje social, en el cual hay un gran interés en aquello que "se dicen a sí mismas" las personas, tiene una importancia considerable debido a que ayuda a ejemplificar el alcance y la variedad del modelo de aprendizaje social (véase el capítulo 10). Asimismo, este aspecto separa las concepciones modernas cuya orientación se basa en el aprendizaje (en las cuales todos los aspectos del comportamiento constituyen objetivos potenciales para el estudio sistemático y científico) del "conductismo radical" anterior de J.B. Watson (1913,1924) que había "prohibido" el estudio de la actividad cognitiva a los psicólogos científicos. Por último, la presencia de las variables cognitivas en el modelo del aprendizaje social proporciona un punto de contacto y hasta de interacción con algunas de las perspectivas neofreudianas (recuérdese cómo Adler subrayaba la importancia de las concepciones erróneas) y también con algunas de las versiones del modelo fenomenológico.

3.11 EL MODELO FENOMENOLÓGICO

Hasta ahora se han analizado los modelos de la Psicología clínica en los que se considera que la conducta humana está principalmente bajo la influencia de (1) los instintos y los conflictos intrapsíquicos o (2) el ambiente físico y social. Una tercera aproximación, generalmente conocida como el modelo fenomenológico o cognitivo, rechaza un gran número de las suposiciones básicas de los otros dos enfoques y afirma que en lugar de esto la conducta de cada ser humano en cualquier momento está determinada principalmente por la percepción del mundo que tenga el individuo. En otras palabras, las teorías fenomenológicas suponen que cada persona es única, que la perspectiva de la realidad de cada persona es un poco diferente de la de los demás y que la conducta de cada persona refleja esa perspectiva (cambiante) conforme se da de un momento a otro. Como ejemplo, considérese a dos estudiantes que hayan asistido a una misma conferencia de clase en el primer día de un nuevo periodo académico. Uno puede sentirse muy entusiasmado, mientras el otro protesta y se da de baja de la materia.

Los fenomenólogos probablemente considerarían que la causa de estas reacciones divergentes no son las diferencias en la fuerza del ego de cada alumno que escuchó la clase ni sus historias de aprendizaje, sino sus percepciones individuales del orador durante la conferencia. La mayoría de las versiones del modelo fenomenológico comparten los siguientes puntos:

1.- A los seres humanos no se les considera ni como "portadores" de estructuras psíquicas o impulsos, ni "receptores" de reforzamiento, sino como personas activas, pensantes que son responsables de manera individual por las cosas que hacen y completamente capaces de elaborar planes y elegir opciones sobre su comportamiento. Para ser justos se debe hacer notar que ni el modelo psicodinámico ni el de aprendizaje social dejan de reconocer estas cualidades humanas. Los psicoanalistas que subrayan la función autónoma del ego y los psicólogos con una orientación basada en el aprendizaje social que se enfocan sobre la habilidad de los individuos para obtener el autocontrol (por ejemplo, Bandura, 1969; Kanfer y Karoly, 1972) proporcionan ejemplos de este aspecto. Sin embargo, ambos modelos tienden a analizar en su propia forma los procesos subyacentes de varias características exclusivamente humanas tales como la creatividad, la

autodisciplina, la toma de decisiones, en lugar de enfocarse sobre las características mismas.

2.- A pesar de que el modelo fenomenológico reconoce la existencia de las necesidades biológicas, les resta importancia como determinantes de la conducta y su desarrollo. En lugar de esto, supone que cada persona nace con una potencia para el desarrollo y que ésta proporciona el motor de la conducta. Esta tendencia innata de las personas para desarrollarse en individuos plenamente maduros se equipara a la potencia de una semilla para convertirse en una flor. En contraste con la perspectiva oscura y basada en fuerzas instintivas de Freud y con la suposición del aprendizaje social acerca de que pocas características conductuales son innatas, el modelo fenomenológico considera que las personas son esencialmente buenas y que luchan de manera natural por lograr la creatividad, el amor, la felicidad, la armonía y otras metas positivas.

3.- Otra implicación importante de la perspectiva fenomenológica es que nadie puede comprender verdaderamente a otra persona a menos que hubiese percibido el mundo a través de sus ojos. De acuerdo con esta noción, el modelo fenomenológico (como el modelo del aprendizaje social) rechaza el concepto de enfermedad mental y el uso de otras etiquetas peyorativas para la conducta problemática, y supone que toda la actividad humana es normal, racional y comprensible cuando se le considera desde el punto de vista de la persona que se está observando. Por consiguiente, una mujer que actúa de una manera hostil y violenta con los demás no sería considerada como una persona que está actuando⁴ los impulsos del id o que está manifestando determinados resultados del reforzamiento; simplemente es una mujer que se comporta de acuerdo con su percepción acerca de la gente que la rodea en ese momento.

4.- En el trabajo clínico, a las personas no se les puede tratar como objetos que representan procesos psicológicos; son seres humanos y nuestros semejantes. De acuerdo con el modelo fenomenológico se logra una información muy pobre por medio de la acumulación de datos de evaluación orientados históricamente o de buscar la manera de ayudar a la persona a que resuelva un problema situacional en particular debido a que (1) el pasado es menos importante que el presente, y (2) ayudar a una

persona a resolver un problema puede simplemente crear otro problema al fomentar la dependencia y sofocar el crecimiento personal.

Las perspectivas fenomenológicas han evolucionado a partir de varias fuentes. De manera parcial, representan una ramificación de la reacción en contra de Freud que comenzó cuando Adler y Rank rechazaron los instintos y la motivación inconsciente como las bases principales del comportamiento. Estos "revisiónistas" y otros acentuaron la importancia de las percepciones individuales y el potencial positivo de crecimiento. La atención dirigida hacia la percepción de la realidad del individuo también fue instigada por las filosofías existenciales de Heidegger, Kierkegaard, Sartre y Camus quienes, hablando de manera sobresimplificadora, afirman que el significado y el valor de la vida y todo lo que abarca, no son intrínsecos, sino que son proporcionados por el que los percibe. Así pues, por ejemplo, una persona no es "realmente" atractiva o fea; estas cualidades se "asignan" cuando una persona diferente reacciona a la persona en cuestión, y reflejan una realidad distinta en la mirada de cada observador.

El enfoque sobre la perspectiva de la realidad del individuo también se pulió a través de las obras de un grupo de psicólogos alemanes a principios del siglo veinte que fueron conocidos como la "escuela gestalt" (Koffka, 1935; Kohler, 1925; Wetheimer, 1923). En oposición al estructuralismo de Wundt, estos autores afirmaron que la mente es algo más que la suma de sus partes y que, con respecto a la percepción, el individuo es un participante activo, y no tan solo una estación pasiva de recepción. Para apoyar su punto de vista, los gestaltistas señalaron que hay muchos casos en que la percepción subjetiva de una persona trasciende los estímulos que "objetivamente" están presentes, y muchas situaciones en que un "mismo" objeto se puede interpretar de diferentes formas, y donde las relaciones de figura-fondo reversibles son posibles.

3.12 LA TEORÍA DEL CONSTRUCTO PERSONAL DE KELLY

George Kelly desarrolló una teoría de la conducta que, a pesar de que no es tan famosa como otras que existen del modelo fenomenológico, constituye un buen punto de partida debido a que ejemplifica las maneras como el modelo se relaciona con las formulaciones basadas en el aprendizaje social. La teoría de Kelly (1955) es extremadamente compleja, pero se basa en la suposición singular y fundamental de que la conducta humana está determinada por lo que él denomina los constructos personales, o formas de anticipar al mundo.

En otras palabras, Kelly creía que los individuos actúan de acuerdo con su conjunto único de expectativas acerca de las consecuencias del comportamiento (nótese aquí la semejanza con Rotter) y, por lo tanto, que los constructos o anticipaciones de las personas acerca de la vida conforman su realidad y guían su conducta. Por ejemplo, una persona puede considerar que los cuchillos filosos son peligrosos y que pueden infligir un daño grave. Este constructo o anticipación conduciría a una conducta precavida en relación a los cuchillos filosos, y, debido a que este tipo de comportamiento refleja una anticipación adecuada de las consecuencias si no se tiene cuidado, de hecho evita accidentes; así el constructo "los cuchillos filosos son peligrosos" se valida.

La validación de los constructos personales, de acuerdo con Kelly, constituye la meta principal de cada ser humano. Él creía que la conducta humana no refleja los deseos instintivos, los efectos del reforzamiento externo, o la posición de las tendencias de respuestas aprendidas sino que, en lugar de esto, refleja los intentos de los individuos por encontrarle significado (anticipar correctamente) el mundo de acuerdo con la manera como ellos lo perciben. Kelly consideraba que, de manera semejante a como el científico se deleita en el descubrimiento de la causa o proceso de un fenómeno, y en la forma como ese fenómeno puede ser controlado, cada persona busca acertar en su concepción acerca del fenómeno llamado vida. Una manera más simple de expresar lo mismo es la afirmación de que se obtiene más tranquilidad por medio de la comprensión que de la confusión.

En el sistema de Kelly, la conducta problemática se desarrolla cuando una persona crea constructos imprecisos, muy simplificados o erróneos en algún otro sentido. Si una persona sólo posee algunos constructos generales para la anticipación y comprensión de una gran cantidad de hechos que ocurren cotidianamente, casi se puede tener la seguridad de que el comportamiento basado en esos constructos será inapropiado, ineficiente o inadecuado, por lo menos en algunas ocasiones. Por ejemplo, un hombre que interpreta todas las cosas como "buenas" o "malas" tendrá problemas, debido a que no todos los objetos, hechos y personas pueden ser ubicados en esas dimensiones sin que ello implique una distorsión o generalización exagerada. Él podría rechazar plenamente o aceptar sin reserva alguna la amistad de determinadas personas de acuerdo con alguna percepción general acerca de su valor y por lo tanto perder de vista las cualidades positivas de sus "enemigos" y los aspectos negativos de sus "aliados". Podría centrarse hasta tal grado en su propia perspectiva acerca de los otros que nunca preste atención a la que ellos tendrían acerca de él. Finalmente, podría tener una tendencia a estereotipar a los demás de tal forma que consideraría a los estudiantes universitarios, activistas políticos, y a cualquier persona con acento extranjero como "malos" y a los niños, las abuelas y a los sacerdotes como "buenos". Una persona como ésta probablemente sería considerada por las demás personas como un individuo egoísta que fácilmente se deja influir por sus primeras impresiones, con grandes prejuicios, y un mal juez del carácter de las personas. Sus relaciones interpersonales probablemente serían algo tormentosas.

La compatibilidad de la visión de Kelly con la de los partidarios de una orientación cognitiva del modelo del aprendizaje social, debería ser obvia para el lector. Se basa parcialmente en el interés común que tienen sobre la función de la actividad cognitiva para determinar la conducta manifiesta y también en el hecho de que Kelly consideraba que las personas podían aprender a cambiar sus constructos personales y, a su vez, los patrones de respuesta que emanaban de ellos.

Esta última noción mezclaba los conceptos cognitivos y fenomenología» con los principios del aprendizaje social y produjo el desarrollo de aproximaciones nuevas, de "modelos combinados" en el tratamiento clínico; primero fueron desarrolladas por Kelly y posteriormente otros autores lo realizaron (por ejemplo, Ellis, 1962).

3.13 LA TEORÍA DE AUTORREALIZACIÓN DE ROGERS

En oposición a la perspectiva de Kelly que no ha obtenido mucha aceptación y que posee algunos aspectos parecidos al modelo del aprendizaje social, la obra prolífica de Carl Rogers (1942, 1951, 1961, 1970) ha diferenciado más claramente el modelo fenomenológico de los otros y en el transcurso de conformar esta distinción, casi se ha convertido en un sinónimo del modelo. Entre las suposiciones fenomenológicas básicas de Rogers, se encuentran las siguientes (1951, pp. 483- 86): (1) "Cada individuo existe en un mundo de experiencias cambiantes del cual él es el centro", (2) "El organismo reacciona al campo tal como él lo experimenta y percibe. El campo perceptual, para el individuo, es la 'realidad'", y (3) "El organismo reacciona a su campo fenomenológico como una totalidad organizada".

