

Fundamentos de psicología clínica



Salvatore Cullari

FUNDAMENTOS DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

FUNDAMENTOS DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Salvatore Cullari
Lebanon Valley College

TRADUCCIÓN:

Raúl Márquez Gileta
*Psicoanalista, Universidad Nacional
Autónoma de México*

REVISIÓN TÉCNICA:

Leticia Pineda Ayala
Universidad Anáhuac



México. Argentina .Brasil .Colombia .Costa Rica. Chile. Ecuador.
España .Guatemala. Panamá. Perú. Puerto Rico.Uruguay.Venezuela

Datos de catalogación bibliográfica

CULLARI, SALVATORE

Fundamentos de psicología clínica

PEARSON EDUCACIÓN, México, 2001

ISBN: 970-26-0007-3

Área: Universitarios

Formato: 18.5 x 23.5 cm

Páginas: 480

Versión en español de la obra titulada *Foundations of Clinical Psychology*, de Salvatore Cullari, publicada originalmente en inglés por Allyn and Bacon, Needham Heights, MA, E.U.A.

Esta edición en español es la única autorizada.

Original English language title by

Allyn & Bacon.

Copyright© 1998

All rights reserved

ISBN 0-205-26202-3

Edición en español:

Editor: Rocío Cabañas Chávez

Editor de desarrollo: Jorge Bonilla Talavera

Supervisor de Producción: José D. Hernández Garduño

Edición en inglés:

Series editor: Carla F. Daves

Series editorial assistant: Susan Hutchinson

Manufacturing buyer: Suzanne Lareau

PRIMERA EDICIÓN, 2001

D.R. © 2001 por Pearson Educación de México, S.A. de C.V.

Atlacomulco 500-5to. Piso

Industrial Atoto

53519, Naucalpan de Juárez, Edo. de México

Cámara Nacional de la Industria Editorial Mexicana. Reg. Núm. 1031.

Reservados todos los derechos. Ni la totalidad ni parte de esta publicación pueden reproducirse, registrarse o transmitirse, por un sistema de recuperación de información, en ninguna forma ni por ningún medio, sea electrónico, mecánico, fotoquímico, magnético o electroóptico, por fotocopia, grabación o cualquier otro, sin permiso previo por escrito del editor.

El préstamo, alquiler o cualquier otra forma de cesión de uso de este ejemplar requerirá también la autorización del editor o de sus representantes.

ISBN 970-26-0007-3

Impreso en México. *Printed in México.*

1 2 3 4 5 6 7 8 9 0 - 04 03 02 01



CONTENIDO

Prefacio y reconocimientos	vii
Acerca de los colaboradores	ix

PARTE I. INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

1. HISTORIA E INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA CLÍNICA	<i>Bonnie R. Strickland</i>	1
2. EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO CLÍNICO	<i>Robert J. Gregory</i>	26
3. PRUEBAS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA	<i>Robert J. Gregory</i>	51
4. ÉTICA Y RAZONAMIENTO ÉTICO	<i>Mitchell M. Handelsman</i>	80
5. CÓMO EVALUAMOS LO QUE HACEMOS	<i>David L. Streiner</i>	112

PARTE II. ENFOQUES PSICOLÓGICOS AL TRATAMIENTO

6. CÓMO TRATAR AL INDIVIDUO	<i>Jerold R. Gold</i> <i>George Stricker</i>	138
7. PSICOTERAPIA DE GRUPO	<i>Rae Dezettel Perls</i>	164
8. TERAPIA BREVE EN LA PSICOLOGÍA CLÍNICA	<i>John F. Cooper</i>	185
9. EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES	<i>Gary Geffken</i>	216
10. RESISTENCIA AL TRATAMIENTO	<i>Salvatore Cullari</i>	249

PARTE III. PROBLEMAS BIOLÓGICOS EN LA PRÁCTICA CLÍNICA

11.	FUNDAMENTOS BIOLÓGICOS DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA	<i>Clifford N.Lazarus</i>	272
12.	PSICOFARMACOLOGÍA PARA PSICÓLOGOS CLÍNICOS	<i>Dan Egli</i>	305
13.	MEDICINA CONDUCTUAL/ PSICOLOGÍA DE LA SALUD	<i>Kathy Sexton-Radek</i>	331

**PARTE IV. PROBLEMAS SOCIALES, CULTURALES Y LEGALES
EN LA PSICOLOGÍA CLÍNICA**

14.	PSICOLOGÍA COMUNITARIA	<i>Karen GroverDuffy</i>	348
15.	LA PSICOLOGÍA TRANSCULTURAL Y LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS DE PSICOLOGÍA	<i>Juris G. Draguns</i>	375
16.	PSICOLOGÍA FORENSE	<i>Gerald Cooke</i>	403
	Glosario		424
	Índice de nombres		437
	Índice analítico		457

PREFACIO Y RECONOCIMIENTOS

AL INSTRUCTOR

La psicología clínica ha recorrido un largo camino desde que Lightner Witmer abrió la primera clínica en la universidad de Pennsylvania en 1896, y dio su nombre a nuestra disciplina.

Desde ese momento, nuestra actividad profesional principal ha cambiado desde las pruebas hasta el tratamiento psicológico; los pacientes que tratamos en su mayoría son adultos y en menor grado niños; y el modelo científico-practicante quizá se ha orientado más a la práctica y menos a lo científico. Mientras tanto, la psicología clínica se ha vuelto el área de especialidad más grande en la Asociación estadounidense de psicología.

A pesar de estos importantes cambios, los próximos cien años prometen ser más turbulentos. En la última década, el cuidado en el manejo ha cambiado dramáticamente de alguna manera la forma en que algunos psicólogos clínicos ejercen su práctica. Mientras la psicoterapia por sí misma se ha vuelto más breve, su papel y otras obligaciones no relacionadas con el tratamiento han proliferado. Por ejemplo, uno de mis colegas del medio me hizo pensar en la broma de que pasa más tiempo hablando de las organizaciones de administración del cuidado de la salud (managed care organizations) que con sus pacientes.

Al mismo tiempo, los aspectos biológicos de la conducta han asumido un rol mucho más prominente en nuestro campo. Es raro en estos días encontrar a un psicólogo clínico que no refiera a una gran parte de estos pacientes a los médicos o psiquiatras para su medicación. Correspondientemente, se ha venido viendo con claridad que muchos de los trastornos como la esquizofrenia y la depresión tienen (al menos en parte) orígenes biológicos y genéticos.

Como muchos profesionales han notado en el pasado, la psicología clínica está en una posición única de tratar de balancear los rigores de la ciencia, como lo demanda la práctica. Aunque no hemos podido alcanzar un consenso de que nuestro esfuerzo ha tenido éxito o no, este aspecto distintivo es uno de nuestros recursos y fortalezas más grandes. Al situarnos con claridad aparte de otros profesionales de la salud mental, y al mantener este balance, es probable que sea la única manera en que podamos tener la esperanza de lograr un progreso significativo en nuestro campo. En consecuencia, este modelo sirve como la columna vertebral de este libro.

Este libro es escrito en forma contraria a esta estructura. A pesar de los notables cambios señalados aquí, muchos textos introductorios de psicología clínica han permanecido en esencia igual durante años. Este libro difiere de otros de varias maneras. Primero, en lugar de haber sido escrito por una sola persona o por un reducido número de autores, reúne a 16 diferentes especialistas. El campo de la psicología clínica, como el de otras profesiones similares, ha llegado a especializarse tanto que es imposible para uno o dos autores mantenerse al corriente de los cambios y adelantos importantes en todos los campos. Como se comprobará al leer este libro, cada autor ha sido capaz de compilar la más actualizada y concisa descripción de su área de especialización.

La segunda manera en que este libro difiere de otros es que ha sido escrito por verdaderos practicantes. Casi la mitad de los autores se dedican de tiempo completo a la práctica privada, y virtualmente todos los demás tienen una amplia experiencia en el mundo real. No es un secreto que muchos psicólogos clínicos tienen una tendencia a ignorar los resultados de las investigacio-

nes actuales. Parte de la razón de esto es que más de la mitad de los artículos de investigación clínica publicados en Estados Unidos han sido escritos por académicos. A menudo, los temas, escenarios y condiciones en estos estudios se han alejado del mundo real. Así, la validez externa tiende a sufrir, y la generalización de los resultados se convierte en un problema mayor. Muchos de los psicólogos practicantes con quienes he interactuado reportan que estos estudios a menudo son irrelevantes para ellos. Por otra parte, como he dicho antes, mantener el modelo científico-práctico parece ser crucial para nuestro campo. Este libro es un intento por tender un puente para cubrir esta brecha.

Además de los temas tradicionales que se encuentran en los textos de introducción a la psicología clínica (es decir, historia, evaluación y prueba, métodos de tratamiento, ética y estadística), este libro presenta capítulos sobre psicoterapia breve, psicología forense, psicofarmacología, aspectos biológicos de la conducta, psicología transcultural, psicología conductual y de la salud, psicología del niño y del adolescente, y la resistencia al tratamiento. Contiene 16 capítulos que enfocan e integran la evaluación y el tratamiento.

Este libro ha sido escrito tanto para estudiantes del último año de la carrera, como para los de primer ingreso. Supone que el lector tiene la preparación básica en estadística, teorías de la personalidad, psicología anormal, y evaluación y pruebas. Este libro puede ser usado también por estudiantes en campos relacionados como la psiquiatría, la enfermería psiquiátrica, el trabajo social, la educación especial y la orientación psicológica.

AL ESTUDIANTE

Aquellos de ustedes que entran al campo de la psicología clínica, se embarcan en un viaje muy excitante. El trabajar con individuos que tienen problemas emocionales es una experiencia estimulante y el ayudar a alguien a superar una crisis vital, puede ser muy reconfortante. A la vez, nuestro campo ofrece muchos retos. Usted trabajará con algunos pacientes cuyos problemas parecen ser insuperables y otros cuyas tendencias suicidas pueden ser muy difíciles de sobrellevar. Además, los clínicos enfrentan los retos económicos y políticos

que infortunadamente tienen una relevante importancia en nuestro campo.

Este libro está diseñado para abordar esos problemas y para ayudarle a dar sus primeros pasos para que se convierta en un terapeuta profesional. Quizás usted pueda considerar este libro como un aperitivo al curso principal de capacitación que está por tomar. Hemos intentado que su lectura sea lo más amistosa posible. Cada capítulo contiene referencias bibliográficas y una lista de libros recomendados que le permitirán explorar más un tema de interés. También hemos incluido un glosario de términos al final de este libro.

El texto es consistente con el modelo científico-practicante de la psicología clínica, que creemos más apropiado para el curso. También toma un enfoque integrador del tratamiento que involucra el uso de los aspectos más efectivos de las diversas orientaciones, y al mismo tiempo el paciente es tratado como un individuo único.

Quiero aprovechar esta oportunidad para agradecer a muchos de los pacientes con los que he trabajado a través de los años por proveerme una educación que nunca recibí en la escuela. También deseo agradecer a todos los autores que contribuyeron en la preparación de este libro por su formidable esfuerzo.

Estoy en deuda con el equipo de Allyn y Bacon, en especial con Milan Jaixen, Susan Hutchinson y Carla Daves, por sus sugerencias e íntegro apoyo a este proyecto. Steve Spencht y Mary Pettice del Lebanon Valley College, por revisar varios capítulos y hacerme sugerencias que resultaron de gran ayuda.

Mi agradecimiento a los siguientes revisores por sus comentarios sobre el manuscrito: Bernie Jensen, de la University of Central Florida; Stephen Black, del Millsaps College; Edward J. Yelinck, de Wilson College; Robert W Wildblood, de Northern Virginia Community College; James P. Guinee, de la University of Central Arkansas, y Diane L. Finley, de la Towson State University.

Quiero agradecer en especial a mi esposa, Kathi, y a mis hijos Dante y Catie, por su paciencia debido a que otro proyecto me ha alejado de ellos por tanto tiempo.

Para finalizar, deseo agradecer a los estudiantes del Lebanon Valley College por inspirarme a iniciar y finalizar este proyecto.

ACERCA DE LOS COLABORADORES

Gerald Cooke recibió su doctorado en psicología clínica de la University of Iowa en 1966. Es diplomado de la American board of forensic psychology/American board of professional psychology y es miembro de la American academy of forensic psychologists. Él ha enseñado en un número importante de universidades y es autor de libros, de capítulos de libros, y ha publicado artículos en revistas de psicología forense. Él y su esposa, Margaret, están en la práctica juntos en Plymouth Meeting, Pennsylvania. La práctica se limita a la psicología forense.

John F. Cooper, quien posee la licencia de psicólogo es un clínico-práctico y consultor en Minneapolis. Presidente formal de la Minnesota society of brief therapy, es autor de *A primer of brief psychotherapy* (1995, Norton) y profesor adjunto de la Minnesota school of professional psychology.

Salvatore Cullari recibió un doctorado en psicología de la Western Michigan University en 1981. En la actualidad es profesor y presidente del Departamento de psicología del Lebanon Valley College, donde imparte cursos en la concentración clínica/consejería. Antes de su carrera de enseñanza, trabajó en diferentes hospitales psiquiátricos y centros para discapacidades del desarrollo, y en la práctica privada. Es autor del libro *Treatment resistance: A guide for practitioners*, publicado por Allyn y Bacon en 1996.

Juris G. Draguns nació en Letonia en 1932, donde completó su educación primaria. Terminó su preparatoria en Ausburg, Alemania. En Estados Unidos, obtuvo su licenciatura en el Utica College of Syracuse Univer-

sity en 1954 y fue galardonado como doctor en psicología clínica en la University of Rochester en 1962. Después se empleó como psicólogo clínico e investigador en el Rochester (NY) State Hospital y Worcester (MA) State Hospital, en 1967 aceptó el nombramiento como académico en la Pennsylvania State University, donde es profesor de psicología. Enseñó también en la Clark University, en el Leicerster Junior College, en la University of Rochester, y el Florida Institute of Technology. Ha realizado visitas a la Johannes Gutenberg University en Mainz, Alemania; al East-West Center en Honolulu; a la Flinders University en Bedford, al sur de Australia; y a la National Taiwan University en Taipei.

El interés por la investigación transcultural del doctor Draguns se ha centrado en los trastornos psicológicos, que han extendido la inclusión de características de personalidad, la conducta social compleja, y la terapia y las relaciones terapéuticas y de consejería. Al mismo tiempo, se ha interesado en especial en el rol de los factores culturales del cambio económico, político, y social del este y centro de Europa. Es miembro de la junta consultiva del Multicultural research center en Daugavpils, Letonia. El doctor Draguns ha publicado mas de 100 artículos, capítulos y monografías en publicaciones de psicología, psiquiatría e interdisciplinarias; muchos de ellos tratan temas culturales.

Karen Grover Duffy posee un doctorado en personalidad y psicología social de la Michigan State University. En la actualidad es directora y profesora de servicios distinguidos en el Geneseo College de la State University de Nueva York, donde enseña psicología comunitaria, psicología social y psicología de la personalidad. Karen es una mediadora familiar certificada por

el Unified court system del estado de Nueva York, es miembro de la junta ejecutiva del New York state employee assistance program, y presta servicios en varios puestos comunitarios. En 1995 obtuvo el Fullbright fellowship en St. Petersburg, Rusia, donde enseñó psicología comunitaria y mediación familiar. Continuó sus consultas en dependencias comunitarias y enseña en Rusia cuando es posible.

Dan Egli, médico con licencia en psicología clínica, de tiempo completo en la práctica privada en Williamsport, Pennsylvania, durante 17 años. Se ha especializado en la consulta psicofarmacológica, es miembro de la APA, y fungió como director de la Fuerza de tarea de la APA en psicofarmacología.