Como otros fenomenólogos, Rogers también supone que las personas poseen una motivación o tendencia innata hacia el crecimiento, a la que denomina autorrealización. Se considera que esta motivación es suficiente como para explicar la aparición de toda conducta humana, desde la búsqueda de alimentación básica hasta los actos más sublimes de creatividad artística. La autorrealización se define como "la tendencia directiva que es evidente en toda la vida orgánica y humana la propensión a desarrollarse, a extenderse, a expandirse, a madurar, la disposición a expresar y activar todas las capacidades del organismo" (Rogers, 1961, p. 351). Rogers por consiguiente considera que toda la conducta humana, tanto la problemática como la no problemática, refleja los esfuerzos del individuo para lograr la autorrealización en un mundo que él percibe de una manera única. Estos esfuerzos comienzan desde el nacimiento y continúan a través de toda la vida; algunas veces no encuentran obstáculos y logran el éxito, pero también pueden ser frustrados— y producir resultados problemáticos.

De acuerdo con la descripción que Rogers da del proceso, el crecimiento de una persona y sus interacciones con el ambiente que lo llevan a un desarrollo se ven acompañados por una diferenciación entre el "sí-mismo" y el resto del mundo. Como resultado, la persona reconoce que una parte de sus experiencias pertenecen al "yo" o "mí". Según Rogers,

todas las experiencias de una persona, inclusive las experiencias del "sí mismo", se someten a una evaluación y se valoran como positivas; esta valoración depende de qué tan consistentes o inconsistentes son las experiencias con la tendencia de autorrealización. Las evaluaciones se realizan parcialmente en base a los sentimientos directos u organísmicos (tales como cuando un niño evalúa el sabor de un dulce como positivo), y parcialmente en base a los juicios realizados por otras personas. . . Por ejemplo, un niño puede terminar con una evaluación negativa acerca de la experiencia del jugar con sus órganos genitales (aun cuando los sentimientos directos sean positivos) debido a que sus padres le digan que es un "niño malo" por observar esa conducta. Por lo tanto, el "sí mismo" o "autoconcepto" surge como un conjunto de experiencias evaluadas cuya valencia positiva o negativa a menudo se ve influida por los valores y las opiniones de las demás personas.

En algunas ocasiones, estas influencias socializantes poseen un gran valor en el proceso de integrar al individuo durante su desarrollo a la sociedad, especialmente cuando los juicios de los demás coinciden con los sentimientos organísmicos. Por ejemplo, si un niño practica las habilidades de lectura experimenta tanto sentimientos directos positivos al lograr destreza, como la estima (evaluación positiva) que obtiene de un padre al realizarlo, lo más probable es que el resultado sea una autoexperiencia evaluada de una manera positiva ("Me gusta leer"). En esta situación, la autoexperiencia armoniza o es congruente con la experiencia organísmica y el niño puede percibir su propia conducta ("Yo leo mucho") y la evaluación que haga de ella ("Gozo de la lectura") de manera adecuada, Sin embargo, de acuerdo con Rogers, las personas valoran tanto la estimación que obtienen de las otras personas que a menudo buscarán lograrla aun cuando requiera pensar y actuar en una forma que se a inconsistente o incongruente con la experiencia organísmica y el motivo de autorrealización. Esta tendencia se fomenta a través de lo que Rogers denomina las condiciones de valor. Estas constan de circunstancias en las cuales una persona sólo obtiene la estima positiva de los demás (y, en última instancia, la aprobación propia) si exhibe ciertas conductas, valores, actitudes y creencias aprobadas. Por lo general, los padres, la familia y otros agentes sociales son los que primero establecen estas condiciones, pero posteriormente el individuo las mantiene de manera interna (nótese aquí la semejanza con el concepto de superego de Freud).

La persona que se enfrenta a las condiciones de valor probablemente se sienta incómoda. Si se comporta con el fin de agradar a las demás personas, puede hacerlo a expensas de su crecimiento personal, como en el caso de una mujer que cumple con el papel tradicional de ama de casa a pesar de que tiene deseos genuinos de hacer otras cosas. Por otro lado, la manifestación de los sentimientos, valores y conductas auténticas que difieren de las condiciones de valor tienen el riesgo de llevar a la pérdida de la estima positiva de los demás y de sí mismo.

Rogers cree que, para reducir, prevenir o evitar la incomodidad que surge a partir de esta incongruencia, el individuo puede distorsionar la realidad o su experiencia de ella de una manera que las otras personas perciban como problemática. Por ejemplo, un hombre cuyos padres hayan establecido determinadas condiciones de valor en las que la manifestación de la conducta emotiva (como llorar) se desaprueba y la "masculinidad" fría se alaba pudo haberse visto obligado a negarse a sí mismo y a los demás que la expresión emotiva le hacen sentirse bien. Como adulto, su afirmación frecuente y firme que dice que "cualquier persona que llore es débil" realmente representa una distorsión de sus propios sentimientos. En este caso, las consecuencias de posteriores intentos por reducir la incongruencia entre los verdaderos sentimientos y el autoconcepto por medio de la distorsión y la percepción errónea serían abundantes, y, según Rogers, a mayor discrepancia, mayor será la gravedad de la conducta problemática que se produzca. Considérese un caso moderado: un joven con un interés muy grande en las mujeres reclama que está "demasiado ocupado" como para salir con ellas cuando, de hecho, sería muy incómodo y discrepante con el concepto que tiene de sí mismo admitir que por lo común sus invitaciones son rechazadas. Y hasta llegará a declarar que detesta a los miembros del sexo opuesto. (Nótese la relación con algunos de los mecanismos de defensa del ego de Freud.)

En un ejemplo más extremo, un hombre que tiene un autoconcepto que lo caracteriza como muy independiente, autosuficiente y orientado principalmente hacia una profesión, puede en realidad representar exactamente lo opuesto. De esta manera, él interpretará de una manera equivocada las calificaciones bajas en la escuela, el fracaso posterior en

recibir un aumento de sueldo deseado, y una ejecución por debajo de lo adecuado en su trabajo (todo basado en una falta de interés real en su ocupación). En lugar de reconocer que posiblemente no sea apto para el trabajo que desempeña o no tenga interés en él, afirma que los demás "la traen con él" o lo quieren perjudicar al hacerlo quedar mal. Las ideas de persecución pueden evolucionar a proporciones tan grandes que no confía en nadie y comienza a ver intrigas y conspiraciones en todas partes. En última instancia, su conducta puede llegar a ser tan perturbadora que requiera hospitalización.

Rogers cree que, por lo menos en teoría, todo esto puede evitarse. "Si un individuo experimentara sólo la estima positiva incondicional, entonces no se desarrollarían las condiciones de valor, la autoestima no estaría en contraposición la evaluación organísmica y el individuo continuaría adaptado psicológicamente, y estaría funcionando plenamente" (Rogers, 1959, p. 224). Aun cuando estas condiciones óptimas no se hayan alcanzado en el pasado, si se establecen en el presente pueden ayudar a la persona y, de manera consecuente con esta premisa, Rogers ha desarrollado una aproximación terapéutica que emplea la estima positiva incondicional y otros factores para ayudar a las personas a reducir la incongruencia sin verse obligados a distorsionar la realidad

3.14 MASLOW Y LA PSICOLOGÍA HUMANÍSTICA

La obra de Abraham Maslow (1954,1962,1971) proporciona otra versión del modelo fenomenológica). Como otros fenomenólogos, Maslow acentúa la importancia de la experiencia subjetiva y la percepción única de la realidad que cada persona mantiene, y, al fundar el movimiento conocido como psicología humanística, trató de subrayar, antes que cualquier otro aspecto, el elemento positivo, creativo y único acerca de los seres humanos. Como Rogers, Maslow considera que las personas tienen la capacidad (y necesidad) de lograr la autoactualización, pero él sugiere que las personas fracasan en obtener su potencial humano completo debido a la presencia de las necesidades no cubiertas, y no tanto por la incongruencia entre la autoexperiencia y la experiencia organísmica.

Para Maslow estas necesidades forman una jerarquía que incluye los requisitos fisiológicos básicos (como la comida y el agua) con los que cada persona nace, así como requisitos de un nivel superior como la seguridad, amor, pertenencia, autoestima y, finalmente, la autoactualización. En este esquema, la satisfacción de cada nivel de necesidades debe ser precedida por la satisfacción de todas las necesidades de los niveles inferiores. De esta manera, por ejemplo, una persona probablemente no se interese en saciar su necesidad de amor y pertenencia si debe preocuparse acerca de cómo obtener su siguiente comida. Por lo tanto, aunque cada persona contiene el potencial para la autoactualización, no se puede buscar o expresar ese potencial si las necesidades de los niveles inferiores permanecen insatisfechas.

Maslow señala que la mayoría de las personas están buscando satisfacer las necesidades que se encuentran por debajo del nivel de la autoactualización, y que por lo tanto se orientan hacia aquello que no poseen. Se refirió a estas personas como individuos "motivados por deficiencias".

La mayoría de las necesidades insatisfechas en nuestra cultura generalmente tienen que ver con la seguridad, el amor, la pertenencia y la autoestima y, de acuerdo con Maslow, a menudo producen conductas adultas basadas en una búsqueda de satisfacer estas necesidades en una forma "neurótica", perturbada, o, en otras palabras, problemática. En

algunos casos relativamente raros, sin embargo, las necesidades de orden inferior se encuentran satisfechas de manera adecuada conforme se desarrolla la persona, y por lo tanto la liberan para la búsqueda de la necesidad más alta, la autoactualización.

Estas personas gozan de una posición en la cual pueden centrarse en lo que pueden ser y no en lo que no tienen. A esto Maslow le llamó "motivación de crecimiento". Esta minoría afortunada puede experimentar comúnmente el potencial pleno de la calidad del ser humano y, debido a que no están encadenados por una preocupación acerca de las necesidades de niveles inferiores, se pueden dedicar a la expansión de su potencial en el contexto de la búsqueda de tales abstracciones como la verdad, la belleza y la bondad. Las elevaciones experimentales momentáneas, o experiencias cúspides, en las que se alcanza la autoactualización, son comunes para estas personas y representan lo mejor del ser humano. Como otros fenomenólogos, Maslow subraya la importancia de prestar ayuda a las personas que sufren para que se sobrepongan a los obstáculos que les impiden el crecimiento natural y que en última instancia los conducirá a su felicidad y plenitud.

3.15 FRITZ PERLS Y LA PSICOLOGÍA GESTALT

Freidrich S. (Fritz) Perls era un psiquiatra europeo que experimentó el deseo de trascender su entrenamiento psicoanalítico original. Su insatisfacción inicial con la teoría y terapia freudiana tradicional se hizo evidente en su libro de 1947, *Ego, Hunger an Aggression: A revisión of Freud's Theory and Method* (que en castellano sería, "El ego, el hombre y la agresión: una revisión de la teoría y método de Freud"). Como otros autores que elaboraron su teoría a partir de la de Freud, Perls consideraba que se exageraba la importancia de los otros instintos sexuales y se menospreciaba el factor que él denominó hombre: un instinto o tendencia hacia la autoconservación y autorrealización (crecimiento). Como Freud, Perls acentuó la función del ego para facilitar el crecimiento y la autoconservación de cada persona al mediar entre las necesidades individuales internas y las exigencias del ambiente. Sin embargo, él no consideraba que el ego era una estructura o cosa psíquica, sino un proceso cuya meta (inalcanzable) era la reducción de la tensión entre la persona y el ambiente.

Idealmente, a medida que continúa este acto en el que se pretende lograr un equilibrio de hecho inasequible, el individuo crece psicológicamente: la persona encuentra nuevas formas para satisfacer sus necesidades internas mientras se vuelve cada vez más conocedor de los requisitos del mundo externo y más hábil para enfrentarlos. Para que este proceso de crecimiento óptimo ocurra de una forma continua, la persona debe mantenerse consciente de sus necesidades y sentimientos internos y del ambiente. Sin embargo, ya que al atender y organizar sus percepciones internas y externas se considera que cada persona es un participante activo, y, debido a que la tendencia para evitar los conflictos y mantener la tensión lo más baja posible puede hacer que algunas percepciones sean más cómodas que otras, el conocimiento de cada persona se puede convertir en incompleto, distorsionado o distribuido de una manera inadapta. Cuando esto ocurre, se detiene el crecimiento y comienzan los problemas.

Por ejemplo, una persona que experimenta deseos sexuales fuertes y que crece en un ambiente familiar moralista y antisexual puede descubrir que algunas distorsiones del conocimiento son cómodas por el momento, pero a la larga resultan ser problemáticas. Como consecuencia pueden surgir la negación o represión de los deseos sexuales, o las

percepciones del mundo como un lugar lleno de presiones vehementes hacia la promiscuidad sexual. Ninguna de estas consecuencias refleja de manera adecuada las circunstancias externas ni las necesidades internas. (Nótese la semejanza en este punto con el concepto de incongruencia de Rogers.)