Gary Geffken, médico y profesor asociado de psicología clínica en el departamento de psiquiatría, pediatría y psicología clínica y de la salud en el University of Florida health science center. Su enseñanza, investigación y práctica clínica la realiza con niños y adolescentes. Es presidente de la Florida psychological association desde 1997.

Jerold R. Gold, médico y profesor de psicología en la Long Island University, y profesor de clínica y supervisor en el programa posdoctoral en psicoanálisis en la Adelphi University. Contribuye a menudo con bibliografía en integración de la psicoterapia; es el autor del libro *Key concepts in psychotherapy integration* (Plenum Press, 1996) y está en la junta editorial de la *Journal of psychotherapy integration*.

Robert J. Gregory, médico. En la actualidad es profesor de psicología en Weaton College (Illinois), enseña a graduados y estudiantes cursos en investigación, estadística y evaluación intelectual. Estuvo en la facultad de la University of Idaho por 23 años y fungió como director de 1990 a 1995. Es autor del libro *Psychological testing: history, principles, and applications* (2ª. ed.), publicado en 1996 por Allyn y Bacon.

Mitchell M. Handelsman recibió su grado de licenciatura en el Haverford College y posee maestría y doctorado de la University of Kansas. Es profesor de psicología en la University of Colorado en Denver. En 1995

recibió el premio de excelencia en enseñanza de la Sociedad de enseñanza en psicología.

Clifford N. Lazarus, médico. En la actualidad posee licencia en psicología en práctica de tiempo completo en Princeton, New Jersey, donde dirige los Servicios de psicología comprensiva. Además de la práctica clínica general, se especializa en la salud y en neuropsicología.

El Dr. Lazarus recibió su licenciatura, maestría y doctorado en psicología de la Rutgers University, donde fue un Henry Rutgers research scholar, y completó su internado clínico en la Fairleigh Dickinson University, división de servicios psicológicos. De 1989 a 1994 fue director asociado de Princeton biomedical research, PA., una institución líder dedicada a evaluar la nueva generación de medicamentos psiquiátricos para las compañías farmacéuticas y para la Administración de alimentos y medicamentos.

El Dr. Lazarus es consultado ampliamente por las empresas e industrias sobre cuestiones de psicología de la salud, manejo del estrés, comunicación efectiva y resolución de conflictos; ha publicado numerosos artículos profesionales, artículos en revistas y capítulos de libros, y ha sido coautor de dos populares libros, *Don't believe it for a minute—Forty toxic ideas that are you crazy*, y *The 60-second shrink—101 strategies for staying sane in a crazy world*.

Miembro de la Asociación estadounidense de psicología y de la Association for the advancement of behavior therapy, el doctor Lazarus es director regional del Prescribing psychologists' register y presta servicios en el Curriculum development committee. Además de su trabajo clínico y consultivo, el doctor Lazarus es invitado del programa semanal de radio "Mental health matters."

Rae Dezettel Perls, licenciado en la University of Chicago; con maestría y doctorado por la University of New Mexico, es un psicólogo clínico que practica en Albuquerque, New Mexico; psicólogo consultor escolar en la Albuquerque Public School; y profesor clínico en el Departamento de psiquiatría de la University of New Mexico School of Medicine. El doctor Perls es psicoterapeuta de grupo certificado y miembro de la American group psychotherapy association.

Kathy Sexton-Radek doctora y profesora de psicología en el Elmhurst College de Elmhurst, Illinois, donde

ha enseñado durante diez años. También es licenciada en psicología clínica en la práctica privada de medio tiempo. Es investigadora y especialista clínica en las áreas de medicina conductual/psicología de la salud, medicina del sueño, psicología del deporte y pedagogía. Es miembro de la Society for behavior medicine, de la Association for the advancement of behavior therapy y la Asociación estadounidense de psicología.

David L. Streiner, graduado de Syracuse en 1968, con doctorado en psicología clínica. Desde entonces ha estado en la McMaster University, donde es profesor en los departamentos de epidemiología clínica, bioestadística y psiquiatría. Fue jefe de psicólogos en el McMaster University medical centre durante 12 años. Con sus colegas, ha escrito cuatro libros en las áreas de estadística, epidemiología y medición.

George Stricker, médico. Es Distinguished research professor en la Adelphi University. Recibió premios APA por sus contribuciones distinguidas a la psicología aplicada en 1990, y por sus contribuciones distinguidas a la carrera de educación y a la capacitación en psicología, en 1995. Fue presidente de la División de APA en psicología clínica y es miembro del consejo de directores del registro nacional de EE.UU.

Bonnie R. Strickland, doctora en psicología clínica en la Ohio State University en 1992, ha sido profesora en las facultades de la Emory University of Massachusetts en Amherst, así como investigadora, administradora y doctora. Ha sido presidenta de la Asociación estadounidense de psicología, de la Division of clinical psychology, de la American association of applied and preventive psychology y fundadora de la American psychological society.

CAPÍTULO 1

HISTORIA E INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

Bonnie R. Strickland

Un joven consuela a una pareja afligida que acaba de saber que su hijo de 9 años de edad tiene una enfermedad incurable. En el mismo hospital de enseñanza, una mujer de mediana edad se reúne con un grupo de mujeres con cáncer de mama para discutir su enfermedad y las maneras en que podrían mejorar la calidad de sus vidas. En una universidad cercana, una joven profesora se encuentra con sus alumnos, estudiantes y titulados, para analizar su investigación sobre los estereotipos raciales y de género y la psicopatología. Después, esa tarde, en la misma ciudad, un varón, perteneciente a una minoría, se involucra en acaloradas negociaciones con los líderes de dos bandas de la parte interna de la ciudad que, muy molestos, amenazan con violentarse debido a una disputa por el territorio.

Todas estas actividades son dirigidas por psicólogos clínicos a nivel doctoral, aunque también podrían hacerlo los miembros de otras disciplinas y profesiones. El acongojado consejero podría ser un médico o un miembro del clero; el terapeuta de grupo podría ser una enfermera o una paciente que ha experimentado cáncer de mama; el profesor podría ser un psicólogo social o un representante de otra disciplina distinta a la psicología, como la docente o la sociología; el negociador de la banda podría ser un trabajador social, o un ex miembro de alguna banda. Sin embargo, la psicología clínica es el único campo que capacita a los estudiantes pa-

ra hacer todas y cada una de estas actividades. Entonces, ¿qué es exactamente un psicólogo clínico?, ¿qué hacen ellos?, ¿cómo puede reconocerlos cuando están cerca de usted?, ¿le gustaría ser así?

La psicología se ha vuelto una de las asignaturas más populares para los estudiantes universitarios. Aproximadamente cuatro mil estudiantes doctorados de los programas de licenciatura en psicología egresan todos los años, de los cuales la gran mayoría son psicólogos clínicos. La Asociación estadounidense de psicología (APA, por sus siglas en inglés), que es la organización nacional más grande de psicólogos en el mundo, tiene más de 87,000 miembros. También tiene 59,000 estudiantes afiliados en Estados Unidos, 3,300 afiliados internacionales y 1,700 profesores de educación superior afiliados. Casi 90% de los miembros de la APA son psicólogos clínicos o de otras profesiones relacionadas, tales como psicólogos y consejeros en escuelas y en industrias organizacionales. ¿Cómo se volvió tan atractiva la psicología clínica? ¿Qué es tan llamativo en ella?

¿QUÉ ES LA PSICOLOGÍA CLÍNICA?

La psicología clínica pretende ser un campo, una disciplina, una ciencia y una profesión que cubra en rango y totalidad la conducta humana. El trabajo de los psicólogos clínicos cubre eventos desde las células del cere-

bro hasta las celdas. Después de años de intentar definir la psicología clínica, la División de psicología clínica de la APA publicó un folleto con esta definición:

El campo de la psicología clínica integra ciencia, teoría y práctica para entender, predecir y aliviar el desequilibrio, la invalidez y la incomodidad; también promueve la adaptación humana, el ajuste y el desarrollo personal. La psicología clínica está enfocada en los aspectos intelectuales, emocionales, biológicos, psicológicos, sociales y del comportamiento humano que funcionan a través de la existencia en las diferentes culturas, y en todos los niveles socioeconómicos.

Quizá entonces no sea ninguna sorpresa que la psicología clínica tenga gran atractivo para las personas que están interesadas en la ciencia y que tengan la curiosidad de saber cómo se desarrolla, se mantiene y se cambia la conducta humana. La psicología clínica también es llamativa para las personas que desean una profesión altruista y cuyas metas son aliviar el dolor y mejorar la condición humana. ¿Pero puede cualquier campo cubrir los requisitos y tener todos estos intereses para entender y cambiar la conducta humana? ¿Puede un área por sí sola integrar de verdad la ciencia con la práctica? ¿Ha encontrado la psicología clínica contemporánea su misión y ha alcanzado el desafío de sus principales metas? Para encontrar algunas respuestas, miremos el desarrollo histórico de la psicología clínica, con sus principios en medicina, filosofía, ciencia y teología.

LAS RAÍCES DE LA PSICOLOGÍA

La gente de la época prehistórica sentía el calor y veía la luz del sol, rastreaba la luna y las estrellas, contaba los días y marcaba las estaciones. Lograba hacer fuego y construía refugios, usaba la gravedad para su beneficio, desarrollaba herramientas y esculpía vasijas. Los primeros humanos no podían escapar a las simples leyes de la ciencia, con sus causas y efectos, sus observaciones y repeticiones. Desarrollaron un sistema de clasificación rudimentario en el que situaban objetos inanimados (piedras y montañas) contra objetos animados (bestias salvajes y otras personas), comida contra sustancias venenosas, calor contra frío. Aunque la ciencia primitiva sólo consistió en la matemática y la búsqueda de los cielos (astronomía, astrología), las personas primitivas tenían que ser psicólogos naturales, conscientes de las emociones y dependientes de sus senti-

dos y su percepción del mundo y de las personas en él. Incluso, desarrollaron normas sociales y un sentido de justicia social dentro de sus familias, grupos y comunidades, constantemente alertas para garantizar su seguridad.

Estos ciudadanos y científicos primitivos observaron los cielos y miraron a las estrellas para determinar cómo describir el paso del tiempo y la vida en la tierra. Desarrollaron conceptos míticos para explicar el comportamiento humano y los rituales mágicos para aliviar el sufrimiento físico. Cinco mil años después, los psicólogos clínicos todavía se preguntan acerca de la conducta humana, observan a las personas en lugar de a los planetas. Continúan desarrollando nociones teóricas acerca de quiénes somos y qué seremos, así como técnicas de psicoterapia para aliviar el sufrimiento.

Aunque las ciencias primitivas y las matemáticas más rudimentarias evolucionaron a partir de la necesidad humana básica y la aplicación del conocimiento a los problemas de la supervivencia, las tensiones entre la ciencia teórica y el hecho de poner ese entendimiento científico en práctica en la historia occidental ha estado con nosotros por lo menos desde Platón. Por más de dos mil años la ciencia estuvo sólo como un puro ejercicio de la razón, un tanto divorciada de los sentidos y del "objeto de ocupaciones serviles", al grado de considerarse un obstáculo para el progreso (Metraux y Crouzet, 1963). Por ejemplo, las bombas y un artefacto de vapor se inventaron antes de la era Cristiana, pero nunca se usaron para acarrear agua o llevar en forma mecánica grandes cargas (quizá porque el uso extendido de esclavos, así como de gente encargada de la construcción hicieron tales invenciones innecesarias). La ciencia como ejercicio de la razón continuó hasta principios del siglo XII, cuando Francis Bacon, con su énfasis en la prueba experimental, se acreditó como el fundador de la ciencia moderna. Los siglos XIX y XX han visto el florecimiento de descubrimientos científicos, adelantos tecnológicos y, en muchos casos, una sinergia entre teoría y aplicación.

Tal como lo hace la gente en la actualidad, nuestros antepasados prehistóricos quisieron permanecer vivos y libres de dolor. Pero por lo general sus vidas eran cortas, brutalmente reducidas por desastres naturales, accidentes y luchas violentas (a veces con animales salvajes, pero más a menudo con sus propios compañeros). Casi todos los restos de nuestros antepasados primitivos han desaparecido, aunque permanecen algunos fragmentos de hueso y bacterias fosilizados. El raquitismo y el desgaste dental certifican la escasez de comida; las deformidades óseas hacen pensar en artritis y reumatismo

("gota de cueva"). Para aliviar el sufrimiento y curar enfermedades, las personas prehistóricas observaban a la naturaleza. Ellos veían a los animales lamer sus heridas y comer ciertos pastos y plantas. Es muy probable que las personas de la antigüedad comenzaran a identificar las propiedades curativas de diversas plantas; los esqueletos primitivos muestran que eran hábiles para tratar las fracturas de hueso. Más aun, azotados por las poderosas fuerzas de la naturaleza, las personas primitivas atribuían el poder para dañar (y para sanar) a los animales y espíritus, y buscaban el alivio en estos tótems. Se entrelazaron la magia, la religión y la medicina; se pensaba que los curanderos o hechiceros tenían poderes mágicos para oponerse a los demonios de la enfermedad (Leff y Leff, 1958). Cuando las hierbas o los rituales no sanaban un desorden, el curandero o curandera recurría a otros tratamientos como el de las sangrías o incluso la cirugía cerebral (trepanación). Al usar pociones naturales para proteger el cerebro, estos cirujanos primitivos cortaban el cráneo con pedernales afilados, quizás para liberar a los malos espíritus que afligían al paciente y que causaban padecimientos como la locura, epilepsia, ceguera o dolores de cabeza persistentes. A menudo, los pacientes eran segregados junto con sus pertenencias para proteger a la comunidad de los espíritus malévolos.

Los egipcios desarrollaron una sofisticada aproximación a la medicina y la curación, por lo menos para sus gobernantes y soldados. Los esclavos que trabajaban construyendo palacios y pirámides eran fácilmente reemplazados, y por lo general no se les proporcionaba tratamiento para los efectos de la desnutrición y de los accidentes que acortaban sus vidas. Los médicos-sacerdotes usaban una amplia variedad de drogas y hierbas para tratar las enfermedades. Incluso escribieron libros de texto; uno describía remedios para más de 260 enfermedades; otro listaba técnicas quirúrgicas usadas para las lesiones en el campo de batalla (Leff y Leff, 1958).

El crecimiento de la medicina llegó a todas las culturas en vías de desarrollo, y el conocimiento de la salud era compartido junto con el comercio y el intercambio. Babilonia tenía un código de ética médica y también una única manera de tratar algunas dolencias individuales. El enfermo se sentaba en el mercado y tenía que hablar con los transeúntes acerca de las enfermedades y dolencias similares a las suyas para buscar formas de tratamiento. China realizaba exámenes médicos gubernamentales y controlaba los salarios de los médicos. Los antiguos hindúes capacitaban a estudiantes de me-

dicina en cirugía haciendo que practicasen con animales y plantas, como los tallos huecos de los lirios acuáticos o las venas largas de las hojas. Los judíos, a través de las leyes del Talmud, enseñaron a otras naciones la higiene social, especialmente la importancia de la limpieza (Leff y Leff, 1958).

La inoculación contra la viruela fue practicada también por culturas muy separadas entre ellas. Quizá notaron que las personas que se recuperaban de la viruela nunca se vieron afligidas de nuevo por ésta, y frotaban pus de una persona infectada en una herida de alguien a quien deseaban proteger (Leff y Leff, 1958). La medicina primitiva, sin embargo, se basaba en la creencia de que las enfermedades físicas y los desórdenes mentales ocurrían debido a la posesión de un demonio, o incluso pensaban que el enfermo había ofendido a las deidades de alguna manera. Desde extravagantes rituales de entierro hasta simples remedios como la mezcla de sangre y estiércol de ciertos animales, la medicina primitiva era un esfuerzo por calmar a los dioses para que el paciente pudiera restaurar su estado saludable. No hay duda de que la primera práctica de psicoterapia fue practicada por los hechiceros, y aquellos que eran reconocidos por la comunidad como sacerdotes y curanderos aconsejaban a los pacientes acerca de cómo cambiar su conducta para complacer a las deidades.