De acuerdo con Perls, cuando la evitación de un conflicto perturba el conocimiento, los síntomas clásicos de la neurosis y las defensas neuróticas aparecen. La ansiedad intensa acerca de, digamos, estar lejos de casa pueden manifestarse cuando una persona proyecta sus sentimientos hostiles (generalmente separados del conocimiento) hacia los demás, y por lo tanto de esta forma provoca que las otras personas le parezcan hostiles. Otra posibilidad es que la misma persona atienda selectivamente a los riesgos cotidianos que comúnmente nos rodean a todos, y "debido a que el mundo es tan peligroso" no quiera salir a la calle. Cuando las confusiones del conocimiento se tornan severas, puede darse una pérdida de contacto con la realidad y los síntomas psicóticos consiguientes.

Perls desarrolló una aproximación clínica denominada "terapia gestalt" cuyo objetivo es que la persona inicie nuevamente su crecimiento y reestablezca sus procesos de conocimiento. En el Capítulo II describiremos los métodos que con este fin se emplean. Aún existen otros enfoques fenomenológicos de la conducta (por ejemplo, May 1969) pero este breve esquema puede ser suficiente para comunicar la esencia del modelo. Las personas interesadas en una reseña más amplia y detallada de los modelos que se han analizado anteriormente y de otros más deben consultar las fuentes originales que ya se citaron, así como los análisis comparativos que proporcionan Hall y Lindzey (1970), Corsini (1973), Sahakian (1974), Marx y Hillix (1979), y Liebert y Spiegler (1978).

UNIDAD IV “LA INTERVENCIÓN CLÍNICA”

4.1 LOS PARTICIPANTES Y LA RELACIÓN PSICOTERAPÉUTICA

La traducción literal de psicoterapia sería "tratamiento de la psique". A pesar de que en verdad ésta no es una definición suficiente de la actividad, sí sugiere una variedad de connotaciones que ayudan para comprender los elementos fundamentales de la psicoterapia.

Los participantes

Cuando se habla del "tratamiento de las psiques" se implica que existen psiques o personalidades en un estado de sufrimiento o insatisfacción. El grado hasta el cual los pensamientos o sentimientos de una persona estén perturbados, puede variar enormemente. En algunos casos, la perturbación es tan grande que produce una incapacidad por cumplir con las exigencias mínimas de la vida cotidiana. Es posible que se deje el empleo, se intente un suicidio y se llegue a la hospitalización. En otros casos, la perturbación puede ser menos extrema, pero de todas maneras sumamente molesta. Un matrimonio infeliz, una falta de seguridad en uno mismo, un temor insistente, un sentimiento general de que uno y las cosas no valen la pena, una crisis de identidad, la depresión, los problemas sexuales y el insomnio son algunos de los problemas que a menudo motivan a las personas a entrar a psicoterapia.

El elemento esencial es que se ha perturbado tanto algún aspecto del funcionamiento de la persona que decide buscar la ayuda de algún profesional. Expresado en palabras sencillas, el individuo sufre. Sus propios recursos, la ayuda de amistades, las vacaciones ansiadas y la comprensión familiar ya no son suficientes antídotos para el sufrimiento que experimenta la persona. Cuando se llega al punto en el que se define que el problema requiere de la intervención de un profesional, se tiene al primer participante de la psicoterapia: el cliente.

El segundo participante de la psicoterapia es el terapeuta. El terapeuta es alguien que a través de un entrenamiento y experiencia especializados tiene una preparación para ayudar a que el cliente supere la molestia que ha motivado el deseo del tratamiento. El terapeuta debe poseer aquellas habilidades que le permitan comprender la perturbación

del cliente y luego interactuar con él de tal forma que aprenda a manejar sus problemas actuales de una manera más eficiente. Además de que haya recibido alguna forma de entrenamiento avanzado, se espera que el psicoterapeuta posea algunas características personales que contribuyan al efecto de la psicoterapia. La habilidad para escuchar a los clientes y comunicarles una sensación de comprensión y sensibilidad sin estarlos enjuiciando es una cualidad muy importante del terapeuta. La capacidad de combinar la calidez y el apoyo para los clientes que tienen problemas con una decisión de confrontarlos con su propia responsabilidad por lograr cambiar es otro atributo vital. El terapeuta también debe comunicar una sensación de confianza al cliente.

Otra manera de expresar lo anterior es decir que el terapeuta debe creer que la psicoterapia será efectiva. Muchos clínicos citan que es necesario que el terapeuta proyecte autenticidad, empatía y respeto positivo incondicional. Estas se llaman cualidades rogerianas debido a que Carl Rogers declaró que son las condiciones necesarias y suficientes para provocar el cambio terapéutico. Este acento en las características personales en algunas ocasiones ha provocado la sugerencia de que las "experiencias cotidianas" o la "habilidad natural" son elementos más importantes que el entrenamiento profesional de un buen psicoterapeuta.

Algunos terapeutas se confían en su carisma o "personalidad curandera" para alcanzar sus metas y descartan cualquier teoría de la terapia que sea consistente y esté bien desarrollada. Hasta entre las diferentes corrientes de la psicología, algunas aproximaciones psicoterapéuticas (por ejemplo, algunas formas de la terapia fenomenológica) tienden a acentuar el entrenamiento profesional extenso mucho menos que otras (por ejemplo, el psicoanálisis).

Así como existe una gran variedad de literatura acerca de la importancia de las cualidades de un "buen" terapeuta (por ejemplo, Gurman y Razin, 1977; Meltzoff y Kornreich, 1970) también se ha dado mucha importancia a las características de un "buen" cliente de psicoterapia. Se considera que el tipo de persona que más probablemente obtendrá beneficios de la psicoterapia es el individuo verbal, inteligente, que está motivado para el cambio, hasta quizá que tenga una ansiedad moderada acerca de su necesidad de cambiar,

que tenga una buena capacidad para comunicarse con el terapeuta, y con una "mente psicológica", una característica que solamente significa que la persona debe apreciar la importancia de los factores psicológicos para la determinación del comportamiento.

Como les gusta señalar a algunos clínicos, el cliente ideal de la psicoterapia es alguien que probablemente continuará logrando el éxito sin importar que reciba terapia o no. Esta crítica es injusta en gran medida debido a que ignora el hecho de que rara vez se practica la psicoterapia en condiciones que impliquen el cliente ideal o el terapeuta ideal. El interés por las características del terapeuta y del cliente ha avanzado hasta el grado en que ya no se centra en los atributos aislados del terapeuta o del cliente. Actualmente existe una consideración por su cualidad interaccional. A partir de esta perspectiva ha surgido el concepto de unión (matching) entre el terapeuta y el cliente, que Berzins define como "la idea acerca de que ciertas combinaciones de terapeutas y pacientes son más deseables que otras. El desglose empírico de este problema requiere una comprensión de las condiciones bajo las cuales, sin importar las características de los terapeutas y pacientes consideradas por separado, la interacción de estas características se demuestra como un factor decisivo para los procesos o resultados de la psicoterapia" (p. 222).

Hoy día, la mayoría de los clínicos no están conscientes de la calidad raquíca de la investigación existente sobre las diferentes estrategias de unión entre los terapeutas y clientes; y en lugar de apoyarse en estos experimentos se confían en determinados estereotipos tales como "los opuestos se atraen" o "la gente parecida cura a la gente parecida". Además, en muchos ambientes clínicos, la manera como se asignan los clientes a los terapeutas es un asunto que no se sistematiza y que depende de un vistazo rápido al calendario y de la intuición de una recepcionista (Berzins, 1977). Sin embargo, con base en un enfoque completamente pragmático, no se debería descuidar el asunto de maximizar los efectos terapéuticos por medio de la búsqueda de las combinaciones óptimas entre el terapeuta y el cliente. "Hasta una probabilidad razonable acerca de que algunas combinaciones entre un terapeuta y cliente son ineficientes. . . sugiere que la investigación en la psicoterapia debe trascender la evaluación aislada de las características del terapeuta y pacientes y dirigirse a la investigación seria acerca de la interacción de estas características" (Berzins, 1977; p. 223).

4.2 MODALIDADES DE LA PSICOTERAPIA

Hasta ahora, se ha estudiado la psicoterapia casi completamente desde su modalidad más popular: el tratamiento individual, o entre una y otra persona. Esta combinación tradicional todavía forma la espina dorsal de la mayoría de los tratamientos clínicos.

Es importante reconocer que la intervención clínica se puede llevar a cabo con grupos de clientes. Estos grupos pueden constar de individuos que no tengan relación entre sí o pueden componerse con los integrantes de una familia. En el primer caso, por lo general, el tratamiento se llama terapia de grupo; en el último se denomina terapia conyugal o familiar.

Terapia de grupo

La terapia de grupo es algo más que las terapias simultáneas de varios individuos. A pesar de que se inspiró inicialmente en la necesidad económica de solventar la escasez de personal profesional alrededor de la Segunda Guerra Mundial, la terapia de grupo ha avanzado hasta el punto en que ahora se le considera una forma única y valiosa de intervención en sí. Actualmente en raras excepciones se recomienda la terapia de grupo únicamente porque es más económica, sino porque se juzga, con bases clínicas, como la intervención ideal para muchos tipos de clientes.

La terapia de grupo se practica en una variedad extensa de estilos y técnicas. De hecho, cada modelo principal de la Psicología clínica tiene tratamientos de grupo basados en sus principios. Existen grupos analíticos, grupos centrados en el cliente, grupos de análisis transaccional, grupos de encuentro, grupos gestalt y grupos del aprendizaje social. Los grupos también son una forma popular de intervención dentro de muchas organizaciones no profesionales de autoayuda.

Algunos ejemplos comunes son los grupos para cuidar el peso, grupos de autoafirmación, grupos de concientización, y Alcohólicos Anónimos. Ciertos grupos presuponen una identidad especial debido a algún rasgo idiosincrático; los grupos de tipo maratón que perduran por periodos prolongados sin interrupción son un buen ejemplo.

Esta amplia variedad de teorías y prácticas dificulta el análisis de cualquier proceso uniforme de la terapia de grupo. No obstante, Yalom (1975) argumenta que detrás de todas las diferencias estilísticas existen algunas semejanzas esenciales en los grupos efectivos de terapia. La mayoría de los terapeutas acentúan la importancia de las relaciones interpersonales y suponen que la patología o infelicidad o desadaptación se puede reducir a simples dificultades en el desarrollo y mantenimiento de las relaciones interpersonales. Los terapeutas de grupo también suponen que los clientes tarde o temprano, durante el transcurso de las sesiones del grupo» serán "ellos mismos" y manifestarán sus conductas interpersonales desadaptativas. Una vez que hayan exhibido estas conductas, los demás integrantes del grupo pueden proporcionar alguna retroalimentación correctiva relacionada, y de esta manera instigar el aprendizaje de estilos interpersonales nuevos y más efectivos. Por último, las oportunidades para corregir los problemas conductuales se acompañan también de la oportunidad de los miembros del grupo para manifestar sus áreas, de fuerza, sensibilidad y empatía.

Como resultado, la terapia de grupo no solamente es un reto para los hábitos y creencias dañino, sino que también fortalece y apoya la conducta positiva. Como varios de los sistemas de la Psicoterapia individual, parece que muchas de las aproximaciones a la terapia de grupo comparten ciertos "factores curativos" en común. Aunque algunos de estos factores son muy semejantes a aquéllos que se encuentran en la terapia entre un terapeuta y cliente, se considera que la mayoría de éstos son exclusivos de los grupos y que por lo tanto ofrecen una explicación para la utilidad especial que a menudo se le atribuye a esa forma de tratamiento. Se encuentra una discusión completa de los factores curativos de la terapia de grupo en el texto profesional de Yalom (1975), *The Theory and Practice of Group Psychotherapy* (La Teoría y la Práctica de la Psicoterapia de Grupo).

Terapia conyugal En la terapia conyugal el "cliente" es el matrimonio, o expresado de una manera más precisa, la pareja casada. (Debido a la naturaleza cambiante de las uniones en nuestra cultura, cada vez más se considera la terapia conyugal como la "terapia de parejas" con el fin de reflejar el hecho de que se dirige hacia las personas que están implicadas en una relación a largo plazo e íntima, y no solamente a aquellos que están casados legalmente.). Este tipo de tratamiento también se denomina "terapia conjunta", lo

cual simplemente significa que los dos integrantes de una pareja ven al mismo terapeuta dentro de la misma sesión.

La terapia conyugal se puede ver precedida, seguida, o acompañada, por una psicoterapia individual para uno o los dos esposos. Se recomienda la terapia individual además de la conyugal cuando uno de los integrantes de la pareja sufre de algún problema que en realidad no se vincula de una manera importante con la relación.

Terapia familiar

A pesar de que en muchos aspectos son muy similares, la terapia conyugal y la terapia familiar evolucionaron debido a diferentes razones. La terapia conyugal fue una rama natural que creció a partir del hecho de que muchos clientes se quejaban de los problemas matrimoniales. Las raíces de la terapia familiar son más indirectas y brotan del hecho de que las personas que lograban grandes mejorías durante la terapia individual o el tratamiento institucional a menudo tenían una recaída cuando regresaban a sus familias. Esta observación, acompañada de otros descubrimientos e investigaciones clínicas, conllevaron a varias teorías de psicopatología que acentuaron la importancia del ambiente familiar y las interacciones entre los padres e hijos como las causas de la conducta desadaptativa (Bateson, Jackson, Haley y Weakland, 1956; Lidz y Lidz, 1949; Sullivan, 1953).

La terapia familiar también se distingue de la terapia conyugal en que por lo general comienza por centrarse sobre los problemas de uno de los integrantes de la familia en lugar de tratar todo el sistema familiar. Los terapeutas a menudo se refieren al "cliente identificado" como la persona de la familia que ha sido señalada como que tiene el problema. Por lo común, el cliente identificado es un hijo del sexo masculino (a menudo de edad adolescente) que los padres han llegado a etiquetar como un "problema de comportamiento" o "imposible de manejarse". Mientras que la terapia familiar puede comenzar con un enfoque sobre el integrante sintomático, el terapeuta lo más pronto que pueda intentará otorgarle otro marco al problema en términos de procesos familiares perturbados.

4.3 EVALUACIÓN DE LA INTERVENCIÓN PSICOTERAPÉUTICA

La evaluación del tratamiento psicológico es un interés principal de por lo menos tres tipos de audiencias diferentes, y cada audiencia tiene sus propios valores que influyen sobre su definición de salud mental así como los criterios que se emplean para estimar la salud mental (Strupp y Hadley, 1977: véase la Tabla 8-1). En primer lugar, está el cliente, el consumidor del servicio profesional, quien se comprende que tienen más que un interés pasajero en el éxito de una actividad en la que él ha invertido mucho esfuerzo personal, tiempo y dinero. Por lo general, el cliente hace dos preguntas muy sencillas acerca de la terapia: "¿Me ayudó?"- y "¿Valió la pena el gastó?"

La segunda fuente de evaluación es el terapeuta, una persona que también hace una inversión considerable al ofrecer psicoterapia a los clientes y que necesita saber si sus esfuerzos valen la pena o si necesitan modificarlos de alguna manera. La audiencia evaluadora final de la psicoterapia es la sociedad, que en este caso se refiere a cualquier otra tercera persona que tenga interés. Una tercera persona puede ser el cónyuge, padre, amigo, amante, maestro, juez- cualquier persona que se interese en los cambios que puede producir la psicoterapia en un cliente o en más clientes. Las terceras personas también adquieren una calidad acumulativa; es decir, si sumamos todas las terceras personas que tienen un interés en la psicoterapia, podemos hablar de la sociedad en el sentido tradicional de un grupo social organizado y cooperativo que se interesa en que la práctica de la psicoterapia produzca efectos deseables para la comunidad en general.

La evaluación de la psicoterapia es una actividad que domina la investigación dentro de la psicología clínica. Esta actividad se presenta en dos formas. La evaluación empírica de los efectos últimos del tratamiento se conoce como investigación de resultados y se estudiará con algún detalle en las siguientes, páginas. La otra forma principal para evaluar la psicoterapia se conoce como investigación del proceso. Es común que los estudios del proceso se enfoquen sobre la interacción continua del terapeuta y el cliente a medida que se desarrollan las sesiones de la terapia. Se estudian los cambios que ocurren dentro de las sesiones de la terapia. Muchos psicólogos discuten que no existe ninguna distinción útil ni necesaria entre la investigación de resultados y la del proceso. Por ejemplo, Keisler (1971) argumenta que la dicotomía es una diferenciación desafortunada que obscurece el

hecho de que toda la investigación sobre la psicoterapia intenta medir el cambio de algún tipo. La investigación del proceso analiza los cambios dentro de las sesiones durante varios periodos temporales, mientras que la investigación de resultados estudia los cambios que ocurren fuera de la terapia entre el comienzo y la finalización del tratamiento (y durante el seguimiento).

Keisler aboga porque se abandone la distinción entre proceso y resultados y que en lugar de esto se refiera a los "estudios dentro de la terapia (entrevista) y las investigaciones fuera de la terapia en el lugar de los acontecimientos" (P- 46).

La investigación de resultados de la psicoterapia es un tema que en la actualidad ocupa una de las literaturas más vastas de la psicología clínica (Garfield y Bergin, 1978; Meltzoff y Komreich, 1970; Smith y Glass, 1977). El propósito de esta sección no es resumir los resultados de este conjunto pesado de literatura, sino describir de una manera breve la metodología básica, el "cómo" que implica la evaluación de los efectos de la psicoterapia.

Por un largo periodo la pregunta básica que se planteaba el investigador clínico era: "¿Es efectiva la psicoterapia?" Gradualmente los investigadores descubrieron que esta pregunta era demasiado amplia como para que se le pudiera responder de una manera que tuviera significado, y la abandonaron a favor de la reformulación de Paul (1969a) que ahora ya es famosa: "¿Qué tratamiento, realizado por quién, es más efectivo para este individuo con este problema específico, bajo qué tipo de circunstancias, y cómo se desarrolla?" (p. 44). Kazdin (1978) ha organizado la "pregunta ulterior" de Paul en tres metas de la investigación de resultados: (1) determinar la efectividad de un tratamiento específico; (2) comparar la efectividad relativa de diferentes tratamientos; y (3) estimar los componentes individuales del tratamiento que son responsables del cambio en un problema o cliente particular.

Con el fin de lograr cualquiera de estas tres metas, el investigador de la psicoterapia, como todos los demás investigadores, se enfrenta con una tarea: elaborar, planear y conducir la evaluación de tal manera que los resultados no se interpreten de una forma ambigua (Underwood, 1957). Esta obligación es falazmente fácil de describir pero

exasperantemente difícil de llevar a cabo. De hecho, es bastante razonable argumentar que es casi imposible llevar a cabo una evaluación que proporcione resultados que de ninguna manera sean ambiguos (Mahoney, 1978) por la sencilla razón de que cualquier actividad humana es un esfuerzo falible.

A pesar de que reconocen esta falibilidad, los investigadores se esfuerzan por conducir las mejores evaluaciones de las sean posibles. La mayoría de ellos prefieren evaluar la psicoterapia por medio de la utilización de un experimento científico. Pero un experimento científico es una iniciativa muy compleja y su verdadero significado continúa evocando debates acalorados tanto entre los filósofos como los científicos. Para los propósitos de esta sección, se describirá un experimento como un intento por descubrir las causas de ciertos eventos al realizar algunos cambios sistemáticos en determinados factores y después observar los cambios que ocurren en otros factores. Los investigadores llaman a los factores que ellos alteran (o manipulan) variables independientes, mientras que los cambios que se pueden observar se denominan variables dependientes.

4.4 TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO

La mayoría de los estudiosos concuerdan en que Freud fue el fundador de la psicoterapia tal como hoy la conocemos. Su método basado en la comunicación verbal entre dos personas para estudiar y ayudar a la gente, su búsqueda sistemática de las relaciones entre la historia personal del enfermo y sus problemas actuales, la importancia que otorgó a los pensamientos y emociones y su enfoque con respecto a las relaciones entre el paciente y terapeuta, persisten en casi todas las modalidades modernas del tratamiento clínico, independientemente de sus fundamentos teóricos.

Pero, ¿de dónde surgieron las ideas de Freud?

Sería imposible ofrecer aquí un relato completo de la vida de Freud o de la evolución de su pensamiento, por lo cual este análisis se limitará a un breve bosquejo. El lector puede encontrar un trabajo más completo en la obra muy accesible de Fancher (1973) y en un gran número de otras fuentes (por ejemplo, Ford y Urban, 1963; Munroe, 1955). Si se busca material más detallado se puede consultar una biografía monumental de tres volúmenes de Ernest Jones: *The Life and Work of Sigmund Freud* (1953, 1955, 1957), o las traducciones de las mismas obras de Freud (por ejemplo, Brill, 1938; Freud, 1953-64).

Inicios del tratamiento psicoanalítico Freud nació en Freiberg, pueblo perteneciente a Checoslovaquia, el 6 de mayo de 1856. Era hijo de un judío comerciante de lanas. Su familia se mudó a Viena, Austria, donde a la muy temprana edad de nueve años ingresó en el Gimnasio, un tipo de bachillerato preuniversitario avanzado. Originalmente se interesaba en la política y el derecho, pero estando a punto de graduarse, leyó un ensayo del poeta Goethe que enfocó sus intereses hacia las ciencias naturales. Fancher (1973, p. 13) cita la carta en que Freud describe el impacto de este ensayo: "El deseo de comprender algo de los misterios del mundo y quizá contribuir en alguna forma a resolverlos me llegó a dominar en forma irresistible." Así fue como, a la edad de 17 años, Freud ingresó en la escuela de medicina de la Universidad de Viena. Pronto descubrió que la investigación le interesaba mucho más que los estudios rutinarios y de hecho invertía la mayor parte de su tiempo en diversos proyectos de investigación en el Instituto de Fisiología de la misma universidad. Por consiguiente, Freud tardó 8 años en completar sus estudios médicos.

Sus esfuerzos en este periodo culminaron en el hallazgo de la ubicación de los órganos sexuales del anguila macho y en la acumulación de mucha información nueva de neurología. Uno de sus proyectos mostró que las partes supuestamente separadas del sistema nervioso de un pez estaban de hecho interconectadas, como fue confirmado posteriormente con el descubrimiento de la neurona como unidad básica de la actividad nerviosa. De más relevancia que estos estudios en si fue que Freud se introdujera, gracias a varios maestros distinguidos, en el concepto entonces nuevo del mecanismo neorológico. Este punto de vista sostenía que la actividad del sistema nervioso tanto en los animales como en los seres humanos se basa en factores de naturaleza electroquímica, que obedecen leyes recién descubiertas de física y química. La implicación de esta teoría mecanicista era que idealmente la conducta humana podría explicarse en términos físicos y que existirían leyes que gobernarán las relaciones que existen tanto dentro de una misma persona, como entre las personas y su medio ambiente. Como veremos, estos conceptos tuvieron un efecto profundo en el trabajo posterior de Freud.

Aunque Freud era dueño de una mente científica brillante y poseía un grado en Medicina y la información neurológica más avanzada de su tiempo, sus posesiones materiales eran nulas. Era soltero y seguía viviendo con sus padres quienes aún lo mantenían, ya que en la década de 1880 era casi imposible ganarse la vida como investigador científico. Esta situación, más su deseo de contraer matrimonio con su novia Martha Bernays, impulsó a Freud a modificar la dirección de su carrera hacia el campo más lucrativo de la práctica médica.

En 1882, Freud inició su entrenamiento clínico tres años en el Hospital General de Viena. Se recordará que en esta época resurgió el modelo médico como explicación de los trastornos de la conducta y predominaba una minuciosa búsqueda de la supuesta causa orgánica para todas las enfermedades mentales. En aquel entonces el director del Hospital de Viena, Theodor Meynert, era una eminencia en anatomía y patología cerebral, cuyo trabajo y teorías impresionaron gratamente a Freud. Meynert creía, por ejemplo, que ciertos patrones de la actividad de las neuronas en el cerebro corresponden a determinados pensamientos o recuerdos o sentimientos, de tal manera que los complejos

fenómenos psicológicos correspondían en última instancia a la actividad de la células nerviosas, que a su vez se basan en factores electro-químicos.

La explicación anterior de Meynert presentó una aplicación psicológica de la perspectiva mecanicista que Freud había absorbido en la facultad de medicina y Freud se dio cuenta de que la mejor forma de fundir sus intereses en la investigación neurológica con su trabajo clínico consistía en dedicarse al estudio y tratamiento de las enfermedades del sistema nervioso humano. En el año de 1886,

Freud ya tenía suficiente preparación (y dinero) para iniciar su práctica privada de medicina. También se casó en el mismo año. Una de las personas que ayudó a Freud a comenzar su práctica privada fue Joseph Breuer, un veterano colega médico y amigo íntimo. Veremos inmediatamente que los primitivos intentos de Breuer por tratar y curar ciertos síntomas raros en sus enfermos, sirvieron a Freud en el desarrollo del psicoanálisis.