Cuando los grandes imperios de la edad de bronce comenzaron a decaer, los griegos, utilizando el hierro para las herramientas, y favorecidos con abundantes litorales en las rutas de la civilización, se volvieron la cultura dominante en la agricultura, las artes, el comercio, la filosofía, la ciencia y la medicina. Los filósofos y médicos griegos reemplazaron las antiguas prácticas médicas místico-mágicas con un razonado enfoque empírico a la enfermedad y la curación. Observando a sus pacientes cuidadosamente, analizaron los patrones del dolor, rastrearon el curso de una enfermedad, y en forma cuidadosa registraron los resultados, incluso cuando el resultado era la muerte. Algunos archivos clínicos griegos y descripciones de casos de enfermedades como la tuberculosis, la fiebre puerperal, epilepsia, paperas y malaria son clásicas, y nosotros todavía usamos algunas de las prescripciones medicinales que los griegos obtuvieron de las plantas (Leff y Leff, 1958). Aclamando el poder curativo de la naturaleza y la importancia de un adecuado albergue, agua limpia, dieta y ejercicio, los griegos también fueron pioneros en salud pública.

Aunque contaban con impecables observaciones, un cuidadoso registro de síntomas y el proceso de cura-

ción, los griegos eran tristemente ignorantes de los cambios fisiológicos. Ellos creyeron, por ejemplo, que el cerebro enfriaba el corazón, que era la sede de la razón. Al pensar en el número "4" como de especial importancia, los filósofos griegos describieron cuatro elementos básicos (fuego, tierra, aire y agua) con cuatro cualidades correspondientes (calor, seco, frío y húmedo). Propusieron entonces que el cuerpo humano estaba compuesto por cuatro elementos correspondientes o humores (sangre, flema, bilis amarilla y negra). La personalidad y el bienestar de un individuo dependían del equilibrio de los humores; el exceso de uno llevaría a desórdenes psicológicos (por ejemplo: demasiada bilis negra causaba depresión). Los fisiólogos griegos trataban a la persona intentando restaurar el equilibrio de los humores a través de la sangre, los enemas y las purgas forzadas. A pesar de las reglas de la lógica de los filósofos, muchos griegos se inclinaron a la religión para la curación y purificación del cuerpo y visitaron ciertos templos, muy parecido a cuando nosotros visitamos un balneario hoy en día. Los visitantes eran instados a relajarse de la tensión de sus vidas diarias en lugares encantadores. Se les daban dietas especiales y una oportunidad para tomar baños rituales. Los sacerdotes ofrecían consejo y sugerencias para mejorar el bienestar; a veces desempeñaban el papel de dioses y se aparecían a los residentes cuando dormían.

Aunque no se les ha mencionado en la mayor parte de los libros de historia, las mujeres jugaron un papel importante como curanderas y médicos en la Grecia antigua. Elena de Troya es descrita en *La Odisea* de Homero como una curandera particularmente experimentada que prescribió drogas para aliviar el dolor y alterar el humor. Pitias, la esposa de Aristóteles, escribió algo del trabajo atribuido a él, sobre todo de la reproducción. Las mujeres curanderas eran particularmente diestras en la prevención y la inducción del aborto. Una mujer médico, Agnodice, vistió ropa de hombre para enmascarar su sexo y fue enjuiciada cuando fue descubierto su engaño. Las mujeres de Atenas se apresuraron a su defensa y amenazaron a sus maridos si no era liberada. Agnodice fue perdonada, reanudó su práctica médica y después se vistió como deseaba (Achterberg, 1990).

La medicina griega mantuvo su influjo a través del surgimiento del Imperio Romano, ya que los romanos tenían poco interés por la medicina o por sus practicantes. La biblioteca de Alejandría y la escuela médica de Egipto, construida por Alejandro el Grande, fue la

cuna del conocimiento griego. Allí, los médicos realizaron investigaciones en anatomía, fisiología y patología, a veces usando prisioneros, y hacían disecciones en vivo. Los romanos, sin embargo, se volvieron particularmente adeptos a la cirugía durante sus extendidas conquistas militares. Ellos prepararon clínicas ambulantes para los heridos en el campo de batalla; estos hospitales "de campaña" se volvían permanentes de vez en cuando y se utilizaron para los civiles y esclavos, así como para los soldados. Hombres y mujeres practicaron en estas enfermerías todo lo que se conocía de medicina. La salud pública también floreció en cuanto a que los funcionarios de salud pública, pagados por el Estado, examinaban la comida y supervisaban el agua y los sistemas de drenaje de los acueductos elaborados (Achterberg, 1990; Leff y Leff, 1958).

La caída de Roma y el periodo del oscurantismo condujeron a un milenio de historia occidental casi privada de grandes adelantos en ciencia y medicina. La Iglesia Cristiana, en conflicto con las supersticiones y creencias religiosas primitivas de los invasores del norte, en ocasiones se expresó en el vulnerable dogma de que la felicidad sólo podría encontrarse en la vida después de la muerte (asumiendo, por supuesto, el seguimiento de las enseñanzas de la Cristiandad). Los monjes religiosos conservaron el conocimiento escrito de Grecia y Roma, pero el dogma de la Iglesia no permitió que se disintiera de su rígida enseñanza, ni de algún examen de la ciencia o la medicina primitiva. Se pensaba que las grandes plagas que asolaron Europa occidental eran un castigo por el pecado cometido, pues todas las enfermedades se atribuían a los demonios. Sólo de vez en cuando la cultura occidental había sido influenciada por viajeros del Este, quienes habían continuado sus avances en las artes y ciencias. Los árabes habían traducido los primitivos manuscritos griegos y romanos sobre la curación, e incorporado sus importantes avances en medicina. Los nuevos perfumes y especias de Asia, junto con los remedios herbarios conocidos, fueron la base para las ciencias química y farmacéutica. Los árabes construyeron hospitales en cada ciudad principal; supuestamente, escogieron los sitios por la frescura del aire. Por ejemplo, Bagdad tenía más de 60 hospitales, incluyendo clínicas para pacientes ambulantes y farmacias (Leff y Leff, 1958).

Sin embargo la revolución científica, iniciada con tanto éxito por las civilizaciones antiguas, se negó durante más de mil años en Europa occidental. La medicina era una mezcla de rituales paganos y cristianos, y

las cuidadosas observaciones de causa y efecto en enfermedades físicas y mentales casi desaparecieron.

Las universidades para el estudio de las artes y ciencias existieron por siglos en China y sudeste de Asia, pero no se desarrollaron en el Oeste hasta aproximadamente 1000 d. C. La más distinguida de éstas estaba en Salemo, Italia, un cruce de caminos del mediterráneo ya famoso por sus baños curativos. Árabes, cristianos, judíos y latinos, hombres y mujeres, constituían la facultad y el cuerpo de estudiantes de esta importante escuela médica. Durante los siguientes 300 años, se establecieron más de ochenta importantes centros de aprendizaje en ciudades europeas, los cuales cubrirían la suma del conocimiento en todas las materias, desde la anatomía y la cirugía hasta las leyes, la filosofía y la teología. Sin embargo, los practicantes de las artes curativas obtuvieron pocos conocimientos de las artes básicas y las ciencias. Ellos probablemente ejercían su destreza en medicina rudimentaria con técnicas adquiridas a través de la experiencia y periodos de aprendizaje. La práctica profesional, entonces como ahora, se basaba en la acumulación del conocimiento de practicantes experimentados y su aplicación para curar a las personas que estaban padeciendo. Se organizaron varios "gremios" para reservar las actividades profesionales a aquellos experimentados en las artes curativas. En Inglaterra, la Comunidad de médicos reales y de cirujanos se estableció en 1435, y entre sus funciones se autorizó a los barberos para que pudieran llevar a cabo tratamientos por medio de sangrados en heridas externas e incluso emplear los enemas, así como también se autorizó a los verdugos para que pudieran componer huesos. La autoridad para practicar estaba controlada por la Iglesia y las cortes, quienes también determinaban el contenido del conocimiento médico.

Mientras la Iglesia ganaba en influencia, el clero se encargó del tratamiento de la histeria y de ciertos padecimientos, como las convulsiones y la epilepsia, que se creía que ocurrían cuando las víctimas desgraciadas eran poseídas por el diablo. Las curaciones iban desde el rociado con agua bendita, pasando por el exorcismo, hasta la muerte. Ya que las mujeres no fueron creadas a la imagen de Dios y eran la fuente del pecado original, se pensó que cualquier práctica de curación que ellas usaran tenía su origen en el mismo diablo. Las mujeres practicaban la partería, pero podían ser encarceladas o ejecutadas si ayudaban al nacimiento de un niño muerto o deforme que se pensaba que era engendro del diablo (Achterberg, 1990). Es más, debido al supuesto po-

der malvado de las mujeres, y sobre todo a la influencia atroz que la mujer podía manejar a través de su conocimiento en hierbas y pociones, la Iglesia declaró que si una mujer se involucraba en prácticas curativas, debía ser una bruja. Su castigo por intentar curar al enfermo sería la tortura y ejecución. Además de las mujeres, otros grupos también eran perseguidos por sus creencias cuando éstas diferían del dogma de la Iglesia Cristiana. En particular los judíos fueron difamados, desterrados de sus patrias, y a veces expulsados de países enteros.

En 1484, el Papa Inocencio VIII comisionó a dos inquisidores para recabar pruebas y enjuiciar a las brujas, bajo la autoridad de la Iglesia. Estos monjes dominicos compilaron un manual, *Malleus maleficarum* (*The Witches' hammer*, que significa *Martillo para las brujas*), que primero afirmaba su existencia, y después, simplemente dio instrucciones para identificarlas. Los ciudadanos creían que sus deberes cívicos y cristianos eran denunciar a los vecinos, amigos y hasta familiares; muchos llevaron una vida lucrativa al encontrar, torturar y ejecutar a las "brujas" (50 veces más brujas mujeres que hombres). Las autoridades estaban orgullosas de su historial de reconocimiento de brujas, y la Inquisición alardeó de ejecutar (normalmente quemando pero también decapitando, aplastando con piedras, ahogando, azotando y colgando) a 30,000 brujas en 150 años. Siete mil mujeres fueron quemadas hasta la muerte en Treves y 500 en un solo mes en Ginebra, Suiza. Algunos pueblos perdieron a todas sus mujeres, y en Alemania los inquisidores construyeron grandes hornos, con un diseño muy parecido al usado más tarde en el holocausto, para realizar los asesinatos en masa. Debido a que se pensaba que los animales domésticos, sobre todo los gatos, eran usados en las prácticas chamanísticas de las brujas, éstos también fueron torturados y ejecutados junto con las mujeres (algunas veces los gatos se quemaron en sacos repletos de ellos), con lo cual las ratas empezaron a proliferar en todas partes, infestadas de pulgas, y dando lugar a muchas enfermedades. Las autoridades estiman que aproximadamente 1,000 brujas fueron colgadas en Inglaterra y más de 200 en Nueva Inglaterra (Achterberg, 1990). En el siglo XVII en Boston, las únicas dos mujeres listadas como médicos fueron denunciadas como brujas; una fue expulsada de la ciudad y la otra ejecutada. Pasarían casi 200 años antes de que otra mujer médico, Harriot Hunt, abriera un consultorio en 1835 (Walsh, 1977).

Durante el oscurantismo, se asumió que las calamidades, los infortunios, los desastres naturales y las en-

fermedades fueron el resultado del trabajo del diablo y sus seguidores, maldad que se personificaba en la carne a través de los arrebatos convulsivos, los desvarios del enfermo mental, o incluso en el uso de drogas y pociones para aliviar el dolor. Estas creencias continuaron hasta entrado el Renacimiento, aunque gradualmente los hombres de medicina comenzaron a aceptar la revolución científica, de modo tal que las artes curativas se volviesen algo más que magia y creencias religiosas. La ciencia y la medicina volvieron su atención a una realidad física cuando Descartes separó la mente y el cuerpo.

FUNDAMENTOS DE LA CIENCIA Y LA MEDICINA CONTEMPORÁNEAS

El periodo del Renacimiento en la Europa occidental, aunque limitado por el dogma de la Iglesia y el engaño de la magia y la brujería, fue notable por el desarrollo de algunos descubrimientos importantes en el campo de la ciencia, que iban desde la rotación de los planetas hasta la circulación de la sangre. Los argumentos aún se proferían sobre el papel de la razón contra el empirismo en la comprensión del mundo natural, pero claramente estaba ocurriendo un cambio del paradigma en el que la forma y la materia en la naturaleza no sólo serían contempladas sino controladas. El conocimiento no podía ser adquirido por pura contemplación del mundo físico, sino que debía aprenderse a través de la observación sensorial y los experimentos críticos, aunque era difícil, sobre todo para el clero y las autoridades, el pensar en los seres humanos como parte de la naturaleza. También era difícil para los europeos occidentales reconocer cualquier contribución por parte de las mujeres a la medicina o de cualquier otro grupo además del suyo. Por ejemplo, un modelo de la circulación sanguínea en el cuerpo había sido propuesto por Hildegard de Bingen mucho antes que William Harvey se acreditara el descubrimiento. Las mujeres también habían aprendido a usar remedios herbarios para reducir el dolor, antes de los descubrimientos del éter y del cloroformo. Los cirujanos, sin embargo, confiaban en dosis casi letales de éter y cloroformo en lugar de las "diabólicas" drogas de las mujeres. De hecho, no se permitía a las mujeres administrar hierbas para minimizar los dolores de parto, ya que se suponía que las mujeres debían sufrir por sus pecados (y los de Eva). Lady Mary Montagu describió cómo uno podía inocularse contra la viruela unos 80 años antes que Edward Jenner se acreditara el descubrimiento de la vacuna contra la

viruela. Sin embargo, la Real universidad de médicos y cirujanos se rehusó a permitir en Inglaterra ("una de las naciones más sabias y educadas del mundo") una práctica realizada por "mujeres ignorantes" en el mundo musulmán, y debido a esto se condenó a miles, quizá millones, a la muerte por viruela (una de cada cinco víctimas).

Las matemáticas, la astronomía, la química y la física fueron fácilmente consideradas ciencias básicas, pero la comprensión científica del funcionamiento del cuerpo humano y de la composición de la conciencia no surgirían sino hasta el siglo XIX. La medicina fundamentada en forma empírica también llegó tarde a la escena científica. El crecimiento de la biología y su interés en la conciencia humana y la percepción sensorial fue influenciado por cambios en la concepción del mérito de un ser individual. La literatura y las artes comenzaron a celebrar el valor de cada persona, y poderosas presiones políticas trajeron la reforma y la liberación social, por lo menos para muchos hombres. Los precisos límites entre gobernante y esclavo, rico y pobre, así como poderoso y oprimido se harían más permeables mientras un humanismo romántico reconocía el valor de los seres humanos y la existencia humana. La Revolución Francesa no sólo marcó el surgimiento de una clase media, sino que los intereses humanos de los revolucionarios también permitieron prestar atención al enfermo mental. Philippe Pinel, espantado por las condiciones de crueldad y suciedad en que el "demente" era alojado, pidió a los administradores de hospitales que dieran a los "locos" los beneficios de libertad e igualdad por los que luchó la Revolución. Pinel quitó las cadenas a los residentes y garantizó que fueran bien alimentados y tratados con bondad. Él creyó que la psiquiatría debía volverse más científica tratando las enfermedades mentales de la misma forma que uno podría tratar los desórdenes físicos. Pinel creyó que "aplicar nuestros principios de tratamiento moral, con uniformidad indiscriminada, a los maniacos de todo tipo y condición social, sería igualmente ridículo y desaconsejable" (Ehrenwald, 1991, p. 213). Pinel fue el primero en la era moderna que llevó cuidadosos archivos sobre la conducta del paciente; comenzó un esfuerzo por clasificar las enfermedades mentales.

En Inglaterra, aproximadamente en la misma época, William Tuke, un cuáquero adinerado, fue avisado por sus amigos de la muerte de un pariente en el asilo para locos, en York. Igual que Pinel, Tuke, horrorizado por las condiciones que encontró en este albergue, dio di-

ñoero para abrir el "retiro York para el enfermo mental". El respeto, la comida nutritiva y el ejercicio en un escenario tipo granja, eran una gran diferencia comparada con el tratamiento usual de cadenas, sangrados y purgas a las personas en otras instituciones.

En Estados Unidos algunos movimientos de reforma similares mejoraron las condiciones de "idiotas, locos y otras personas de mente enferma", quienes anteriormente se habían alojado en reformatorios y asilos, y a veces en calabozos. La primera institución pública para el enfermo mental en Estados Unidos abrió sus puertas en 1773 en Williamsburg, Virginia, y 25 años después fue construido el hospital de Maryland. Durante la primera mitad del siglo XIX casi cada estado estableció hospitales para "el demente", principalmente en áreas rurales, para alojar grandes cantidades de pacientes. Unas cuantas instituciones privadas, tales como el asilo The Friends' en Filadelfia y el retiro Hartford, fueron diseñados teniendo como modelo el retiro York, es decir, con pacientes que se encontraban en un escenario tipo hogar. Dorothea Dix, en particular, viajó a lo largo del país instando el tratamiento humano para el enfermo mental; sus reformas sugeridas fueron de gran influencia en todo el mundo (Reisman, 1966). Cien años después, en 1908, un ex paciente, Clifford Beers, escribió un libro: *A Mind That Found Itself*, en donde documenta el abuso que se les daba a los pacientes en un hospital psiquiátrico (Beers, 1908). También estableció el Comité nacional para la higiene mental, un grupo de ciudadanos que comenzó a apoyar la mejora en el tratamiento del enfermo mental (y actualmente lo hace con el nombre de Asociación nacional para la salud mental). Sin embargo, los abusos tales como la agresión física a algunos pacientes y el encierro en cuartos, continuaron hasta los años sesenta y setenta de este siglo, cuando el advenimiento de medicamentos psiquiátricos permitió el traslado de los pacientes; a partir de entonces podían ir de los hospitales a los escenarios menos restrictivos de la comunidad.

Hoy, la mayor parte de los grandes hospitales para enfermos mentales, algunos de los cuales tuvieron alguna vez de 30,000 a 40,000 pacientes, están vacíos y abandonados. Todavía, en demasiados casos los enfermos mentales de gravedad pueden estar mal atendidos, pero gozando de una supuesta "libertad". En tiempos anteriores a las reformas de salud mental en Estados Unidos, los individuos psicópatas estaban a menudo sin hogar o encarcelados en celdas y prisiones.

PSICOLOGÍA CIENTÍFICA

Al principio del siglo XIX se fundaron ciencias como la antropología y la sociología; la biología logró varios desarrollos importantes, incluyendo las teorías de la evolución y la historia del desarrollo. En medicina, Pasteur formuló la ley de la biogénesis (en donde se sostiene que toda la vida viene de la vida preexistente). Fue formulada una teoría del "germen" de la enfermedad y se introdujo la cirugía antiséptica. Con los avances de la ciencia, la "verdad" se volvió más relativa; los dogmas y creencias se reemplazaron por un escepticismo optimista. El descubrimiento de que los microorganismos causaban la enfermedad fue un adelanto particularmente accidental. Científicos y médicos dieron por hecho que incluso desórdenes insondables tales como la epilepsia y las enfermedades "mentales" pronto cederían sus secretos para que también pudieran ser controladas.

En 1875, el ministro de cultura en Sajonia ofreció al médico Wilhelm Wundt una plaza de filosofía en la Universidad de Leipzig, con un enfoque en las ciencias naturales. Wundt fundó la primera instalación para la investigación continuada, consagrada a la psicología, en 1879. Durante su cargo en un lapso de 45 años en Leipzig, Wundt otorgó 186 doctorados en filosofía a estudiantes que fueron a estudiar con él provenientes de diez países (Popplestone y McPherson, 1994). El laboratorio de Wundt estaba basado en el método científico, el cual demostraba su utilidad para entender el mundo físico. Los científicos ahora intentarían entender a las personas que habitaron e influyeron en este mundo, comenzando con los procesos sensoriales.

Los primeros psicólogos americanos eran en general hombres jóvenes adinerados que habían viajado a Alemania para estudiar con Wundt. Entre ellos se incluye a William James quien incluso comenzó un laboratorio en Harvard en 1875, cuatro años antes que Wundt, y quien más tarde haría popular la psicología con sus *Principles of Psychology* a James McKeen Cattell, quien enfatizó la importancia de las diferencias individuales y las pruebas de inteligencia; y a G. Stanley Hall, quien fundó la Asociación estadounidense de psicología (APA). Las universidades importantes en Estados Unidos habían iniciado recientemente los estudios universitarios, dando así oportunidad a los primeros psicólogos para dar forma a la educación universitaria y establecer la psicología como una disciplina distinta de la filosofía y/o fisiología. Los psicólogos

asumieron que, como otros científicos, ellos sostenían el grado escolar más alto disponible, el doctorado en filosofía. El 8 de julio de 1892, Hall se reunió en la universidad Clark en Worcester, Massachusetts, con siete de sus colegas interesados en este nuevo campo y fundó la asociación antes mencionada. Ellos eligieron a otros 24 miembros (todos hombres) y sostuvieron su primera convención en diciembre de ese año junto con la Asociación estadounidense para el avance de la ciencia. Sólo unos cuantos miembros de este grupo habían

sido capacitados como psicólogos; los demás eran educadores, filósofos y médicos.

EL INICIO DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

El campo de la psicología clínica no sólo heredó un respeto por el método científico, sino también los hallazgos clínicos de los médicos, sobre todo en Europa, quienes estaban trabajando con personas que mostraban síntomas de lo que ahora llamamos enfermedad mental (véase la tabla 1.1). A finales del siglo XVIII,

Tabla 1.1 Momentos culminantes en la historia de la psicología clínica

PSICOLOGÍA CLÍNICA		HISTORIA DE ESTADOS UNIDOS
1773	Primera institución pública para las enfermedades mentales, Williamsburg, VA.	Guerra de Independencia. Revolución Francesa.
1776		
1789		
1793	Pinel introduce reformas humanitarias en los hospitales mentales.	
1848	Dix realiza campañas para mejorar la salud mental. Primer hospital estatal construido en Nueva Jersey.	
1860	Fechner publica <i>Elements of Psychology</i> .	Comienzo de la guerra civil en EUA. Finaliza la guerra civil en EUA.
1865		
1873	James comienza un laboratorio informal en Harvard.	Surgimiento de la educación a nivel superior.
1879	Wundt establece el primer laboratorio de psicología en la Universidad de Leipzig.	
1885	Sir Francis Galton establece el primer centro de pruebas para examinar la capacidad mental, Londres.	
1887	Se publica el <i>American Journal of Psychology</i>	
1890	Cattell acuña el término <i>Prueba mental</i> . James publica <i>Principles of Psychology</i> .	
1892	La Asociación estadounidense de psicología (APA) es fundada por G. Stanley Hall.	Guerra España-Estados Unidos.
1893	Exhibición de las pruebas psicológicas en la Exposición de Columbia.	
1895	Breuer y Freud publican <i>Estudios sobre la histeria</i> .	
1896	Witmer establece la primera clínica de psicología en la Universidad de Pennsylvania; primer uso del término <i>psicología clínica</i> en la cuarta conferencia de la APA en Boston.	
1898		
1905	Se publica la prueba de inteligencia Binet-Simon en Francia. Se abre la escuela de entrenamiento Vineland para niños con retraso mental; finalmente se realiza el primer internado.	Comienza la Primera guerra mundial en Europa.
1907	Witmer edita el primer periódico clínico: <i>Psychological Clinic</i> .	
1908	Beers publica <i>A Mind That Found Itself</i> .	
1909	Conferencia de Freud en la Universidad de Clark. Healey abre la primera clínica infantil que sirve de guía y que está apegada a la corte juvenil de Chicago; Fernald hace pruebas a niños que aparecen ante la corte y luego se aplican pruebas de comportamiento.	
1910	Goddard traduce al inglés la prueba Binet-Simon.	
1913	Kraepelin describe y clasifica los estados psicopatológicos.	
1914		
1916	Terman traduce la escala Binet.	

Tabla 1.1 Continuación

PSICOLOGÍA CLÍNICA		HISTORIA DE ESTADOS UNIDOS
1917	Scott desarrolla las pruebas de habilidad; 3,500,000 hombres son clasificados para trabajos militares. La Asociación estadounidense de psicología clínica (AACP) es formada por psicólogos que rompen con la APA.	EUA entra a la Primera guerra mundial.
1918	La prueba de inteligencia grupal Alfa y Beta es desarrollada; millones de reclutas son examinados.	Fin de la Primera guerra mundial.
1919	La AACP se reintegra a la APA como su sección clínica.	
1920	Las pruebas de inteligencia ayudan a determinar las cuotas de inmigración.	
1921	Se publica la Prueba de Rorschach.	
1924	Levy introduce el Rorschach a EUA.	Se aprueba la Ley para la restricción de inmigrantes.
1929		La caída del mercado de valores desencadena la Gran depresión.
1930s	En la década de 1930 psicoanalistas reconocidos emigran a EUA.	
1934		Hitler se convierte en el führer alemán.
1935	Se publica la Prueba de apercepción temática (TAT, por sus siglas en inglés).	
1936	Primer texto clínico, Lowitt publica <i>Clinical Psychology</i> .	
1937	La Asociación estadounidense de psicología aplicada (AAP) es formada por psicólogos inconformes con la APA. Se funda el <i>Journal of Consulting Psychology</i> .	
1939	Se publica la escala de inteligencia Wechsler-Bellevue.	Comienza la Segunda guerra mundial en Europa.
1940	Hathaway y McKinley reportan los datos del MMPI-I.	
1941		El bombardeo a Pearl Harbor; EUA entra a la Segunda guerra mundial.
1942	Rogers publica <i>Client Centered Therapy</i> .	
1943	Se publica el Inventario multifásico de personalidad de Minnesota (MMPI).	
1945	La APA es reorganizada para la práctica de apoyo; la AAP comienza la División 12, que correspondía a la sección clínica de la APA. Los psicólogos comienzan el tratamiento de los problemas de salud mental en los veteranos. Connecticut aprueba la primera ley de certificación.	Termina la Segunda guerra mundial.
1947	Se establece la Junta estadounidense de examinadores en psicología profesional (ABPP).	
1949	Conferencia de educación en psicología clínica y capacitación en Boulder, Colorado; se recomienda el modelo ciencia/práctica. La Administración de Veteranos comienza la capacitación y contratación de un gran número de psicólogos clínicos. Salter publica <i>Conditional Reflex Therapy</i> .	Se establece el Instituto nacional para la salud mental.
1950		Comienza la guerra de Corea.
1952	La Asociación psiquiátrica estadounidense publica el primer <i>Manual diagnóstico y estadístico</i> (DSM-I). Aparece la crítica de Eysenck a la psicoterapia.	
1953	La APA publica <i>Ethical Standards for Psychologists</i> .	Armisticio en Corea.
1954	Rotter publica su teoría del aprendizaje social. Rogers y Dymond presentan su investigación sobre el proceso de consejería.	
1955		Comienza el boicot de autobuses en Montgomery, Alabama.
1960's	En la década de 1960, los medicamentos psicotrópicos son desarrollados para el tratamiento de la esquizofrenia.	
1963		Es aprobada la Ley de los centros comunitarios para la salud mental. John F. Kennedy es asesinado.

Tabla 1.1 Continuación

PSICOLOGÍA CLÍNICA		HISTORIA DE ESTADOS UNIDOS
1964		Se aprueba la Ley de los derechos civiles.
1965		Se aprueba la Ley de derechos de votación.
1968	El programa para otorgar licencias en la práctica de la psicología clínica se inicia en la Universidad de Illinois. Se publica el DSM-II.	Son asesinados Robert Kennedy y Martin Luther King. Más de 100,000 personas marchan en Washington a favor de los derechos civiles.
1969	Escuela californiana de psicología profesional.	Movimientos de protesta de los estudiantes.
1970s	En la década de 1970 proliferan las interpretaciones de pruebas basadas en computadora. Surgimiento de la psicología para la salud.	Stonewall arma escándalo. En la década de 1970 sucede la matanza de Kent State.
1973	En la conferencia de Vail se aprueba el otorgamiento de licencias para ejercer cierta práctica en el campo de la psicología clínica, y también para el modelo de la práctica en ese campo.	
1974		Nixon renuncia; EUA abandona Vietnam del Sur.
1975	Se publica el <i>Registro nacional de proveedores para el cuidado de la salud</i> .	
1979	La Ley modelo de titulación es aprobada por el Consejo de la APA.	
1980	Se publica el DSM-III.	
1981	Publicación revisada de los <i>Ethical Standards for Psychologists</i> .	
1987	Se publica el DSM-III-R. Conferencia de Utah sobre educación para graduados. La APA se reorganiza en las direcciones de Ciencia, Práctica e Interés Público, más tarde se agrega la dirección de Educación.	
1988	Los miembros de la APA rechazan el plan de reorganización. Se forma la Asociación estadounidense de psicología (APS).	
1989		Cae El Muro de Berlín; termina la Guerra Fría.
1990	Se estableció la Asociación estadounidense para la aplicación y prevención en psicología, con lazos cercanos a la APS.	Revolución que se crea para el cuidado de la salud; advenimiento del manejo de los cuidados médicos.
1990s	En la década de 1990 se comercializan medicamentos psicotrópicos más específicos para la depresión y la esquizofrenia. Los psicólogos clínicos abogan para que se les concedan privilegios de prescripción	
1992	Se publica la más reciente revisión de los <i>Ethical Standards</i> .	
1994	Se publica el DSM-IV.	

un médico austriaco, Anton Mesmer, creyó que los estados mentales eran influenciados por el movimiento de los planetas, los cuales controlaban una fuerza magnética universal, o incluso que eran influenciados por fluidos. Mesmer diseñó ceremonias elaboradas o sesiones espiritistas en las que las personas se sentaban alrededor de una tina grande de fluido con varillas sobresalientes de hierro. Con luz tenue, acompañado de música, Mesmer aparecía con túnicas espectaculares ondeando una varita. Se paseaba entre los participantes y los tocaba con su varita o con sus manos mientras sugería, incluso ordenando, que sus síntomas neuróticos desaparecieran. Mesmer sostenía que él estaba armando el magnetismo animal como tratamiento, aunque ahora sabemos que básicamente había descubierto el poder

de la sugestión y la hipnosis. Las técnicas de Mesmer eran eficaces al aliviar a algunos pacientes de sus síntomas de debilidad, pero fue investigado por las autoridades, incluyendo a Benjamín Franklin, quien declaró que era un charlatán y que sus curas eran resultado de "la excitación de la imaginación". En años posteriores, un Mesmer sin dinero vagó por las calles y finalmente murió considerado como "loco", al igual que los pacientes a quienes intentó ayudar. Él nunca supo que la historia lo acreditaría, como uno de sus estudiantes hizo notar, como "un trabajador maravilloso", al demostrar que la imaginación y la sugestión influían en los síntomas emocionales. Así empezó la esencia de la teoría psicogénica de la enfermedad mental; la noción de que los síntomas emocionales no son causados por fac-

tores orgánicos o físicos, sino que son el resultado de las reacciones psicológicas inusuales.