Como otros médicos de su tiempo, Freud con frecuencia se hallaba ante enfermos con síntomas de daño neurológico, o enfermedades para las cuales no era posible descubrir alguna causa orgánica. Muchos de estos casos mostraban lo que Freud llamaba "disparate neurológico". Por ejemplo, los pacientes a veces se quejaban de condiciones imposibles como una falta de sensibilidad o parálisis que les afectaba toda la mano sin afectar su brazo. Otros padecían parálisis de las piernas en el día pero de noche eran sonámbulos. A los pacientes de este tipo se les denominaba "neuróticos" y, ya que la causa, y aún más la cura de su enfermedad eran desconocidas, los médicos acomodados preferían ignorarlos y aún maltratarlos. Con frecuencia daban por hecho que sus síntomas eran fingidos o eran producto de defectos básicos de personalidad.

4.5 TÉCNICAS DEL TRATAMIENTO PSICOANALÍTICO

Una de las suposiciones básicas de la teoría analítica es que las fantasías, sentimientos y conflictos más importantes del paciente son inconscientes y se encuentran protegidos por determinados mecanismos de defensa. Por consiguiente, por mucho que se esfuerce, es difícil que el paciente sólo, sin ayuda, pueda penetrar el fondo de los conflictos que por tanto tiempo se han mantenido ocultos. En este aspecto es donde interviene el terapeuta. Debe crear una atmósfera en la cual el paciente pueda llevar a cabo un auténtico autoanálisis; debe enseñarse al paciente como y dónde ha de buscar la información significativa y debe ayudarlo a integrar esta información en una estructura que tenga sentido.

La manera específica como se logran estos objetivos difiere según cada analista y cada paciente, pero hay algunas técnicas y estrategias que se dan comúnmente. Se presentará cada una de ellas por separado pero es importante recordar que en la práctica forman un entrelazado de múltiples combinaciones en lugar de que se apliquen en un orden predispuesto.

Asociación libre

Esta es una de las técnicas más fundamentales que Freud desarrolló para ayudar al paciente a descubrir el material inconsciente. Como ya se dijo, la asociación libre evolucionó como parte de la búsqueda de una manera para recuperar los hechos olvidados que no fuera por medio de la hipnosis; consiste en pedir al paciente que se someta a una regla fundamental: la de decir todo lo que le viene a la mente sin corregir ni censurar.

Al paciente se le pide que relate todo lo que se le ocurra a lo largo de la sesión. Debe relatar todo en la forma y secuencia original sin omisiones ni modificaciones. Se le pide pasividad hacia su proceso pensativo; en otras palabras, que procure eliminar todo control consciente sobre su proceso mental al cual debe dar vía libre. La idea es que, al eliminar las restricciones de tipo lógico, de presión social o las reglas de otro tipo, el material inconsciente saldrá a la superficie.

El estilo más común, aunque no universal, es que el paciente asocie de manera libre mientras se encuentra acostado en un diván. El analista toma asiento fuera de la vista del paciente para evitar toda interferencia en el proceso. En las primeras sesiones quizá el analista tendrá que dar algunas instrucciones (por ejemplo, "di lo que se te ocurra, tenga o no sentido") pero más adelante el paciente se familiariza con su papel e inicia sus asociaciones sin la necesidad de ser estimulado. A veces, la información importante se presenta de manera bastante directa.

Utilización de los sueños

Debido a que se consideran como la expresión de los deseos y de las fantasías que por lo general se hurtan a la consciencia, los sueños desempeñan una función importante en el psicoanálisis. En una ocasión Freud llegó a llamar a los sueños "el camino real al inconsciente". Sin embargo, hay un problema para el analista cuando utiliza el material de los sueños: Aunque las defensas del paciente están relativamente relajadas durante el sueño, no están totalmente ausentes, y de todas formas opera algún grado de distorsión y defensas. Por lo tanto, se considera que los sueños expresan los deseos inconscientes en una versión lo suficientemente disfrazada como para no traumar (y despertar) a la persona dormida. Sin embargo, gracias a que el material inconsciente se considera más cerca de la superficie en los sueños que en el estado de vigilia se les otorga una gran importancia en el psicoanálisis. Se puede emplear una sesión completa a una serie de sesiones para recordar y discutir un solo sueño.

La descripción que rinde el paciente de su sueño revela su contenido manifiesto o sus características obvias. Si la persona sueña que va corriendo por el bosque y de repente cae dentro de un estanque de una fría ensalada de macarrones, esto es el contenido manifiesto. Este suele componerse de características y sucesos de poca importancia asociados con las actividades del día ("residuo del día") o pueden ofrecer una manera fácil de satisfacer deseos del momento sin necesidad de despertar a la persona. Una persona con hambre podrá soñar con comida por ejemplo.

Para los propósitos del psicoanálisis el aspecto más interesante de los sueños es su contenido latente: las ideas, deseos e impulsos inconscientes, que aparecen en una forma

no comprometedor como una negociación entre la represión total y la libre expresión. Atención a la "conducta cotidiana" Uno de los conceptos básicos de Freud es el determinismo psíquico, la idea de que casi toda la conducta humana se relaciona con los procesos mentales conscientes e inconscientes o es causada por éstos. La consecuencia obvia de este punto de vista (expuesta en su libro *La Psicopatología de la vida cotidiana* (1901, 1914) es que, como los síntomas neuróticos, gran parte de nuestra conducta diaria refleja de alguna manera nuestros deseos, fantasías, impulsos y mecanismos de defensa. Por lo tanto, el psicoanalista pretende estar siempre alerta y sensible hacia toda la conducta verbal y no verbal de su paciente que se manifiesta durante las sesiones o en sus relatos de lo sucedido entre sesión y sesión. Esto implica mantener la atención "bien repartida" o siempre alerta tanto a los relatos importantes como a los triviales, a los actos intencionales y a los sucesos "accidentales", al lenguaje corporal y al lenguaje verbal. Todos o cualquiera de estos aspectos puede desenmascarar las tácticas habituales de defensa psicológica y los secretos que se pretenden proteger. La teoría psicoanalítica ha generado numerosos ejemplos de la conducta cotidiana cargada de significados especiales. Dos de las categorías más conocidas de esta conducta son: los errores y el humor, que se estudian a continuación.

El humor

Los chistes y las agudezas abundan, y, aunque a primera vista no parecen dignos de contemplación psicoanalítica, Freud notó que el humor generalmente contiene expresiones de hostilidad o agresión, ya sean abiertas u ocultas.

La transformación de estos sentimientos en humor se llama trabajo del ingenio y presenta algunas analogías con el trabajo onírico ya discutido. De ahí que el desplazamiento, la condensación y otros procesos resaltan en ciertos chistes. Los juegos de palabras son un muy buen ejemplo de la condensación en que por lo menos dos significados se expresan con una sola palabra: El hombre que practica la circuncisión a los elefantes me contó que su trabajo tiene sus puntos buenos y sus puntos malos. El suelo es muy malo pero los "tips" (que en inglés significa tanto puntas o extremidades como propinas) son muy grandes. "Vemos aquí, además de la condensación en la palabra "tips", quizá desplazamiento de agresión hacia quien o hacia lo que fuere representado por el elefante.

De hecho, cuando se considera cuántas bromas y chistes (para no mencionar todo el repertorio de "Don Rickles") presentan situaciones en que determinada persona, o grupo de personas, hace el ridículo, es lastimado o asesinado, o de alguna forma lleva las de perder, entonces resulta fácil ver cómo llegó Freud a sus conclusiones. Es más interesante, quizá, el hecho de que aunque teóricamente los chistes son "inocentes" a Freud le costó trabajo encontrar solamente un buen ejemplo.

Según la teoría psicoanalítica, las bromas proporcionan un desahogo no peligroso de la rabia y hostilidad que, de ser expresados directamente, podrían despertar un desagravio violento o cuando menos sentimientos intolerables de culpa. Debido a que la broma atenúa cuando menos una parte del impulso agresivo, una cierta cantidad de energía psíquica, que de otra manera se hubiera empleado en la represión continua de aquel impulso, se vuelve innecesaria y se libera en forma de risa. Por consiguiente, el analista puede analizar las bromas que hace una persona o las que encuentra "chistosas" para ayudar a su paciente a lograr una comprensión mayor de sí mismo. En Grotjahn (1957) y en la obra *Los chistes y su relación con el inconsciente* ("Jokes and Their Relation to the Unconscious") del mismo Freud, se encuentran en detalle las teorías de Freud sobre el humor.

4.6 TÉCNICAS CONTEMPORÁNEAS DE LA TERAPIA DE LA CONDUCTA

Desensibilización sistemática

La desensibilización sistemática (DS) es una de las técnicas de la terapia conductual mejor conocidas, que se emplean con una mayor frecuencia y que se han investigado de una manera más completa. La mayor parte del tiempo se utiliza para reducir la ansiedad desadaptativa y aprendida (como las fobias) pero también se ha aplicado a un conjunto de otros problemas clínicos, algunos de los cuales en apariencia no tienen mucho que ver con la ansiedad.

Raíces históricas

Como se notó previamente, el interés por aplicar los principios del aprendizaje al problema de la eliminación de los miedos fuertes se ha mantenido activo durante algunas décadas. Las demostraciones de Watson y Rayner acerca de que el miedo se podía aprender a través del condicionamiento (es decir, el caso de Albert) y de Mary Cover Jones acerca de que se podía desaprender por medio del mismo mecanismo (es decir, el caso de Peter) fueron excelentes ejemplos. Además, el teórico del aprendizaje Edwin Guthrie propuso varias técnicas basadas en el aprendizaje durante la década de 1930 para destruir los hábitos desadaptativos. Por ejemplo, Guthrie sugirió que una de las maneras para sobreponerse al miedo era comenzar con un ejemplo del estímulo temido que fuera tan débil que no ocurriera la ansiedad y luego de manera gradual ir aumentando la fuerza del estímulo hasta que se pudiera presentar con su fuerza completa sin que provocara alguna incomodidad (Guthrie, 1935). Durante la década de 1920, Johannes Schultz, un psicólogo alemán, desarrolló una técnica denominada "capacitación autogénica". Implicaba una combinación de la hipnosis, relajación y autosugestión mediante la cual los clientes se inducían a sí mismos determinados estados que eran incompatibles con las emociones de sufrimiento tales como la ansiedad.

El "flooding" y la implosión

Como la desensibilización, el "flooding" es una técnica que se emplea para reducir la ansiedad pero, de una manera diferente a la desensibilización, implica la exposición extensa de un cliente que no está relajado a unos estímulos de alta intensidad que provocan la ansiedad. El "flooding" se basa en el principio de la extinción, es decir, que los

estímulos condicionados al miedo pierden su calidad de aversiva de una manera gradual cuando se expone al cliente a ellos de una manera repetida o no se permite a las personas que eviten o escapen de la situación que temen con el fin de ayudarlas a aprender que la situación en verdad no es amenazadora. El "flooding" se parece un poco a la técnica basada en el sentido común de "o nadas o te ahogas" mediante la cual se lanza a un niño que teme al agua a la parte profunda de una alberca (con la esperanza de que se extinga el miedo y no el niño).

La implosión o terapia implosiva es un procedimiento muy semejante al "flooding". La diferencia principal está en que en la implosión a menudo se presentan estímulos de situaciones de miedo más intensos que aquellos que se encuentran en la vida diaria y en algunas ocasiones se incluye algún material que la teoría psicoanalítica sugiere que sería importante en la producción del miedo (Stampfl y Levis, 1973). Por ejemplo, en el tratamiento de alguien que teme a los sapos, es posible que el terapeuta implosivo utilice escenas imaginarias de sapos junto con otras que representen la castración, los conflictos edípicos, el rechazo paterno y el daño físico.

Orígenes históricos

Kazdin (1978) señala que el "flooding" tuvo su origen moderno en dos tipos de experimentos de laboratorio. El primero fue el trabajo de Masserman sobre la neurosis experimental en el que demostró que la ansiedad inducida de manera experimental en un animal se podía eliminar al obligarlo a que regrese a la situación temida. Los experimentos sobre el aprendizaje de evitación también apoyan el valor terapéutico de la exposición obligatoria (por ejemplo, Solomon, Kamin y Wynne, 1953).

A pesar de que se dispone de pocas referencias sobre otras técnicas que se parezcan al "flooding" en la literatura clínica inicial, sin lugar a duda existieron métodos semejantes que se emplearon de una manera asistemática durante muchos años. Los aforismos tales como "enfrenta tus temores", "la única cosa a la que hay que tenerle miedo es al miedo mismo", y "dale la cara al miedo" se apoyan en la misma lógica que el "flooding".

Entrenamiento autoafirmativo

La década de 1970 ha adquirido la reputación de la década de la independencia individual, una época que se comprometió a alcanzar el individualismo (o egoísmo) y a menudo se le ha criticado por lo que algunos llamarían sus preocupaciones narcisistas. Un testimonio parcial de este carácter del periodo es la abundancia de los libros de autoayuda que impelan a las personas a que se dediquen a sus propios intereses (en inglés, "do your own thing"), exploren sus zonas erógenas (y las de los demás), sean agresivos de una manera creativa, y digan "no" sin sentirse culpables.

Aunque en algunas ocasiones se ha identificado la capacitación autoafirmativa, como la contribución de la terapia conductual a este fenómeno de autopromoverse, sin embargo, es más que otra manifestación de la "generación del 'yo'", además de una herramienta clínica importante cuyos beneficios para muchos clientes se extienden más allá de los límites de las corrientes sociales de moda en la actualidad. De una manera contraria a la creencia popular, la autoafirmación no es solamente la agresión o la habilidad para defender los propios derechos. Su mejor definición es la expresión apropiada de los sentimientos por medio de conductas que no violan los derechos de los demás (Alberti y Emmons, 1974; Wolpe y Lazarus, 1966).

Por consiguiente, decirle a tu jefe que no estarás de acuerdo con alguna petición de su parte que no sea razonable requiere una conducta autoafirmativa, pero también lo requiere la comunicación a tus amigos de que estabas conmovido por su manifestación reciente de compasión. La autoafirmación no es lo mismo que la agresión. Responderle a la persona que se coloca delante de uno en la fila para pagar en un supermercado con la expresión: "Discúlpeme, pero aquí va la cola; por favor espere hasta que le toque a usted", es una conducta autoafirmativa. La expresión "quítese idiota de aquí antes de que yo le pegue con este pavo" es una conducta agresiva y no constituye una meta del entrenamiento autoafirmativo. Por último, la autoafirmación no excluye la amabilidad o el altruismo. Un individuo autoafirmativo hará sacrificios por ayudar a los demás ("puede pasarse delante de mí; yo no tengo prisa"), pero únicamente debido a que él o ella desea actuar de esa forma y no porque tiene miedo a expresar que está en desacuerdo.

El modelamiento

Un mecanismo muy importante de la teoría del aprendizaje social es el modelamiento o el aprendizaje mediante observación. Bandura (1969) sostiene que "casi todos los fenómenos que resultan de las experiencias directas pueden ocurrir de una manera vicaria observando la conducta de las otras personas y las consecuencias que ellos obtienen" (p. 118). En muchos casos, el aprendizaje a través del modelamiento es mucho más eficiente y efectivo que el aprendizaje por medio del reforzamiento directo. La observación de los modelos competentes puede eliminar los peligros de las consecuencias negativas de la conducta de ensayo y error que no es guiada (¡imagínese el desastre que sería que todas las personas tuvieran que recibir un golpe de un automóvil para que aprendieran a cruzar las calles con precaución!). Las conductas muy complejas tales como hablar requieren de modelos apropiados, como también es el caso de las cadenas largas y elaboradas de la conducta motora como el conducir un automóvil. Desde luego, se pueden desarrollar muchas conductas a través de la experiencia y reforzamiento directo, pero con frecuencia se abrevia el proceso del aprendizaje mediante la oportunidad de observar la ejecución de algunos modelos. Además de que facilita el desarrollo de las conductas nuevas, el modelamiento tiene otros dos efectos (Bandura, 1969). La observación de las consecuencias que recibe el modelo por su conducta puede inhibir o desinhibir la conducta imitativa del observador (¿acariciaría alguien a un perro que acabara de morder a un amigo?). La observación de la conducta de los demás también puede facilitar que se lleven a cabo conductas semejantes que ya estuvieron presentes en el repertorio del observador (un ejemplo común es el formarse en fila).

4.7 TERAPIA CENTRADA EN EL CLIENTE

Era tentador llamar a esta sección "Técnicas de la terapia centrada en el cliente" pero tal título no habría captado el espíritu del método de Rogers. Él argumenta que la terapia es un proceso, no un conjunto de técnicas. Es un fuerte abogado de la idea de que un terapeuta no puede resolver los problemas del cliente diciéndole o enseñándole algo: "Ningún método que confíe en el conocimiento, el entrenamiento, la aceptación de algo que enseña, tiene algún provecho. . . Es posible que una persona se entienda a sí misma, prescribirle los pasos que la guiarán hacia adelante, capacitarla en el conocimiento acerca de un modo de vida más satisfactorio. Pero tales métodos son, según mi experiencia, fútiles e inconsecuentes. Lo más que pueden conseguir es un cambio temporal, que pronto desaparecerá, dejando así al individuo más convencido que nunca de su inadaptación" (Rogers, 1961, pp. 32-33y. El proceso real de la terapia desde el punto de vista de Rogers se condensa en una proposición "sí. . . entonces": si el terapeuta crea las circunstancias correctas, el cliente comenzará espontáneamente a cambiar y a crecer. En otras palabras, el proceso terapéutico ocurrirá por sí sólo, impulsado por el potencial de crecimiento del cliente, sólo cuando esté presente la atmósfera apropiada e independientemente de la "técnica" específica o contenido de la lesión.

Todo esto está relacionado con la teoría del self de Rogers. El argumento básicamente es que a la gente se le impide su crecimiento por la influencia de evaluaciones y juicios que otros le imponen. Esto crea condiciones de valor y puede forzar a la persona o distorsionar o excluir de la conciencia alguno de sus verdaderos sentimientos. Cuando sucede esto, aparecen varias clases de síntomas. Así, si un contador realmente quisiera ser un artista, pero tuviera que ignorar esos sentimientos debido a las presiones de familia, la depresión podría ser el último resultado. El proceso de crecimiento se detendría tan pronto como el comportamiento de la persona (por ejemplo, que mostrara satisfacción con la contabilidad) se mostrara fuera de lugar, o incongruente, con los sentimientos reales.

En términos generales, la terapia está dirigida a proporcionar al cliente experiencias nuevas que reiniciarán el proceso de crecimiento. Estas nuevas experiencias incluyen principalmente la relación con una persona (el terapeuta) quien tratará al cliente en

formas que no conlleven condiciones de valor, que aceptará al cliente tal como es y que lo valorará como persona. Idealmente, si se hubieran presentado dichas características en relaciones pasadas del cliente, se habrían evitado problemas psicológicos; sin embargo, su aparición en el presente puede ser útil. Por esta razón el terapeuta rogeriano intenta crear una relación interpersonal que el cliente puede utilizar para un crecimiento personal posterior.

Según Rogers, este tipo de relación no puede ser manufacturado o simulado: el paciente detectaría la falsedad, lo que no sería beneficioso. Para Rogers la única forma de generar una relación que incremente el crecimiento, está en que el terapeuta adopte y exprese genuinamente tres actitudes interrelacionadas. Estas son: *estimación positiva incondicional*, *empatía* y *congruencia*.

Estimación positiva incondicional La actitud terapéutica más básica y generalizada del sistema de Rogers es la estimación positiva incondicional. Incluye tres mensajes principales: que el terapeuta (1) se preocupe por el cliente como persona, (2) lo acepte y (3) confíe en la capacidad de cambiar y crecer del cliente. Esto podría parecer una actitud sencilla y fácilmente adoptada (después de todo, cualquier terapeuta se preocupa por los clientes), pero en la práctica no se logra sin alguna dificultad. Por ejemplo, hay muchas formas de "preocuparse" por alguien. Uno puede ser muy superficial en eso, como cuando termina una conversación o transacción comercial con palabras como "cuídese" o "que la pase bien". El receptor de mensajes como éstos probablemente no les presta atención ni les da significado y la persona que pronunció estas palabras no será automáticamente considerada como un amigo cercano y que se preocupa. Los rogerianos desean trascender esta clase de preocupación de rutina.

En el otro extremo, una actitud de preocupación puede ser tan fuerte y posesiva como para incapacitar a la persona, objeto de la preocupación. Un hijo al que constantemente se le dice cuánto se preocupan sus padres por él y cómo esta preocupación puede resultar ser un autosacrificio doloroso ("Tu madre y yo nos privamos de cosas con tal que tú pudieras ir a la universidad") puede acabar sintiéndose culpable. En forma semejante, un joven que adora a su prometida e intenta que nunca se aleje de él puede en

realidad causarle un sentimiento de ahogo y de confusión por la intensidad del cuidado. En estas situaciones, uno sospecha que el cuidado expresado se orienta en parte al hijo o a la prometida y en parte a uno mismo. Los rogerianos tratan de evitar el paralizar a sus pacientes con tales cuidados.

El ideal de "estimación" dentro del concepto rogeriano de la estimación positiva incondicional es el cuidado no-posesivo en el cual los sentimientos positivos genuinos se expresan al cliente en una forma que es liberadora y no limitante. De muchas maneras se puede hacer esto. La más sencilla incluye decir sólo al cliente: "Me interesa su situación." Esta aseveración franca tiene a menudo un lugar importante en la terapia, aunque puede ser interpretado como superficial, especialmente si se usa en exceso. Por lo tanto, en muchos casos, los rogerianos intentan también mostrar al cliente que se preocupan por ello. El deseo de escuchar del terapeuta es una manifestación muy importante de esta actitud. Paciente, cálido e interesado en lo que su cliente tiene que decir, el terapeuta no interrumpe al cliente o intenta cambiar el tema o da cualquier otra señal verbal o no verbal de que preferiría estar haciendo otra cosa. Además de concretarse a escuchar, el terapeuta busca entender las percepciones y sentimientos del cliente, desde el punto de vista del cliente mismo.

Empatía

El método de Rogers es, como hemos dicho fenomenología): la conducta humana se considera como un producto de las percepciones únicas de cada persona. Así, para entender la conducta de un cliente y ayudarlo a entenderla, el terapeuta debe acercarse lo más posible a ver el mundo tal como lo ve el cliente. Según Rogers, cuando el terapeuta deja saber al cliente que realmente entiende (o por lo menos quiere entender) lo que el cliente ve y siente, aumentan las oportunidades de una relación terapéutica provechosa. En términos rogerianos, esto incluye un esfuerzo por una empatía fiel o una comprensión empática.

La empatía requiere que el terapeuta esté totalmente entregado al esfuerzo por percibir los sentimientos del cliente, pero no requiere que el terapeuta viva la experiencia de esos sentimientos (Rogers, 1951). Esto es un punto importante porque si el terapeuta

realmente sintiera el temor o la ira del cliente, la sesión de terapia se convertiría sólo en un lugar para que dos personas ¡se atemoricen o se enojen juntas! También es importante reconocer que la empatía no se logra simpatizando con el cliente. Un comentario como: "Realmente lamento que se sienta tan deprimido" refleja bondad y simpatía pero no empatía.

Congruencia

En las dos últimas secciones le hemos dado importancia en varias ocasiones a la empatía real, más que a la fabricada, igualmente que a una aceptación positiva incondicional. Esta importancia es parte de la creencia general de Rogers de que entre más genuino sea el terapeuta en todos los aspectos de su relación con el cliente, mayor será la ayuda que prestará. La idea es que los sentimientos y acciones del terapeuta deben ser congruentes o consistentes unos con otros. "Esto quiere decir que necesito ser consciente de mis propios sentimientos y (desear) expresar en mis propias palabras y por mi conducta, los diversos sentimientos y actitudes que existen en mí. (Rogers 1961, p. 33.)

De acuerdo con Rogers, cuando el terapeuta es genuino o congruente, establece un relación humana real. Contrastando fuertemente con el punto de vista freudiano, Rogers arguye: "No ayuda el actuar con calma y bondad, cuando de hecho estoy enojado y en una posición crítica. No ayuda el actuar como si conociera las respuestas, cuando no es así. . . dicho de otra forma: No he encontrado que sea una ayuda efectiva en mis relaciones con otros el tratar de mantener una fachada; actuar de manera diferente en la apariencia, cuando de hecho mi experiencia interna es totalmente diferente. (Rogers 1961, pp. 16-17). Rogers cree en el valor de la congruencia. . . aun cuando las actitudes que siento no me agraden o no parezcan conducir a una buena relación (Rogers 1961, p. 33).