Un cirujano inglés, James Baird, fue el primero en describir el fenómeno del hipnotismo, el cual creyó que estaba basado en la sugestión más que en el "magnetismo animal". Fascinados por la idea de que el "mesmerismo" pudiera aliviar ciertos síntomas, varios médicos en Francia comenzaron a usar el hipnotismo con algunos pacientes. Liebeault y Bernheim trabajaron juntos en el pueblo de Nancy para inducir y después curar los síntomas de histeria por medio de la hipnosis. Charcot, y más tarde su discípulo Janet, notaron también que los síntomas histéricos no seguían el curso normal de la degeneración anatómica esperada en una enfermedad física. Algunos de sus pacientes podían inesperadamente caminar dormidos; aunque en sus estados de vigilia ellos parecieran estar paralizados. Los pacientes se recuperaban de la "ceguera funcional" sin consecuencias físicas. Estos neurólogos que usaron la hipnosis para inducir y aliviar los síntomas histéricos, también dieron demostraciones de sus técnicas a otros médicos interesados, incluyendo a Sigmund Freud, quien vino a estudiar con ellos. Entusiasmado por lo que había aprendido sobre la histeria, Freud regresó a Viena y utilizó la hipnosis como una herramienta de tratamiento. Sin embargo junto con Breuer determinó que la asociación libre era un método más rápido para producir un estado parecido al trance en el que ocurría la liberación emocional, y comenzó a disertar y escribir sobre el papel del inconsciente en las vidas de las personas.

En la década de 1890, cuando se inició la psicología clínica estadounidense, Freud desarrollaba su teoría del psicoanálisis y trabajaba con pacientes neuróticos en Viena. En Inglaterra y Alemania, los médicos estaban particularmente interesados en los pacientes psicópatas. Se acredita a Emil Kraepelin, un psiquiatra que también estudió con Wundt, la propuesta de un modelo orgánico y médico de la enfermedad mental. El creía que los estados psicóticos y el retraso mental eran enfermedades esencialmente físicas, con una etiología, una variedad de síntomas, una duración de la enfermedad y un resultado específico. Tales teorías orgánicas se reforzaron particularmente cuando se encontró que la sífilis era causa de la paresis general, un desorden degenerativo del cerebro con severos síntomas neurológicos y psicológicos (tales como "escuchar voces" y exagerados cambios en el estado anímico). Krafft-Ebing y otros descubrieron que las espiroquetas de la sífilis eventualmente se movían a través del torrente

sanguíneo hacia el sistema nervioso central y el cerebro, por lo general después de muchos años, causando demencia. Kraepelin asumió que sería sólo cuestión de tiempo hasta que las otras "enfermedades mentales", incluyendo las dos que él identificó, la psicosis maníaco-depresiva y la demencia precoz (esquizofrenia), serían conquistadas por la medicina.

Lightner Witmer, el padre de la psicología clínica, comenzó su carrera académica mientras grandes debates estaban en boga sobre el grado en que las deficiencias mentales eran el resultado tanto de causas orgánicas, la hipótesis biogénica, como de procesos psicológicos, la tesis psicogénica. Witmer, quien recibió su doctorado en filosofía de manos de Wundt y fue discípulo de Cattell, también se sumergió en la tradición sobre las diferencias individuales que marcó a tantos psicólogos a finales del siglo XIX (Routh, 1996).

Los astrónomos habían estado por mucho tiempo conscientes de que los individuos que usaban telescopios para observar el movimiento de las estrellas difirieron en sus tiempos de reacción. Un astrónomo alemán, Friedrich Bessel, reunió datos sistemáticos con estas diferencias, que él llamó "ecuaciones personales". Sir Francis Galton viajó a lo largo y ancho de Inglaterra haciendo varias pruebas de fuerza física y agilidad mental a miles de personas (descubrió al mismo tiempo que las huellas digitales eran únicas para cada persona, que no cambiaban y que podían utilizarse para propósitos de identificación). Los intereses de Galton eran, sin duda, motivados por su curiosidad ilimitada sobre las personas pero, como muchos científicos de su tiempo, él era parte de los movimientos políticos de su época que estaban "guiando" a la ciencia. Galton se dedicó al mejoramiento del bagaje de genes humanos y acuñó el término *eugenesia*. Con su fe en las mediciones, aun mientras paseaba por las calles de ciudades inglesas, Galton clasificó a las mujeres en cuanto a su belleza, y a todo el mundo como "bueno", "mediano" y "malo". Él esperaba desarrollar medidas de diferenciación individuales para que las personas pudieran ser clasificadas según lo físico y la inteligencia, con el propósito de mejorar la superioridad de la raza inglesa. Galton se unió a una larga línea de científicos que medían todo lo que podían sobre las personas, incluyendo las cabezas (Gould, 1981). Asumiendo que el tamaño del cerebro (y por tanto el tamaño de la cabeza) reflejaba la capacidad de la inteligencia, médicos y científicos habían desarrollado una teoría de craneología. Utilizaban las mediciones de la cabeza como evidencia de

la superioridad de los varones caucásicos de Europa Occidental sobre las mujeres y otros grupos raciales, a pesar del hecho de que muchos delincuentes masculinos y hombres que no eran franceses o ingleses tenían cabezas grandes. La craneología era similar a la frenología, la cual suponía que las protuberancias o depresiones en el borde exterior del cráneo representaban ciertas facultades mentales. Sin embargo, la medición del tamaño de la cabeza a través de las culturas era muy simple, por lo que la craneología se volvió una forma respetada de evaluar la inteligencia. Con base en el determinismo biológico, la craneología fijó el escenario de la importancia de las pruebas de inteligencia para clasificar a las personas. En Estados Unidos, Samuel George Morton, científico y médico de Filadelfia, era muy respetado por su colección de más de mil cráneos de todo el mundo. James McKeen Cattell fue el primer psicólogo estadounidense con grandes intereses en las diferencias individuales y sus mediciones. En sus viajes a Europa, Cattell se encontró con Galton y se impresionó tanto que acuñó el término *prueba mental* e intentó desarrollar una batería o serie de pruebas estandarizadas que pudiera utilizarse rutinariamente para todos.

Lightner Witmer estudió con Cattell en la Universidad de Pensilvania y logró relacionar sus intereses sobre las diferencias individuales con el trabajo realizado con niños. Witmer se convirtió en la figura más influyente en ese momento al llevar a la psicología hacia metas prácticas, tales como identificar las razones por las que los estudiantes pudiesen estar teniendo dificultad para aprender en la escuela. Antes de convertirse en psicólogo, Witmer había sido profesor de inglés y de historia a nivel preparatoria; estaba muy consciente de las dificultades que algunos estudiantes tenían en la escuela. En particular estaba ocupado con un muchacho que, aunque planeaba ir la universidad, no podía escribir una frase gramaticalmente correcta. Cinco años después, Witmer encontró al estudiante inscrito en una clase que él estaba enseñando en la Universidad de Pensilvania, y notó la deficiencia de su "articulación, discurso escrito y audición verbal", así como el hecho de que fracasara al intentar graduarse (Witmer, 1907, p. 2). Witmer escribió un artículo sobre este caso en una revista que él mismo fundó: *The Psychological Clinic*, en la que presenta la teoría de que si al estudiante se le hubiera proporcionado asistencia terapéutica durante sus primeros años escolares (no sólo en los de preparatoria), hubiera podido superar sus severas deficiencias académicas y fracasos subsecuentes.

Witmer estableció la primera clínica psicológica en Penn en 1896; en ella se ayudaba a los niños como este estudiante a mejorar su habilidad académica. Aunque su primer caso no fue un niño, sino un muchacho de 14 años de edad, quien articulaba mal las palabras desde que nació. Witmer escribió que él "no podía encontrar que la ciencia de la psicología se hubiese enfocado alguna vez hacia la averiguación de las causas y tratamiento de una deficiencia en la articulación de las palabras. Se trataba de un simple defecto de memoria, y siendo la memoria un proceso mental, se suponía que la psicología debía proveer el único conocimiento autorizado. Me parecía que si la psicología servía de algo para mí o para otros debería ser también para ayudar a quienes padecieran este problema, por tanto se requerían los esfuerzos de un maestro en un caso de retraso de este tipo" (Witmer, 1907, p.3).

Witmer estaba completamente claro en sus declaraciones de que "las ciencias puras y aplicadas avanzan en un solo frente... y en el análisis final el progreso de la psicología, como el de cualquier otra ciencia, estaría determinado por el valor y cantidad de sus contribuciones al avance de la raza humana" (Witmer, 1907, p. 4). Witmer puso en práctica sus bien pensadas políticas. Trabajando estrechamente con colegas en el hospital y la escuela médica en Penn, insistió rutinariamente en que sus "clientes" tuviesen un examen físico completo. De hecho, el jovencito que fuera el primer caso de Witmer no podía ver bien. Witmer comenzó el trabajo terapéutico en lectura y deletreo sólo después de que las dificultades visuales se corrigieran (Routh, 1996).

Witmer se sentía en su elemento tanto con abogados, como con asistentes sociales y maestros, por lo que consideraba a las cortes, escuelas y calles como si fuesen laboratorios de psicología. Él podría ser considerado como el padre de la psicología comunitaria debido a que hace más de cien años requirió "la acción social preventiva... [que]... ofreciera al padre que tiene hijos en un barrio bajo, algo mejor que la opción entre el suicidio y el asesinato del niño" (Reisman, 1966, p. 81). La psicología escolar también lo nombra como su fundador; y la psicología consultiva bien podría hacerlo, dado que él se preocupaba por desarrollar aún más el funcionamiento de niños normales, y fue el primero en hacer preguntas acerca de los intereses vocacionales. En 1897, Witmer enseñó el primer curso práctico en psicología infantil. Además de conferencias y asignaciones de laboratorio, las clases incluyeron la presentación de casos de la clínica psicológica y la observación del trabajo con niños en una escuela de capacitación. Cin-

cuenta años después, cuando se propusieron las normas de educación y capacitación en psicología clínica en la conferencia de Boulder, las recomendaciones incluyeron mucho de la pedagogía de Witmer, sobre todo en el aspecto de la integración de la actividad práctica y científica, así como la necesidad tanto de la capacitación académica como de la experiencia.

Teniendo como base el trabajo de Witmer, se establecieron numerosas clínicas de psicología durante las dos décadas siguientes. La mayor parte de éstas estaban asociadas con universidades, donde los psicólogos trabajaron con niños de escuelas locales. Muchas mujeres estaban involucradas en las nuevas clínicas psicológicas, pero habían sido predominantemente especializadas en educación o en trabajo social. El estudio universitario en psicología era un tanto nuevo; las secciones universitarias hicieron énfasis en la psicología experimental y no ofrecieron cursos relacionados clínicamente. Respondiendo a una necesidad por la capacitación clínica, las clínicas psicológicas empezaron ofreciendo el título de pasantes y experiencias prácticas. Las clínicas también fueron más allá de los sitios de acción universitaria y abrieron las puertas a nuevas poblaciones. En 1909 William Healy fundó el Instituto juvenil de psicopatía en una casa de detención en Chicago y después se mudó a Boston para organizar la fundación Judge Baker. Junto con Grace Fernald y Augusta Bronner, Healy propuso el diagnóstico (realizado por psicólogos) y los procedimientos de tratamiento (dirigidos por agentes de vigilancia) para delincuentes que guiaron a la psicología clínica a una nueva área de trabajo forense. Debe notarse, sin embargo, que incluso con esta apertura al tratamiento de delincuentes, las primeras clínicas psicológicas realmente no siguieron la recomendación de Witmer sobre las intervenciones interdisciplinarias y el involucramiento profundo en los escenarios de la comunidad. Más bien, ellos por lo general eran de criterios estrechos y sólo se enfocaron a la supuesta patología del individuo.

Las otras instituciones en las que los psicólogos clínicos trabajaron eran centros para el cuidado de las personas con retraso mental. De nuevo, sus principales responsabilidades estaban en las pruebas de inteligencia. En 1904, el Ministerio de Instrucción Pública en Francia, había nombrado una comisión para aconsejar a las escuelas sobre cómo educar mejor a los niños con retraso mental. Alfred Binet, con una historia de 15 años de investigación en las diferencias individuales, estaba en la comisión y reconoció la necesidad de un

examen o instrumento de prueba que evaluase el funcionamiento intelectual. Con Theodore Simon, Binet inventó una serie de escalas con preguntas sobre situaciones diarias que podría esperarse que los niños contestaran a ciertas edades. Henry Goddard, director de la Escuela de capacitación de Nueva Jersey para muchachas y muchachos débiles mentales en Vineland, Nueva Jersey, había estado utilizando sin éxito varios equipos de laboratorio para intentar evaluar la inteligencia. En 1908 viajó a París para aprender sobre las pruebas verbales de CI (o IQ en inglés) y regresó con ellas a Estados Unidos, donde las tradujo y empezó estudios validados en la escuela de capacitación. Las revisiones de Binet-Simon se volvieron bastante populares pero no podían usarse para examinar a niños que no hablaban inglés. Esto era especialmente problemático para Healy y Grace Fernald, quienes estaban trabajando con niños inmigrantes en el Instituto juvenil psicopático. Entonces desarrollaron la prueba no verbal para evaluar la inteligencia, adaptación que se usó eventualmente en la isla Ellis para examinar a los inmigrantes que llegaban a Estados Unidos (Popplestone y McPherson, 1994).

Los primeros psicólogos clínicos, que trabajaron sobre todo con niños, tenían poco contacto con adultos severamente enfermos. Por lo general, estos pacientes eran alojados en grandes hospitales mentales del estado o retiros privados bajo el cuidado de psiquiatras. Sin embargo, algunos psicólogos académicos estaban interesados en la psicopatología del adulto. Alrededor del año 1900, el Pastor Franz comenzó una cartografía cortical del cerebro; más tarde aplicó sus resultados experimentales con animales a sus pacientes con daño cerebral. En 1909, G. Stanley Hall invitó a Freud para hablar en la Universidad Clark, donde sus ideas fueron bien recibidas. Morton Prince, un neurólogo, estudió los desórdenes disociativos y personalidades múltiples, y concluyó que los mecanismos inconscientes pueden "deformar" la memoria de eventos del pasado, sobre todo las experiencias traumáticas. Al considerar que los síntomas psicopatológicos eran aprendidos, Prince pensó que podían ser desaprendidos a través de la psicoterapia, a la que consideró un tipo de educación. En 1906 Prince fundó y editó el *Journal of Abnormal Psychology*. Él también inició la Clínica psicológica de Harvard, donde el cuerpo de profesores tenía simpatía hacia el psicoanálisis, y después se involucró en el desarrollo de pruebas proyectivas (Reisman, 1966).

Cuando Estados Unidos entró en la Primera guerra mundial en 1917, se pidió a los psicólogos con especia-

lización en las pruebas de inteligencia que clasificaran a los reclutas según sus habilidades. Un pequeño comité de cinco a siete psicólogos experimentales (todos hombres) encabezado por Robert Yerkes desarrolló una prueba de inteligencia grupal, el Army alfa (una prueba verbal) y el Army beta (una prueba no verbal). Se examinaron más de 2 millones de hombres, y se encontró que aproximadamente una quinta parte eran analfabetas. Unos 8,000 fueron dados de baja tomando como base su baja inteligencia; se dijo que la edad mental de los reclutas jóvenes de la nación era de 13.5 años. Motivados por su supuesto "éxito" para identificar la inteligencia de los reclutas, los psicólogos utilizaron pruebas dentro de una teoría de determinismo biológico y crearon quizá la etapa o periodo más vergonzoso de la psicología clínica. Henry Goddard, basando sus exigencias en "la ciencia", identificó la causa del retraso mental, que podía ser evaluado a través de pruebas de inteligencia como "residente dentro de un solo gen". El país tenía ahora una solución simple a sus preocupaciones acerca del débil mental: "...no permitir engendrar a los retrasados mentales nativos y mantener fuera a los extranjeros" (Gould, 1981, pp. 164-165). Goddard, creyendo que las mujeres mostraban una intuición superior innata, hizo ir a dos mujeres a la isla de Ellis y seleccionar a simple vista a los débiles mentales para que pudieran ser examinados. Aunque los individuos que se veía que eran mentalmente impedidos ya habían sido escogidos por oficiales gubernamentales, las mujeres examinaron a 35 judíos, 22 húngaros, 50 italianos y 45 rusos. Encontraron que el 79% de los italianos, 80% de los húngaros, 83% de los judíos y 87% de los rusos eran "débiles mentales", esto es, con menos de la edad de 12 en la escala de Binet. Incluso Goddard tuvo dificultad para aceptar el hecho de que cuatro quintas partes de cualquier nación eran "retrasados mentales"; volvió a configurar los datos y estableció de 40 a 50%. Los hallazgos de Goddard y después los trabajos similares de Lewis M. Terman tuvieron implicaciones enormes para la acción social y legislativa. Cientos de inmigrantes fueron deportados, y las cuotas de inmigración mantuvieron fuera del acceso a este país a mucha gente (algunos dicen que hasta 6 millones) de Europa del sur, centro y oriente. Fue en particular trágico que estas leyes existieran en los años treinta, cuando tantos judíos europeos intentaban escapar de los nazis (Gould, 1981).

Los psicólogos no sólo estaban ocupados examinando a soldados e inmigrantes. Después de la Primera

guerra mundial volvieron su atención a los ciudadanos comunes, en especial a los niños con problemas de aprendizaje. Los "examinadores mentales" surgieron por todas partes, y los psicólogos aplicados comenzaron diligentemente a construir carreras haciendo pruebas. Más aún, durante la década de los años veinte, la psicología se había vuelto un tema cada vez más fascinante en Estados Unidos y estaba logrando un considerable éxito económico. Las personas querían "ajustarse" a una sociedad floreciente y parecían fascinados por las oportunidades para la autoexaminación, sobre todo a través del psicoanálisis. La psicología se volvió una especie de manía nacional; "incluso Sears Roebuck comenzó a comercializar a Freud; su catálogo ofreció a sus clientes *Ten thousand dreams interpreted* y *Sex problems solved*" (Napoli, 1981, p. 43). Los psicólogos aplicados estaban a la vez complacidos y perturbados por el resultado de los acontecimientos (complacidos porque las personas obviamente creían que la psicología podía ser valiosa para sus vidas, y perturbados porque ellos no podían protegerse a sí mismos de los "lectores de la mente" y los magos que también se ofrecieron como sanadores mentales). Los psicólogos clínicos no recibieron ayuda de los psicólogos académicos que estaban dedicados a la psicología como una ciencia y avergonzados por los excesos de la pseudopsicología. Una académica, Dorothy Yates, escribió un libro llamado *Psychological Racketeers*, en el cual ella se sentía obligada a seguir repitiendo que *hay* un cuerpo de información legítimo en psicología que constituye una ciencia y que *hay* una psicología aplicada genuina (Yates, 1932). La Asociación estadounidense de psicología (APA, por sus siglas en inglés), asimismo, estaba compuesta principalmente por científicos que esperaban elevarse sobre lo que ellos consideraron pequeños problemas profesionales. Sin embargo, esta asociación había recomendado en 1915 que sólo los psicólogos calificados debían administrar pruebas de inteligencia para propósitos de diagnóstico psicológico, y éste fue su primer esfuerzo para regular la práctica psicológica. Pero pocos psicólogos clínicos eran miembros de la APA, ya que había estado constantemente elevando sus requisitos de membresía para que sus miembros tuvieran que mantener una posición profesoral de tiempo completo en psicología, con la intención de publicar investigaciones psicológicas aceptables. Preocupados por la necesidad de identificar a los psicólogos apropiadamente especializados y calificados, William Wallin y Leta Hollingsworth, junto con otros, formaron la Asociación

estadounidense de psicólogos clínicos en 1917. Este grupo vivió por un corto tiempo; en 1919, la APA creó una Sección clínica que incorporó a los miembros de la asociación y en 1924 proporcionó membresías de afiliación para profesionales. Aunque los socios no podían cumplir una función, votar o hablar en las reuniones de negocios, muchos se unieron a la APA; tanto que hacia 1929 excedían en número a los miembros que realmente pertenecían a ella. Durante este tiempo, la APA, a instancias de su Sección clínica, hizo algunos intentos para certificar profesionales, pero las normas eran tan altas que en 1925 sólo 25 psicólogos fueron certificados; dos años después la APA terminó su programa de certificación (Napoli, 1981; Routh, 1996).

Aunque muchos psicólogos clínicos se habían unido a la APA, probablemente por el prestigio y el respeto asociado con una sociedad científica, la gran mayoría (80%) no era miembros. Durante los años veinte, los estudiantes habían atestado los programas de graduación en psicología y habían emergido para tomar su lugar examinando y trabajando en centros de orientación para niños (que eran 232 en 1932). No existían oportunidades para la práctica privada y aunque los psicólogos podían hacer exámenes en los grandes hospitales mentales, la psiquiatría básicamente controlaba las admisiones, el tratamiento y las altas de los pacientes. Los psicólogos clínicos se esforzaron para establecerse como profesionales respetados pero, aparte de las clínicas educativas y de orientación infantil, estaban normalmente subordinados a la medicina. Aún más, en 1932, 63% de los psicólogos clínicos de este país eran mujeres; mientras sólo unas cuantas estaban representadas en la psicología académica y científica. Napoli (1981) especula que académicos y científicos no tomaban a la psicología clínica en serio porque ellos, como muchos otros en Estados Unidos, no tomaron a las mujeres en serio. En esa época, las mujeres tuvieron el voto al menos por un poco más de una década.

Con el advenimiento de la Gran depresión de los años treinta, ciudadanos y psicólogos por igual encontrarían amenazados sus medios de vida y en general su forma de vivir abruptamente modificada. Pero, en un momento en que los psicólogos pudieron unirse para desarrollar teorías sobre el impacto de la devastación económica y proponer programas sociales para mejorar el bienestar de los ciudadanos, la psicología estuvo extrañamente callada. El presidente Franklin D. Roosevelt no reclutó psicólogos como consejeros del gobierno, ni fueron nombrados a su Buró asesor de ciencia.

La psicología no tenía algún papel en la formación de los cambios sociales más importantes efectuados en Estados Unidos como el seguro social, el seguro de desempleo y los programas gubernamentales que volvieron a poner a las personas a trabajar. Los psicólogos también estaban sin trabajo. En 1932 un ciento de nuevos psicólogos doctorados compitieron por sólo 32 plazas recientemente creadas, y en 1933 la situación fue aún peor; 736 psicólogos a nivel maestría se graduaron y *no* encontraron algún trabajo académico en absoluto (Napoli, 1981).

Entre aquellos que podían permitirse el lujo de ir a la universidad, la psicología era un asunto particularmente popular. Entonces, como ahora, los estudiantes estaban interesados en servicios humanos (como lo evidencian las grandes cantidades que entran en el programa de maestría); pero entonces, como ahora, los psicólogos académicos permanecían comprometidos con la psicología como una ciencia basada en métodos experimentales. Por ejemplo, sus intereses eran el entender a los "débiles mentales" para comprender mejor la "herencia genética" de la inteligencia; ellos en realidad creían que era mejor trabajar con retrasados mentales que desarrollar las técnicas clínicas. Aun para los académicos no podía escaparse el hecho de que un interés continuado en el desarrollo de la personalidad y las dinámicas tendría un efecto profundo en la profesión de la psicología clínica. En Yale, un grupo de jóvenes (Neal Miller, O. H. Mowrer, Robert Sears y el sociólogo John Dollard) intentaron integrar la teoría de aprendizaje y psicoanálisis de Clarke Hull. Ellos creían que la agresión era el resultado de la frustración, y que se expresaba y/o inhibía de muchas maneras diferentes. De forma semejante, Henry Murray en la Clínica psicológica de Harvard estaba desarrollando una teoría en la que una "necesidad", como herir a otro, podría surgir como resultado de la frustración. Pero para Murray, la frustración y la agresión eran simplemente parte de un complejo de necesidades personales y presiones ambientales. Finalmente, Christiana Morgan desarrolló junto con Murray, la Prueba de apercepción temática (TAT, por sus siglas en inglés) para evaluar estas necesidades y la forma en que las personas responden a las presiones circunstanciales.

Sin embargo, quizá la más grande influencia en la psicología clínica durante esta era fue la afluencia de psicólogos europeos que huían de los nazis. En Estados Unidos, la psicología y la psiquiatría estaban intentando entender y tratar al enfermo mental, en especial a los

que tenían retrasos severos. En Alemania, Adolfo Hitler simplemente promulgó leyes de esterilización que no sólo cubrían la deficiencia mental, la esquizofrenia y la epilepsia, sino también la ceguera, la sordera y la deformidad. Los médicos, ayudados por la psiquiatría, llevaron a cabo más de 400,000 esterilizaciones y asesinaron a más de 300,000 individuos mentalmente enfermos y con retraso severo. Mientras las teorías de Freud acerca del inconsciente eran discutidas en los programas académicos más respetados en Estados Unidos, los nazis quemaron los libros de Freud y "abolieron" al psicoanálisis fundado por judíos. Se hicieron cargo de la Sociedad alemana para la psicoterapia e instalaron a Carl Jung como presidente, siendo la función principal de éste discriminar entre la psicología aria y la judía. Casi todos los centros de investigación psicológica fueron cerrados, y los psicoanalistas y psicólogos judíos, incluyendo a Anna y a Sigmund Freud, fueron obligados a huir de sus casas (Reisman, 1966). Muchos inmigraron a Estados Unidos, donde el trabajo de personas como Alfred Adler, Erich Fromm, Kurt Lewin y Otto Rank tendría un impacto enorme en cada aspecto de la ciencia y la práctica de la psicología clínica. Otras figuras notables que inmigraron, como Karen Horney, también aportaron un rico legado de investigación sobre el impacto de la cultura y el ambiente en la existencia del individuo. El énfasis en los conflictos psíquicos que caracterizaron al psicoanálisis era de alguna manera atemperado por una consideración de contexto.

La afluencia de psicólogos europeos también tuvo un impacto en las oportunidades de trabajo. En la plenitud de la Gran depresión, aproximadamente 40% de los psicólogos estadounidenses estaban desempleados. La APA intentó encontrar plazas académicas y posiciones para los psicólogos estadounidenses y europeos desplazados, pero sus esfuerzos no fueron particularmente exitosos. Los psicólogos científicos empezaron a organizarse fuera de la APA, en su esfuerzo por encontrar trabajos. La Sociedad para el estudio psicológico de los problemas sociales (SPSSI, por sus siglas en inglés) se fundó en 1936 con el objetivo de promover la investigación en temas sociales y eliminar la pobreza y prejuicios, así como promover la paz; estas aspiraciones dignas también incluirían trabajos y actividades para los psicólogos. La SPSSI se volvió un organismo afiliado de la APA, como también lo fue la Sociedad de Psiconomía, que comenzó en 1935 con un enfoque en el uso de las matemáticas aplicadas en psicología. Los psicólogos profesionales también comenzaron a organizar-

se y a defenderse a través de su trabajo. En 1937, la Liga de psicólogos de la ciudad de Nueva York, propuso examinar "las raíces sociales e implicaciones de la psicología como un servicio, una ciencia y una profesión" y proporcionar trabajos clínicos seguros para el psicólogo. Al unirse al desfile anual del primero de mayo de la ciudad de Nueva York, unos 70 miembros de la liga marcharon con carteles que los psicólogos todavía podrían llevar en nuestros días: "¡Construyan más clínicas y necesitarán menos prisiones!" y "¡El ajuste viene con los empleos!"

Aunque la Sección clínica de la Asociación estadounidense de psicología se había vuelto más activa durante los años treinta, la APA estaba resuelta, sobre todo después del pronto fracaso de la certificación, a no involucrarse en actividades profesionales como la designación de quién podría practicar psicología. Sin embargo, la Asociación de psicólogos consultores (ACP, por sus siglas en inglés), originalmente una organización de psicólogos de todo el estado de Nueva York, no tenía tales inquietudes. El grupo se unió a otras asociaciones estatales y se reorganizó en el ámbito nacional para proponer y proteger los intereses profesionales con la introducción de un código ético, el entrenamiento clínico regularizado y la autorización estatal. Obstruida por la negativa de la APA para responsabilizarse por las preocupaciones del profesional, la Sección clínica se disolvió y dio sus recursos a la nueva Asociación estadounidense de psicología aplicada (AAPA, por sus siglas en inglés), compuesta por miembros "activamente comprometidos en la aplicación de la psicología como su profesión primaria" (Napoli, 1981).

La extensa batalla entre la ciencia y la práctica de la psicología fue eclipsada pronto por las batallas más devastadoras de la Segunda guerra mundial. Los psicólogos se unieron al esfuerzo de la guerra y una vez más aportaron su talento como examinadores para apoyar la necesidad del ejército de asignar tropas, no sólo para combatir, sino también para las miles de tareas de dirección y logística. A finales de la guerra, unos 9 millones de hombres (un séptimo de la población masculina de Estados Unidos) había tomado la prueba de clasificación general (Napoli, 1981). La Segunda guerra mundial, sin embargo, también involucró a los psicólogos en actividades que fueron más allá de la examinación. Los psicólogos especializados en sensación y percepción se convirtieron en "ingenieros del factor humano" y ayudaron a diseñar cabinas de piloto de avión y campos de aterrizaje. Los psicólogos del aprendizaje adiestraban

palomas y monos para guiar proyectiles teledirigidos. Los psicólogos académicos de 30 universidades ayudaron a seleccionar pilotos adiestrados. La Oficina de servicios estratégicos, que sería después la CIA, fue provista de personal con estudios psicológicos. El secretariado ejecutivo de la Asociación estadounidense de psicólogos aplicados, C.M. Loutitt, reclutó oficiales navales de la asociación. Aunque los psicólogos clínicos (o psiquiatras) no trabajaban inicialmente en hospitales militares, se convirtieron en "consultores del personal", proporcionando consejo personal a soldados y dirigiendo psicoterapias de grupo. Mientras las bajas psiquiátricas de combate aumentaban, los psicólogos fueron llamados para unirse a la psiquiatría en tratamiento. A finales de la guerra, unos 450 psicólogos clínicos estaban sirviendo en el ejército. Las psicólogas también quisieron servir, pero pocas oportunidades estaban disponibles para ellas. En 1941 fundaron el Consejo nacional para mujeres psicólogas, con sus actividades principalmente dirigidas a ayudar a los civiles, en especial a las mujeres y niños para enfrentar los traumas de la guerra.