4.8 LA TERAPIA GESTALT

Los terapeutas de la gestalt están orientados hacia unas cuantas metas básicas en el curso del tratamiento. Sobre todo, al igual que otros clínicos orientados fenomenológicamente, los terapeutas gestálticos buscan restablecer el proceso interrumpido del crecimiento del cliente. Esto se logra ayudando a los clientes (1) a estar conscientes de los sentimientos, deseos e impulsos que han desconocido o negado como propios (disowned) pero que son sin duda parte de ellos mismos y (2) reconocer los sentimientos, ideas y valores que ellos creen que son genuinamente parte de sí mismos, pero que en realidad los han tomado prestados y los han adoptado de otras personas.

A medida que se logra esta conciencia, el cliente es instado a que asimile o vuelva a hacer suyos (reown) los aspectos genuinos del self que había rechazado y a que rechace las características que no le pertenecen en realidad. Idealmente cuando uno asimila e integra todos los aspectos de la personalidad (tanto los deseables como los no tan deseables) uno puede estar consciente de uno mismo y responsabilizarse de uno mismo como uno realmente es, en lugar de estar apegado y defender una autoimagen parcialmente falsa, e internamente en conflicto. Por ejemplo, una persona que realmente se siente superior a los demás pero que se ha obligado a sacar este sentimiento de la conciencia que tiene de sí mismo a favor de un aire de humildad más aceptable socialmente va a estar consciente y a poder expresar las dos partes del conflicto (es decir, "soy lo máximo" versus "no debo presumir").

El método de la terapia gesta

Como en el caso de la terapia centrada en el cliente, la relación entre terapeuta y cliente en la terapia gestalt es idealmente una relación de igual a igual que implica un crecimiento mutuo. Como lo señala Kempler (1973, p. 266), "el terapeuta es como un compositor de música que se enfrenta a un instrumentista connotado. El compositor espera que entre los dos juntos se originen nuevas y bellas músicas.

Concentración en el aquí y en el ahora

Como otros fenomenólogos, Perls creía firmemente que el progreso terapéutico sólo puede lograrse manteniendo al cliente en contacto con sus sentimientos en la medida en

que ocurren en el presente inmediato, en el "aquí y el ahora". Expresó esta creencia en una ecuación conceptual en la que "ahora = experiencia = conciencia = realidad" (Perls, 1970, p. 14). Cualquier intento por parte del cliente de contar el pasado o anticiparse al futuro se contempla no sólo como una resistencia y una obstrucción a las metas de la terapia sino como un escape de la realidad.

Más aún, en lugar de reflejar (como lo haría un rogeriano) la nostalgia del cliente o el deseo de buscar el futuro, un terapeuta gestáltico va a señalar directamente la evasión y a insistir en que se termine. Un ejemplo excelente de este método fue el que nos dio Perls en su entrevista filmada con "Gloria" (Perls, 1965). En un momento, Gloria dice que lo que le ocurre en la entrevista le recuerda momentos de cuando ella era niña. Perls inmediatamente le pregunta: "¿Es usted una niña?" A lo que Gloria responde: "Bueno, no, pero es la misma sensación." De nuevo, Perls le pregunta: "¿Es usted una niña?" Gloria contesta: "La sensación me lo recuerda." Perls explota: "¿Es usted una niña? La cliente finalmente dice: "No."

El manejo de la resistencia.

Perls, como Freud y otros, se dieron cuenta de que una vez que el cliente encuentra un conjunto de síntomas, juegos y defensas que funcionan, aunque sea imperfectamente, para protegerlo del dolor del conflicto y de la conciencia de sí mismo, el cliente va a resistirse a hacer cualquier otro esfuerzo para avanzar o hacer a un lado estos síntomas, juegos o defensas. Sin embargo, Perls creía que en lugar de contemplar la resistencia solamente como una barrera inanimada al crecimiento, que el cliente debe reconocer y quitar, es valioso que el cliente explore la naturaleza específica de la resistencia.

Para ayudar al cliente a que haga esto, Perls utilizaba una técnica que le servía en otros aspectos de la terapia también. Esta técnica es el juego de papeles o el tomar un papel. Así, pues, al cliente que muestra resistencia o que habla de la resistencia se le pide que "se convierta" en esa resistencia para ganar una conciencia clara y experimental de lo que la resistencia hace por él. Polster y Polster (1973, p. 53-54) presentan un ejemplo idealizado de esta técnica. John, miembro de un grupo de terapia Gestalt tiene dificultades para hablar con otro miembro del grupo, Mary, porque según él existe un muro entre ellos.

Frustrar al cliente

Según se mencionó anteriormente, Perls creía que la mayor parte de los clientes vienen a la terapia esperando sentirse mejor sin tener que cambiar realmente o que dejar sus papeles y juegos inadaptados. Como le parecía que el permitir que sus clientes siguieran utilizando su estilo acostumbrado en la terapia sería una pérdida de tiempo para todo el mundo, Perls se dirigía inmediatamente a frustrar los esfuerzos de los clientes para relacionarse con él como lo harían normalmente con otras personas. Ya fuera en terapia individual o de grupo, la persona con la que Perls trabajaba en un momento dado se encontraba siempre en la silla del acusado en el sentido de que se centraba toda la atención en él, y cualquier cosa que indicara síntomas, juegos o resistencias se exploraba y se señalaba.

Supongamos, por ejemplo, que un cliente empieza en su primera sesión con la frase "tenía muchas ganas de estar con usted en esta sesión. Espero que usted me pueda ayudar". En lugar de reflejar este sentimiento o de preguntarle al cliente por qué se siente así, un terapeuta gestáltico probablemente se centraría en el aspecto manipulador de la frase que aparentemente incluye el mensaje "espero que usted me ayude sin que yo tenga mucho que hacer". Así pues, el terapeuta diría: "Cómo cree usted que yo le puedo ayudar." A esto el cliente (un tanto desconcertado) podría responder: "Bueno, yo tenía la esperanza de que usted me ayudara a comprender por qué soy tan infeliz." De aquí el terapeuta continuaría frustrando el intento del cliente de que él asumiera la responsabilidad de resolver los propios problemas del cliente y en este proceso le ayudaría al cliente a experimentar sus sentimientos reales de la situación.

4.9 LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA

¿Se puede distinguir la Psicología comunitaria de la salud mental comunitaria? ¿Se debería distinguir? La respuesta a ambas preguntas es afirmativa. La salud mental comunitaria se debería considerar como un subconjunto de actividades dentro de la Psicología comunitaria que se dedica principalmente a la prestación de servicios de la salud mental a las poblaciones que a lo largo de la historia no se han atendido de una manera suficiente por los profesionales de la salud mental. La salud mental comunitaria se interesa principalmente con los servicios directos a los consumidores, mientras que la Psicología comunitaria persigue cambios más amplios del sistema social y cuyos efectos se pueden irradiar hasta los individuos (Sarason, 1973).

Las metas de la Psicología comunitaria se relacionan con el nivel de la comunidad o porción más pequeña de la comunidad (por ejemplo, la creación o fortalecimiento de los recursos sociales), mientras que la salud mental comunitaria se dirige hacia el logro de la entrega más efectiva de servicios clínicos a las personas necesitadas.

Bloom (1973) ha contrastado la inclinación de la psicología comunitaria hacia los aspectos sociales con la atención que presta la salud mental comunitaria a los problemas individuales. La primera es una Psicología acerca de la comunidad, la última es una Psicología dentro de la comunidad (Mann, 1978).

Considérese la siguiente analogía en el mundo deportivo. La relación entre la salud mental comunitaria y la Psicología comunitaria se parece un poco a la asociación entre la Liga Nacional y una liga principal del béisbol en conjunto. Primero apareció la Liga Nacional pero en poco tiempo formaron parte de ella varios equipos de la Liga Americana para conformar una estructura mayor. Como la Liga Nacional, primero apareció la salud mental comunitaria y fue el ímpetu financiero de lo que ahora conforma la psicología comunitaria. Se hablará más acerca de la relación entre estos dos campos en las siguientes secciones.

Principios de la psicología comunitaria

En un artículo que ha tenido un impacto considerable sobre las concepciones de los psicólogos comunitarios, Rappaport y Chinsky (1974) propusieron que cualquier modelo de los servicios de salud mental se puede dividir en dos componentes básicos un componente conceptual y un componente del estilo de intervención. Según Rappaport (1977), el componente conceptual es la teoría fundamental del modelo sobre la conducta humana; éste "dicta la base de los datos empíricos, nociones teóricas y suposiciones básicas para la comprensión de la conducta humana" (p. 72). El componente estilo del de intervención, por otra parte, "dicta la manera cómo se ofrecerá a la población dirigida el servicio que se requiere de acuerdo con el componente conceptual" (Rappaport, 1977, pp. 72-73). Es posible analizar la Psicología comunitaria desde esta perspectiva si se percata que implica varios componentes o principios esenciales, cada uno de los cuales puede organizar bajo la clasificación conceptual o del estilo de intervención. Es importante recordar que no todos los psicólogos comunitarios abarcarán cada uno de estos principios. Sin embargo, cuando se consideran en conjunto, estas ideas forman el núcleo de la disciplina que por lo general se acepta y sirve para que se le distinga de otros de los ejemplos de la Psicología aplicada, en particular de la Psicología clínica.

Principios conceptuales

1.- Adopción de una perspectiva ecológica

Es posible que el cambio en la conducta de las personas a menudo requiera ser precedido del cambio en el funcionamiento de las instituciones sociales. El psicólogo comunitario más que los psicólogos de otras orientaciones considera que los factores sociales, ambientales y políticos son determinantes importantes del comportamiento. Debido a que los problemas de la vida se relacionan con estas tensiones potenciales a una escala amplia, el psicólogo comunitario a menudo se centra en los cambios de las comunidades y subcomunidades a las que las personas se deben ajustar y no tanto en los cambios de los individuos que a ellas pertenecen.

A un nivel más práctico, la perspectiva ecológica significa que el psicólogo debe buscar las causas de la conducta a varios niveles que no son psicológicos. Por ejemplo, la niña cuya indisciplina constante en el aula provoca que se le etiqüete como hiperactiva puede sufrir

de algún impedimento neurológico que sea el origen de este problema. Pero también es posible que la conducta se deba a una determinada organización de la clase en la cual se recompense el bajo rendimiento, un currículum con materias demasiado fáciles o difíciles para su nivel de rendimiento, o una "cultura" entre sus compañeros que le haya enseñado a menospreciar el logro académico. De una manera semejante, se podría ofrecer explicaciones que trascienden el nivel de análisis individual para los problemas de delincuencia y criminales, alcoholismo, desempleo y abuso de drogas. En cada caso, la perspectiva ecológica del psicólogo comunitario dirige la atención a la función que ejercen las fuerzas sociales y ambientales en el desarrollo de los problemas humanos.

2.- Búsqueda del cambio en el sistema social

El tipo de cambio que implica la perspectiva ecológica a menudo se denomina cambio a nivel del sistema social y se distingue del cambio orientado hacia la persona. La intención de los cambios en el sistema social es que las instituciones sociales importantes para la vida de las personas respondan de una manera más activa y fructífera para el crecimiento de los individuos. Los cambios en los sistemas pueden ocurrir a un nivel bastante bajo, como por ejemplo cuando un salón de la clase en todo un sistema escolar comienza a utilizar una economía de fichas para aumentar la participación de la clase. También es posible que los cambios sociales ocurran a un nivel mucho más elevado y que en realidad impliquen la creación de una institución social completamente nueva, como por ejemplo cuando un grupo de padres de familia que estén insatisfechos con la calidad de la educación pública, inicia su propia escuela diferente.' Los psicólogos comunitarios han concentrado sus esfuerzos en el cambio o nivel del sistema social en cuatro áreas: cuidado preescolar y familiar, el sistema educativo, el sistema penal y, desde luego, el sistema de salud mental.

Esto no significa que los psicólogos comunitarios jamás utilicen las intervenciones dirigidas hacia la persona. Sí lo hacen y a menudo con la creencia firme de que pueden lograr un gran éxito (Cowen, 1973,1977a), pero su preferencia es por los cambios a nivel del sistema social cuando éstos se pueden alcanzar, ya que se considera que dichos cambios presentan la mayor oportunidad para la producción de los cambios importantes y duraderos en las vidas de muchísimas persona. También existe la creencia acerca de que

algunas de las intervenciones orientadas hacia el sistema social hasta pueden prevenir los problemas sociales y emocionales en lugar de que simplemente los alivien cuando ocurran.

3.- Importancia de la prevención. El rasgo principal de la Psicología comunitaria es la búsqueda de la prevención. La prevención es el summum bonum de la Psicología comunitaria; también, como se verá más adelante, se logra rara vez. Caplan (1964) identificó tres tipos de prevención; terciaria, secundaria y primaria.