La Segunda guerra mundial creó oportunidades inéditas a la psicología. Alabados por líderes militares debido a sus contribuciones para seleccionar y capacitar personal, así como para acoplar las armas de guerra a los hombres que las usan, tanto los psicólogos de investigación como los de aplicación habían trabajado juntos en problemas prácticos, habían aliviado las tensiones entre ellos, y habían llegado a apreciar la importancia de aplicar la psicología para las importantes tareas sociales. Los asesores de política gubernamental y el público también forjaron un nuevo conocimiento de las contribuciones potenciales de la psicología al bienestar público. Sin embargo, en ese momento, la APA continuó como una sociedad científica, mientras los intereses profesionales se manejaron casi exclusivamente dentro de la Asociación estadounidense de psicólogos aplicados. Al tener una necesidad de mayor cooperación, los representantes de los grupos dispares en psicología empezaron a reunirse durante la guerra. En 1945-1946, bajo recomendaciones de un comité encabezado por Robert Yerkes, la APA revisó sus estatutos para "impulsar a la psicología como una ciencia, una profesión y como un medio para promover el bienestar humano". Aunque la sospecha surgió en todos lados, la APA y la AAPA acordaron unirse, y una estructura de gobierno de APA, de reciente organización, se constituyó con representantes de las asociaciones estatales y

grupos de interés específicos tales como la SPSSI. La Asociación estadounidense de psicología aplicada se volvió la División clínica de la APA (División 12). Se había propuesto la División 11 (Psicología anormal y psicoterapia) pero se unió con la División 12. Así, desde su principio, la División 12 representó tanto a la ciencia clínica como a la práctica, con una presencia fuerte y firme en el gobierno de la APA, siendo la división más grande hasta el establecimiento de la División de práctica independiente (42) a finales de los años setenta. El Consejo nacional de mujeres psicólogas también solicitó ser reconocido como una entidad de la APA, pero se dijo que ningún grupo de un solo género podía ser reconocido. De hecho, John Anderson, el presidente de la APA en 1943, dijo que la psicología había sido negligente capacitando intelectualmente a las mujeres talentosas para trabajos de alto nivel que no existían. El recomendó recibir a las mujeres intelectuales más moderadas en los programas de titulación, para que cuando ellas se graduaran, estuvieran satisfechas con las oportunidades de trabajar con mujeres y niños para las que estaban preparadas. Pasarían tres décadas antes de que la División para mujeres en psicología se volviera una realidad en la APA y más de cuarenta años antes de que los psicólogos y psicólogas homosexuales y de color tuvieran una voz representativa en la estructura de gobierno.

EDUCACIÓN Y CAPACITACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

El final de la Segunda guerra mundial marcó el principio de la psicología durante la segunda mitad del siglo, la cual sería de una influencia y crecimiento inauditos. En 1945 la recientemente reorganizada Asociación estadounidense de psicología (APA, por sus siglas en inglés) tenía casi 4,000 miembros, una oficina administrativa central, y una nueva disposición para apoyar a los psicólogos aplicados y clínicos. La Administración de veteranos (AV, por sus siglas en inglés) en particular, vio la necesidad de profesionales especializados para tratar con veteranos que habían vuelto de la guerra con problemas psicológicos y emocionales. La AV y el Instituto nacional de salud mental (NIMH, por sus siglas en inglés) planearon subsidiar la capacitación en psicología clínica, junto con el entrenamiento en otras profesiones de salud, si las universidades capaces de tales cursos podían ser identificadas. Un comité de la APA proporcionó al gobierno una lista de tales programas de titulación (22) y se inició el proceso de acreditación.

Carl Rogers, el presidente de la APA en ese momento, comisionó a David Shakow para formar un Comité de capacitación en psicología clínica (Comité, 1947). Su informe se volvió la base para una conferencia patrocinada por el NIMH en Boulder, Colorado, en 1949. Unos 70 miembros del cuerpo de profesores universitarios involucrados en los programas de acreditación se reunieron con otros interesados para desarrollar normas consensuales para la educación y capacitación en psicología clínica. Casi todos estos participantes eran psicólogos de una nueva generación, interesados e involucrados en la aplicación de la psicología a los problemas clínicos. Estos nuevos psicólogos clínicos en surgimiento, a menudo los niños de inmigrantes, bien familiarizados con la Gran depresión, templados por la guerra, educados y capacitados en escuelas y universidades públicas, fueron llamados a definir su campo y proponer normas de educación y entrenamiento para los estudiantes que los seguirían.

La importancia de la Conferencia de Boulder en cuanto a la formación de la psicología clínica no puede enfatizarse demasiado. La decisión de que los psicólogos clínicos deben entrenarse como doctores en psicología general aseguró que la psicología clínica se acomodaría bien entre las ciencias, marcada por una base empírica, generando conocimiento vía el método científico. La demanda de experiencia práctica y un periodo de capacitación predoctoral significó que los psicólogos clínicos mantuvieran presente la complejidad de las necesidades y problemas humanos, y que se capacitaran en evaluación y tratamiento (Raimy, 1950). El hecho de que los psicólogos clínicos fuesen educados y especializados para ser *tanto* científicos como profesionales creó un modelo no conocido previamente en las ciencias o las profesiones, lo cual significaba un esfuerzo intrépido por integrar ciencia y práctica en un campo en evolución.

El modelo Boulder de capacitación clínica continuó en la mayor parte de los programas de doctorado en universidades. El plan de estudios normalmente incluye dos años de requisitos académicos en áreas generales de psicología, tales como la cognoscitiva, de desarrollo, experimental, de historia y sistemas, de personalidad, de fisiología, y de psicología social. Se cubren la psicopatología y los métodos de evaluación e intervención, y se incluyen entrenamiento práctico dirigido y un año de capacitación predoctoral. Además de la instrucción académica y la vigilancia clínica, se espera que los estudiantes aprendan a dirigir investigaciones

y que estén familiarizados con los diferentes métodos estadísticos necesarios para evaluar resultados. La mayoría de los programas requieren un proyecto de investigación a nivel maestría y una tesis de investigador original para el doctorado. El tiempo para completar un grado en psicología clínica va de cuatro a seis o siete años, y un año de vigilancia posdoctoral es requerido por la mayor parte de los estados para la certificación.

En los primeros años del modelo Boulder, los graduados ocuparon trabajos en el sector público o se volvieron profesores en colegios y universidades. Si bien un gran número de estudiantes se interesó en la psicología clínica, muchos volvieron su atención a las actividades profesionales, y se plantearon preguntas sobre el modelo Boulder de capacitación. Algunos ya habían notado las limitaciones de la psicología clínica cuando se estaba desarrollando. Seymour Sarason, uno de los participantes de Boulder, escribió cuidadosamente acerca de su decepción respecto a que la psicología clínica haya abandonado su legado de trabajo con niños en los ambientes educacionales y comunitarios (Sarason, 1988).

Muchos notaron que los psicólogos clínicos estaban trabajando en "las casas de otras personas" (por ejemplo, en psiquiatría) y que habían abrazado demasiado pronto un modelo sobre la patología en lugar de considerar la adaptabilidad y elasticidad de las personas enfrentadas con la adversidad. George Albee le recordó a los psicólogos clínicos que la ocurrencia de una enfermedad o desorden nunca había sido alterada tratando a individuos uno por uno, como ocurre en la psicoterapia. El instó a los psicólogos clínicos a dirigir su talento a la prevención y a atacar los problemas sociales de la pobreza, la violencia y la discriminación, que conducen a problemas individuales (Albee, 1968, 1970). Sin embargo, las preocupaciones principales fueron planteadas por profesionales que pensaron que los psicólogos clínicos y el público al que ellos servían, estarían mejor preparados si tuviesen más capacitación en actividades clínicas y menos énfasis en *hacer* ciencia. Ya en 1951 (dos años después de la conferencia de Boulder), Gordon Demer comenzó un programa de "estudiante-profesional" para doctorado en la Universidad de Adelphi, el cual permitió a los estudiantes completar disertaciones no empíricas como psichistorias o formulaciones teóricas. El programa fue acreditado en 1957, pero pasaría otra década hasta que un segundo programa clínico profesional fuera introducido por Donald Peterson ofreciendo un grado de "Doctor en psicología" en la Universidad de Illinois. Los estudiantes

completaban el programa clínico regular, pero optaban por más experiencia práctica y sustituyeron con un proyecto clínico la tesis de investigación.

Un cuestionamiento escéptico del modelo Boulder era exactamente lo que un científico esperaría. Casi todos estaban contentos de que el modelo de capacitación científica, aun cuando los psicólogos clínicos no hicieran investigación, lleva a un espíritu de experimentación, un continuo cuestionamiento de las suposiciones, una buena disposición para considerar explicaciones alternativas y una resistencia para aceptar teorías dogmáticas o autoritarias sin apoyo empírico. Además de los beneficios de los hallazgos de la investigación, se hacían necesarias la apertura a las nuevas ideas y un respeto por la evidencia objetiva, mientras los psicólogos clínicos se esforzaban por definir y desarrollar una disciplina en evolución.

Sin embargo, los psicólogos profesionales se enfrentaban ante las demandas inmediatas de clientes con desestabilidad emocional que no podrían esperar años de investigación empírica y de hallazgos científicos. Es más, los servicios de salud mental no estaban disponibles para las personas en zonas poco urbanizadas, como las rurales y las interurbanas. Los programas clínicos de doctorado basados en universidades habían mantenido deliberadamente bajas sus aceptaciones para apoyar a los estudiantes en el aspecto financiero y ofrecerles la orientación en la investigación individual científica. Al final de los años sesenta, al notar que los dos programas clínicos acreditados en el estado de California, en Berkeley y Los Ángeles, graduaban menos de una docena de estudiantes clínicos cada año, los profesionales empezaron sus propios programas de capacitación. Nicholas Cummings fundó la Escuela de psicología profesional de California en 1969, ofreciendo un doctorado en psicología clínica, con sedes establecidas libremente en Berkeley, Fresno, Los Angeles y San Diego, con el apoyo entusiasta de la Asociación psicológica del estado de California. Una segunda conferencia, que se llevó a cabo en Vail, Colorado, unos veinte años después de la de Boulder, adoptó un modelo de capacitación profesional (Korman, 1974). Los psicólogos clínicos continuarían aprendiendo psicología general y siendo "consumidores" de la ciencia de la psicología, pero su principal educación y capacitación sería en procesos clínicos y prácticos. Estos programas fueron bastante atractivos para los estudiantes y en las siguientes dos décadas más de cuarenta escuelas profesionales y programas se establecieron y se acreditaron.

Algunos ofrecieron el doctorado en filosofía y otros en psicología; algunos en universidades y otros de manera independiente.

El modelo escolar profesional es muy diferente al modelo de Boulder en formas que van mucho más allá del énfasis en la capacitación científica. Como otras escuelas profesionales, en leyes o en medicina, la mayor parte de los programas no se alojan dentro de las artes y ciencias tradicionales en una universidad. Incluso cuando se localizan dentro de la academia, las unidades profesionales son independientes, con su propio decano y estructura administrativa. Se admite una gran cantidad de estudiantes para los programas de titulación; las facultades son más pequeñas y son a menudo profesionales de medio tiempo quienes enseñan en el programa. Los cursos son extensos y los estudiantes generalmente siguen un plan de estudios fijo. La ayuda financiera a través de becas no está generalmente disponible y los costos de matriculación son pocas veces diferidos. Es cuatro veces más probable que los estudiantes sean admitidos, pero seis veces menos probable que el profesional reciba el total de fondos para los programas orientados a la investigación (Mayne, Norcross y Sayette, 1994).

Muchos estudiantes todavía se capacitan para tener derecho a las clínicas en los programas de maestría, pero la APA reconoce la práctica independiente de la psicología clínica sólo en el ámbito doctoral. No obstante, se otorgan aproximadamente 8,000 títulos de maestría en psicología cada año, y gran parte de este grupo proporciona servicios clínicos, sobre todo en instituciones públicas. Las cifras para el empleo y la satisfacción en el trabajo son similares para los psicólogos tanto a nivel de maestría como de doctorado. Los psicólogos a nivel maestría se encuentran organizados en el ámbito nacional y son reconocidos por los estatutos legales en 27 estados.

Mientras la psicología profesional estaba creciendo rápidamente, los profesionales doctorados empezaron a organizarse para buscar apoyo legislativo. Un *Registro nacional de proveedores para el cuidado de la salud* fue publicado en 1975, y la Junta estadounidense de examinadores en psicología profesional de nuevo hizo énfasis en el diplomado, reconociendo la competencia profesional en psicología clínica (así como en otras áreas de especialidad, como la asesoría, la industrial/organizacional y la escolar). La APA emprendió varias iniciativas para apoyar la psicología profesional. Se extendieron normas de acreditación para

incluir programas profesionales. Fue adoptado un modelo de proyecto de ley de certificación, y se ofreció ayuda a las asociaciones estatales en sus esfuerzos para obtener certificación o autorización para los practicantes, así como paridad con otros profesionales de la salud. Se libraron batallas para que los psicólogos fueran reembolsados por terceros (las compañías de seguros) y para lograr privilegios en el trabajo dentro de los hospitales. El código ético de la APA fue revisado para aclarar las normas de tratamiento. Los psicólogos desarrollaron sus propios planes de seguro para proporcionarse protección contra las demandas por negligencia. Quizá una de las cuestiones de mayor importancia para los profesionales fue el hecho de que la APA dio sus primeros pasos para desarrollar una rectoría de práctica apoyada por cuotas adicionales pagadas por los profesionales, esto para impulsar y proteger todas sus actividades. La APA estableció un Colegio de psicología profesional en 1995, para ayudar a los psicólogos a obtener certificación en áreas de competencia como consultaría en abuso de sustancias. Los psicólogos profesionales apoyados por la rectoría de práctica de la APA empezaron a abogar por los privilegios de prescripción, y se desarrollaron programas de capacitación para psicólogos seleccionados, con la intención de lograr competencia en la prescripción de ciertos medicamentos psicotrópicos.

El crecimiento de la APA y el énfasis en asuntos profesionales exacerbó los ya duraderos conflictos entre los psicólogos científicos y los profesionales. Mientras maduraba la disciplina de la psicología, muchos psicólogos científicos, sobre todo, se sintieron atraídos para crear las sociedades más especializadas (como la de neurociencia o la Sociedad para la investigación en el desarrollo del niño) en lugar de una asociación de psicología general, sobre todo una que pareciera estar muy enfocada en los problemas de gremio. Algunos psicólogos académicos se involucraron tanto en la imagen "clínica" de la psicología que empezaron a identificarse a sí mismos con términos diferentes a *psicólogo*, como serían "neurocientífico" o "psicolingüista". Incluso algunas secciones académicas cambiaron sus nombres de *psicología* a términos como *ciencias cognoscitivas*. La APA creó varias comisiones y grupos de trabajo encargados de recomendar una posible reorganización de la APA para establecer la trayectoria de su gobierno y satisfacer las necesidades de los científicos, quienes ahora eran una minoría del total de miembros. En 1988 el consejo de representantes de la APA recomendó di-

cho plan a los miembros para su aprobación. Considerables controversias rodearon la propuesta de reorganización favorecida por los científicos, pero no por los profesionales. Los científicos ya habían empezado a reorganizarse dentro de la APA para formar una Asociación de psicología científica y aplicada (ASAP, por sus siglas en inglés). Temerosos de que fallara la reorganización, otro pequeño grupo de seis psicólogos (la mitad de ellos mujeres) se reunió un día de verano en Belchertown, Massachusetts, distante unos 95 años y 45 millas del lugar de fundación de la APA. Ellos (Kathleen Grady, Milton Hakel, Virginia O'Leary, Steve Hays, Bonnie Strickland y Logan Wright) escribieron estatutos para una nueva sociedad científica independiente para psicólogos: la Sociedad psicológica estadounidense (APS, por sus siglas en inglés).