La historia de las profesiones de la salud mental en realidad es una historia de la prevención terciaria. Este tipo de prevención se dirige hacia la minimización de la gravedad de la enfermedad, la reducción de las consecuencias a corto y a largo plazo del desorden y la detención de los trastornos de tal forma que se pueda recobrar la eficiencia personal. Zax y Cowen (1972) sostienen que "la prevención terciaria únicamente es una prevención nominal" y que se justifica debido a que es compatible con la "meta democrática y humanitaria de reducir la incomodidad humana y proporcionar la oportunidad para que todos los hombres tengan una vida efectiva" (p. 453). Casi cualquier forma de tratamiento podría proclamar que es una prevención del tipo terciario. Sin embargo, la exclusividad del término de "prevención" se conservará sólo si se restringe su uso a las intervenciones primaria y secundaria iniciales.

4.10 ENTREVISTA CLÍNICA

La entrevista es en gran medida el instrumento más empleado en la Psicología clínica. Tiene una función muy importante en muchas formas de tratamiento psicológico y, como se ha visto, es un componente principal de la evaluación clínica que precede, acompaña y sigue al tratamiento

¿Qué es una entrevista?

Una entrevista no es una cosa extraordinaria. En términos más simples, es una conversación que tiene un propósito o meta (Binghan y Moore, 1924; Matarazzo, 1965). Considérese el siguiente intercambio entre A y B:

A: ¿Qué hiciste el fin de semana?

B: Bueno, estuvo bastante tranquilo. Me levanté tarde el sábado y después vi un juego de fútbol en la tarde. Por la noche, el hermano de mi esposa vino con su hijo de ocho años. Es una verdadera molestia. De todas maneras nos sentamos y hablamos casi toda la noche. Tomamos mucha cerveza y fumamos alguna droga.

A: ¿También estuviste en casa el domingo?

B: Casi todo el domingo. No me sentía muy bien en la mañana y estuve sentado la mayor parte del tiempo. Después vi el juego de los "Packers" en la televisión. En realidad, lo que deseaba era cenar pronto e irme a dormir, pero mi esposa estuvo molestando con que nunca salimos a ningún lado. Así que tuve que llevarla a comer fuera. Yo no tenía mucha hambre pero eso no le preocupa a ella. Lo peor fue que de regreso a casa se nos ponchó una llanta y se me hecho a perder una linda camisa al cambiar la maldita llanta.

Si A fuera amigo de B y trabajaran juntos y la interacción se llevara a cabo en el trayecto de la casa a la oficina el lunes por la mañana, podría ser simplemente parte de una conversación como las que se dan por millones todos los días. Pero la misma interacción podría ser parte de una entrevista en que A (un clínico) está reuniendo información acerca de B y su estilo de vida. La distinción entre una conversación social y una entrevista está fundamentada entonces no en su contenido sino en si sirve para un propósito particular.

Las entrevistas han sido parte de la vida cotidiana por siglos. Se dan en las interacciones entre alguien que emplea y los aspirantes a un trabajo, entre los abogados y sus clientes, los ciudadanos y sus representantes, entre los padres y los maestros, los doctores y sus pacientes y por supuesto entre los clínicos y sus clientes. Por lo tanto, es importante reconocer que los clínicos únicamente han adoptado y perfeccionado la entrevista; ellos no la inventaron.

Situaciones en la entrevista-clínica

El hecho de que las entrevistas sean una forma de conversación muy parecida a otras, hace que sean una fuente natural de información clínica acerca de las personas, un medio sencillo de comunicarles la información, y una forma conveniente para intentar ayudarlas.

Las entrevistas son flexibles, no son muy costosas, son fáciles de manejar y, lo que es más importante, pueden dar al clínico muestras simultáneas de la conducta verbal y no verbal del cliente. Estas ventajas hacen que la entrevista sea útil en diferentes situaciones, incluyendo las siguientes:

I.- Entrevistas iniciales

Probablemente este es el tipo más común de entrevistas. El cliente se acerca al clínico por algún problema cotidiano; su acercamiento puede ser voluntario o involuntario como en el caso de criminales, jóvenes u otros. El psicólogo puede tener poca o ninguna información acerca del cliente, así que la o las primeras entrevistas se dirigen principalmente a determinar la naturaleza y el contexto del problema. El entrevistador puede usar la información obtenida en esta situación para decidir si él o ella (o la institución que representa) pueden o no ayudar adecuadamente, prestar servicios posteriores a la evaluación, o tomar alguna otra decisión. El entrevistador se debe preguntar: "¿Puedo o podemos trabajar con esta persona?" "¿Tengo o tenemos experiencia para tratar este tipo de problema?" "¿Puede o podemos hacer algún bien?" Si la respuesta, después de una o varias entrevistas, es "no", el clínico habitualmente refiere al cliente a otra institución psicológica, psiquiátrica, médica o social en que haya otros servicios adecuados. Si se considera que es necesario un mayor número de entrevistas, se pueden programar sesiones adicionales de evaluación o tratamiento.

La mayor parte de los clínicos llevan a cabo sus propias entrevistas para tomar datos generales, pero en muchas instituciones (por ejemplo, las clínicas de salud mental de los municipios) y grupos profesionales, las trabajadoras sociales u otro personal pueden llevar a cabo esta función.

2.- Entrevistas para la identificación de los problemas

La decisión de aceptar o referir a un cliente con base en la información inicial depende, en parte, de la naturaleza del problema del cliente. Por esta razón, muchas de las entrevistas iniciales están dirigidas, al menos en parte, a la identificación de los problemas. Sin embargo, hay otras situaciones clínicas en las que la decisión para trabajar o referir al cliente ya se hizo o no está a discusión. En tales casos, las entrevistas se dirigen completamente a la identificación o elaboración de los problemas del cliente.

Cuando el entrevistador está orientado hacia una clasificación del problema, o ésta se le solicita, generalmente dará algún tipo de diagnóstico. Este puede ser algún tipo de etiqueta (por ejemplo, "manía-depresión", "esquizofrenia paranoide", "neurosis de ansiedad") del sistema de diagnóstico de la Asociación americana de psiquiatría; o bien, puede ser algún tipo de caracterización de la "personalidad" (por ejemplo "pasivo dependiente", "anal compulsivo"). Pero los entrevistadores no orientados psiquiátricamente y los que no necesitan clasificar a la gente usan las entrevistas de identificación de problemas para desarrollar descripciones más amplias del cliente y su entorno ambiental en que ocurren tales conducta(s).

Las entrevistas preparadas para clasificar los problemas de los clientes generalmente están más asociadas con los procedimientos de admisión en los hospitales mentales u otros servicios para pacientes internos o externos en que se requiere un "diagnóstico" para fines estadísticos. Estas entrevistas también se realizan cuando los psicólogos actúan como consultores para el diagnóstico que hace un psiquiatra, las cortes, las escuelas u otros que están interesados en preguntas tales como: "¿El señor P. está habilitado para ser sometido a un juicio?" "¿La señora L. es una psicótica?", "¿Jaime G. es un retrasado mental?" Las entrevistas dirigidas a describir más ampliamente y en términos más comprensivos a un cliente y sus problemas, habitualmente se dan en el contexto de la exploración clínica

completa que a menudo precede al tratamiento y es practicado por el evaluador u otro profesional. El entrevistador propicia una explicación detallada de los puntos fuertes y débiles del cliente, de las situaciones normales de la vida y su historia, y a menudo sigue algún esquema como el presentado.

En las instituciones que emplean un equipo, parte de la tarea de identificación de problemas es llevado a cabo por los trabajadores sociales, los cuales utilizan las entrevistas para reunir la información de la historia social del cliente y los que están familiarizados con él o ella.

3.- Entrevista de orientación

A menudo, las personas que participan en una evaluación o tratamiento psicológico, en escenarios clínicos o de laboratorio, no saben exactamente qué esperar, y mucho menos lo que se espera de ellas. Esto es especialmente cierto si no han tenido contactos previos con psicólogos clínicos u otros "profesionales que ayudan", "helping professionals". Para hacer estas nuevas experiencias menos misteriosas y más confortables, muchos clínicos llevan a cabo entrevistas especiales (o asignan una parte de sus entrevistas) para instruir al paciente acerca de los procedimientos de evaluación, tratamiento o investigación que se llevarán a cabo.

Las entrevistas de orientación pueden traer beneficios al menos de dos maneras. Primero, porque se anima al cliente a preguntar y a hacer comentarios y así las ideas erróneas o las faltas de información que podrían obstruir las sesiones posteriores se pueden corregir y tratar. Por ejemplo, algunos pacientes piensan que todo lo que digan al psicólogo será comunicado por éste a otros miembros de la familia. Los temores de este tipo (que podrían alterar la cooperación del paciente) se pueden mitigar durante una entrevista de orientación y así evitar problemas futuros.

En segundo lugar, las entrevistas de orientación pueden ayudar a eliminar expectativas inadecuadas al comunicar nuevas expectativas más adaptadas y así facilitar interacciones posteriores. A menudo, esto se puede lograr mediante una descripción o ilustración clara

(por medio de películas, videocintas o cintas grabadas) de lo que se espera que un "buen" paciente haga en una evaluación o tratamiento.

Así, el paciente sabe lo que va a suceder y lo que se espera que haga en cuanto a cooperar, esforzarse, "abrirse", ser honesto, etc. En la mayoría de los casos, los pacientes tienen libertad de escoger si desean participar en las actividades que se les describieron. Esta libertad, junto con las expectativas de parte de los que sí participan, ayudan a que las sesiones de evaluación o tratamiento, clínico o de laboratorio, sean más eficientes y efectivas (Bednar, Melnick y Kaul, 1974; Bednar y Kaul, 1978; Frank, 1973; Goldstein, 1971; Heitler, 1976; Orne y Wender, 1968).

4.1 | SISTEMAS DE CLASIFICACIÓN Y DIAGNÓSTICO DE LOS TRASTORNOS MENTALES

Hoy en día, es muy importante reconocer que grandes abismos conceptuales han sido superados en las clasificaciones y nomenclaturas de las enfermedades mentales. Hasta hace apenas 30 años en México, se utilizaban en la psicología clínica y psiquiátrica términos ambiguos, poco claros y hasta confusos para determinar una serie de enfermedades mentales. Por ejemplo, el término “neurosis” se utilizaba indistintamente para connotar estados de ansiedad, trastornos de ánimo o algunos cuadros disociativos y se empleaba de manera laxa y poco clara; de tal forma que aún entre los profesionales de la salud mental, no era posible tener un mismo concepto de una condición, dependiendo del contexto, perspectiva teórica o circunstancia en la cual se emitía el diagnóstico. Este franco desacuerdo exigía que al referir o canalizar un paciente, de un profesional a otro o de una institución a otra, se debiera hacer nuevamente un proceso de diagnóstico y un nuevo esquema de tratamiento, lo cual incrementaba costos y complicaciones para el paciente.

En otras palabras, existían numerosos y diversos términos para tratar una misma condición, ocasionando una pobre comunicación interprofesional, confusión diagnóstica, altos costos de tratamiento y poca eficiencia en el mismo. Para superar lo anterior, a nivel mundial, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de manera paralela la American Psychiatric Association (APA) hicieron grandes esfuerzos para llegar a clasificaciones o listas nominales que nos sirvieran para nombrar de manera consensuada diversos cuadros clínicos y trastornos mentales.

Existen dos principales clasificaciones para entender los trastornos mentales, la primera es la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE-10) empleada por la OMS, y la segunda es la última versión del Manual de Diagnóstico y Estadística de Trastornos Mentales, mejor conocida como DSM 5, de la Asociación Norteamericana de Psiquiatría. Gracias a estos sistemas tenemos obras simples y heurísticos clínicos, las cuales nos permiten la interlocución profesional de una manera expedita, clara y consensuada. Ambas clasificaciones exigieron de la conformación de comités clínicos o de “fuerzas de tarea” como eran llamados los grupos de expertos en campos clínicos, teóricos y de investigación que fueron creados con la finalidad de encontrar los mejores nombres para denominar los trastornos mentales y delimitar los principales signos y

síntomas para realizar el diagnóstico del mismo. Asimismo, otorgan criterios para identificar un número importante de implicaciones de tipo terapéutico, la incidencia y la prevalencia de éstos, de las entidades que deben considerarse en el diagnóstico diferencial, las diferencias en proporciones entre hombres y mujeres, algunas consideraciones de pronóstico y otros aspectos relevantes en determinadas condiciones clínicas.

En todos los casos se invita al lector a consultar las obras originales, las cuales, en extenso, describen los diversos trastornos mentales y las consideraciones para su diagnóstico; pueden revisarse tanto por la vía electrónica como en textos impresos.