Cuando el plan de reorganización fue derrotado por los miembros de la APA, los 1,200 miembros de la ASAP votaron para convertirse en la APS. Janet Spence, presidente de la ASAP, se hizo presidente de la APS y Charles Kiesler fue el presidente anterior. Alan Kraut fue contratado como el primer director ejecutivo. En 1990 los científicos clínicos establecieron la Asociación estadounidense de psicología aplicada y preventiva (AAAPP, por sus siglas en inglés), estrechamente unida a la APS, para representar y defender sus intereses. En menos de una década, la APS tenía más de 16,000 miembros, incluso estudiantes, y publicó varios periódicos; era una voz fuerte, sobre todo en el Congreso, para la disciplina y la ciencia de la psicología. La AAAPP tenía cerca de 2,000 miembros, un boletín informativo, y un periódico. Una vez más las tensiones entre los científicos y profesionales se habían vuelto tan fuertes que la psicología en Estados Unidos fue representada a través de varias organizaciones nacionales. Cincuenta años después de que la Asociación estadounidense de psicólogos aplicados, con una mayoría de practicantes, se apartó de la APA, la Asociación psicológica estadounidense, con una mayoría en científicos básicos y aplicados, empezó a aparecer. Una vez más, científicos/practicantes, esta vez en mayores cantidades, rompieron sus lealtades por las asociaciones nacionales.

¿QUÉ HACEN LOS PSICÓLOGOS CLÍNICOS?

Los psicólogos que se graduaron de los primeros programas de capacitación clínica, al igual que otros psi-

cólogos generales, tenían que tomar puestos docentes en colegios y universidades. Otro importante lugar para ellos estaba dentro de la Administración de veteranos que todavía en la actualidad es la institución más grande empleadora de psicólogos. Conforme fue floreciendo la psicología clínica, se hicieron disponibles más oportunidades para que los psicólogos clínicos trabajasen de forma independiente, a menudo como consultores de las dependencias de salud mental para la comunidad, y cada vez más con individuos. Las leyes de acreditación y/o autorización se promulgaron finalmente en los cincuenta estados (y las provincias canadienses), el reembolso por terceros se hizo disponible, y se otorgaron privilegios de hospitalización en algunos sitios.

La Federación mundial para la salud mental informa que los problemas de salud mental continúan siendo críticos para millones de personas en todo el mundo. Los desórdenes de depresión y ansiedad suponen entre un cuarto y un tercio de todas las principales visitas para el cuidado de la salud mundial. El suicidio está entre las diez principales causas de muerte y entre las dos o tres causas principales para la juventud. Alrededor del mundo, más de 52 millones de niños trabajan diariamente, sujetos a riesgos para su salud física y mental, así como para su desarrollo intelectual y social, además del intenso trauma que incluye la depresión severa, el retraso mental y el complejo de inferioridad. Millones de niños sufren el devastador efecto de la prostitución infantil. Los rangos de violencia doméstica contra mujeres varía entre 20 y 75% en las naciones en vías de desarrollo. Las discapacidades provocadas por el alcohol afectan a cerca de 10% de la población mundial, y el abuso de drogas es una fuente de violencia y muerte que está creciendo rápidamente. Por otro lado, la violencia política ha creado más de 40 millones de refugiados y de personas desterradas, quienes están en un alto riesgo de padecer depresiones, desórdenes de ansiedad y de tensión postraumática.

Los psicólogos clínicos y otras profesiones dedicadas al cuidado de la salud mental tienen mucho que hacer en innumerables jurisdicciones en donde se puede trabajar. En Estados Unidos, la mayoría de los psicólogos clínicos (con casi 90% dedicando cerca de un tercio de su tiempo de esta manera) están involucrados en algún aspecto relacionado con proporcionar psicoterapia. Tres cuartas partes están comprometidos en la evaluación y diagnóstico, y dos terceras partes son consultores o supervisores clínicos. Más de la mitad están en la educación y la administración, pero estas activida-

des, aparte de la psicoterapia, implican sólo de 10 a 15% de su tiempo. La proporción de graduados en psicología clínica que toma puestos como profesores en las universidades ha caído constantemente y ahora son menos de uno por cada cinco. Aproximadamente un tercio de los psicólogos clínicos están en la práctica privada, y una cuarta parte trabajan en hospitales y escuelas médicas. Más de la mitad informan estar comprometidos en la investigación, pero el número modal de documentos de investigación publicados por psicólogos clínicos es cero. De diez a quince por ciento de los psicólogos clínicos producen cerca de la mitad de la investigación (Norcross, Prochaska y Gallagher, 1989; Phares, 1991). Los psicólogos clínicos también se han hecho especialistas al proporcionar servicios de salud mental a poblaciones específicas, tales como los niños o los ancianos. Otros se han ramificado en áreas surgidas recientemente como la psicología forense y la psicología de la salud. La neuropsicología es otra área atractiva ya que los psicólogos clínicos están sobre todo bien capacitados en la evaluación y el diagnóstico, una necesidad crucial para entender y tratar desórdenes cerebrales y lesiones de cabeza. Las habilidades estadísticas ofrecidas a los estudiantes clínicos también les son de buena utilidad para obtener plazas en la evaluación de los programas y sistemas.

LA PSICOLOGÍA CLÍNICA CONTEMPORÁNEA

Cien años después de su fundación, el campo de la psicología clínica es una vibrante y poderosa influencia, que todavía busca respuestas a las interrogantes fundamentales acerca de la conducta humana y el cambio de conducta. Los psicólogos clínicos están comprometidos en carreras a través del espectro de la ciencia y la práctica; proveen servicios a las diversas poblaciones en casi cada situación concebible. Los estudiantes están especializados en casi 200 programas universitarios acreditados y más de 400 internados de capacitación predoctoral; uniéndose a la más grande profesión para el cuidado de la salud en el ámbito doctoral en Estados Unidos. Las mujeres se han incorporado bien a la psicología, especialmente a la psicología clínica, y ahora reciben más títulos doctorales en relación con hombres (61% en 1991) que en cualquier otro campo importante (desde la educación, 58%; pasando por las leyes, 49%, la medicina, 36%, hasta a la ingeniería, 9%) (Pion *et al.*, 1996).

Los psicólogos clínicos han desarrollado talentos y habilidades únicas para la comprensión y el tratamiento de los problemas cotidianos de la gente. Primero, los psicólogos clínicos están (o deben estar) bien capacitados en psicología general y en el método científico. La floreciente base del conocimiento en psicología cognoscitiva, del desarrollo, experimental, de personalidad, fisiológica, y social nos ha dado un entendimiento más profundo y más claro de la conducta de las personas y de los cambios de conducta. Sabemos muchas de las limitantes del funcionamiento "normal" y las diferencias en las formas en que los individuos responden a los desafíos en sus vidas. También se nos ha enseñado la importancia crucial de usar tal conocimiento en nuestras actividades clínicas, siempre con un espíritu de franqueza y cuestionándonos sobre el valor de nuestros servicios. La psicología clínica y la consultoría, así como la psicología escolar son las únicas profesiones relacionadas con la salud que evolucionaron a partir de la academia. Los barberos dejaron sus tiendas para estudiar en las universidades medievales; las curanderas fueron a escuelas de enfermería. Los trabajadores sociales estudiaron en escuelas profesionales y entonces regresaron a sus lugares de origen. Sólo los psicólogos, con sus propias bases científicas, construyeron su disciplina en una tradición escolar dentro de las artes y ciencias.

Los psicólogos clínicos han estado especialmente enfocados y capacitados en psicopatología (en como entender, evaluar y tratar la conducta "anormal"). Históricamente, las contribuciones únicas de la psicología clínica en esta área han estado en la evaluación y la comprobación psicológica, incluyendo la investigación en pruebas. Los psicólogos han desarrollado pruebas de inteligencia que también se volvieron importantes en la evaluación del funcionamiento orgánico y neurológico. Aunque los psicólogos usan y han desarrollado técnicas proyectivas como la prueba de apercepción temática, sus contribuciones probablemente han sido más marcadas por su investigación sobre la confiabilidad y la validez de tales mediciones, así como por su desarrollo de instrumentos de medición más objetivos.

Sin embargo, la principal actividad de los psicólogos clínicos es la psicoterapia, un servicio que compartimos con innumerables campos e incluso con gente no profesional. Existen grupos visibles que presentan comúnmente a los *psicoterapeutas*: el clero, los psicólogos consejeros, los consejeros matrimoniales y familiares, los consejeros para la salud mental, las enfermeras psiquiátricas, los psiquiatras, los trabajadores sociales, los psi-

cólogos escolares, y muchos otros que proporcionan psicoterapia a individuos, familias y grupos sociales. Nosotros tenemos poca o ninguna evidencia de que la misma disciplina o los años de experiencia hagan una diferencia significativa en la propia efectividad como psicoterapeuta con los pacientes moderadamente perturbados (Dawes, 1994; Christensen y Jacobson, 1994), aunque la investigación en psicoterapia sugiere que algunos acercamientos son más efectivos para algunos desórdenes particulares. El tratamiento de la ansiedad y de los desórdenes de pánico (Barlow, 1988, 1990), de la depresión (Butler y Beck, 1996) y del manejo del dolor (Keefe, 1996) a través de terapia cognoscitiva del comportamiento ha sido particularmente impresionante.

ASPECTOS CRUCIALES EN LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

En cualquier ciencia o profesión, quizás la meta crucial es el desarrollo y aplicación del conocimiento. Los acercamientos teóricos y las técnicas clínicas deben estar basados en principios sólidos que representen el mejor entendimiento de la disciplina y profesión. También está implícito en las profesiones altruistas un claro sentido de integridad y ética que guíe nuestras acciones para el beneficio de la humanidad.

Los psicólogos clínicos algunas veces han sido descuidados en cuanto a usar los métodos tradicionales que pudieran no representar el estado actual de la práctica clínica. Por ejemplo, todavía se usan ampliamente ciertas pruebas psicológicas, aunque la "teoría" de la proyección en la que se basan tiene poco o ningún apoyo empírico (Dawes, 1994). La evidencia que se tiene para la confiabilidad y validez del método de la mancha de tinta Rorschach se está dando en forma lenta a través de los años (Weiner, 1997). De manera similar, los clínicos pueden haberse comprometido en tipos de tratamiento pasados de moda e ineficaces, sin abordar la literatura contemporánea que describe técnicas más eficaces. Continuamos dependiendo de la intuición clínica cuando la predicción estadística podría servirnos mejor. A pesar de nuestra capacitación en el estudio científico, a menudo nos comprometemos en un prejuicio fundamental en el que atribuimos nuestras propias conductas de inadaptación como respuestas al ambiente, en vez de hacerlo a nuestros clientes como si se tratase de una patología. De hecho, hemos adoptado una "enfermedad" y modelo de diagnóstico que puede distorsionar nuestra comprensión sobre el comportamiento.

to y el cambio de conducta, el cual no hace justicia a la flexibilidad, fuerza y forma de adaptarse con la que muchas personas enfrentan la adversidad. Nosotros también tenemos en mente la creación de un modelo médico que atienda a los individuos, normalmente a través de una cuota por el servicio, y que se enfoque menos en esos problemas sociales y sistemas de comunidad que exigen un cambio, de esta manera las personas podrán tener oportunidad de tomar opciones saludables. Dentro del modelo médico, el gobierno y los negocios han asumido el control de los crecientes costos del cuidado de la salud, a veces eliminando nuestros trabajos. Seremos llamados continuamente para evaluar los servicios de salud, incluyendo el propio, para demostrar la eficacia y el ahorro del costo. En ese sentido, somos afortunados en tener una ciencia basada en lo empírico y métodos experimentales que nos permiten hacer simplemente eso. También haríamos bien en usar estos métodos para gravar los impuestos y evaluar nuestro propio campo.

TENDENCIAS FUTURAS

Históricamente, la psicología clínica se ha levantado en respuesta a las presiones del mercado. Cuando se hizo obvia una necesidad por servicios clínicos en los inicios de la psicología organizada, Witmer y otros respondieron desarrollando una nueva profesión. Después de la Segunda guerra mundial, animados por el gobierno y apoyados por la Administración de veteranos, los programas de titulación empezaron a educar y capacitar a psicólogos clínicos dentro de un modelo científico/practicante. En los años sesenta, cuando era notable una mayor necesidad de profesionales, se establecieron escuelas para tal fin. Sin embargo, esto significa que el crecimiento y desarrollo de la psicología clínica no siempre ha seguido una trayectoria cuidadosamente planeada. Por ejemplo, el número de estudiantes en programas de titulación clínica en este momento es problemático. Las pasantías predoctorales requeridas para la titulación y autorización no están disponibles para todos los estudiantes que las merecen. La demanda de horas de práctica clínica impuestas a estudiantes ansiosos por encontrar pasantías también, quizás, ha dejado atrás nuestros requisitos igualmente importantes de otros aspectos de educación clínica y capacitación, tales como el conocimiento sobre la psicología general y la investigación. El advenimiento del cuidado administrado significa que menos plazas están disponibles pa-

ra los nuevos graduados y la posibilidad de empezar una práctica privada con éxito es prácticamente inexistente. Las plazas en la academia también son cada vez más difíciles de obtener. Sin embargo, como era cierto en nuestro inicio, los trabajos permanecen disponibles en áreas poco urbanas y con poblaciones marginadas. Puede asegurarse a los graduados en psicología clínica que su compromiso con los intereses públicos les permitirá oportunidades excepcionales. Además, es la única profesión para todos aquellos que realmente deseen combinar sus intereses científicos con los prácticos.

Las tendencias futuras siempre son difíciles de predecir, particularmente en un área de tal volatilidad como el enorme trastorno en demografía y cuidado de la salud que ocurren ahora en Estados Unidos. Esto también está acompañado por presiones económicas, ya que se hacen correcciones para asegurar el futuro financiero de la nación. Los políticos y creadores de política han determinado que el alto costo de los especialistas en la medicina y los campos relacionados con la salud, como la psicología clínica, debe refrenarse. Las personas que necesitan cuidados médicos se enviarán a médicos generales y es poco probable que lleguen a los psicólogos clínicos, sobre todo aquellos que se han dedicado a proporcionar tratamiento a largo plazo. La provisión de psicoterapia, que la mayoría de los psicólogos señala como su actividad más predominante, será ofrecida cada vez más por otros profesionales de la salud mental durante tiempos más cortos y a los costos más bajos. Los psicólogos clínicos pueden continuar siendo una parte de este armazón pero probablemente serán canalizados hacia la investigación y evaluación de la psicoterapia, una habilidad para la que muchos otros profesionales de la salud mental no están especializados. También los psicólogos clínicos se capacitan especialmente en evaluación y examinación psicológica, una especialidad que puede usarse cada vez más en áreas que van más allá de la evaluación de la salud mental. Especialmente con una población que envejece, la evaluación neuropsicológica se volverá una función aún más importante de los psicólogos clínicos, tanto para la investigación como para el tratamiento. La examinación psicológica también es el principal sostén de la psicología forense, ya que cubre casi todos los aspectos de la ley, desde las batallas por custodia hasta la competencia para sostener un juicio. Dentro del sistema legal, los psicólogos también podrían hacer bien en volver su atención a entender y tratar poblaciones especiales. De nuevo, el rango de oportunidades es amplio, extendiéndose

desde víctimas como los niños que padecieron abuso hasta los perpetradores de crímenes violentos.

Algunos esperan que el más grande crecimiento de la psicología clínica ocurrirá dentro del reino de la salud física. Esta predicción no sólo se basa en el hecho de que el dolor emocional y los desórdenes acompañan a muchos procesos de enfermedad y de respuesta a tal enfermedad, sino también en el conocimiento de que el tratamiento psicológico puede mejorar el funcionamiento a través de un espectro de enfermedades, padecimientos y problemas de salud a través de actividades como retroalimentación biológica, condicionamiento, conformidad, relajación y reducción de la tensión. Los psicólogos clínicos pueden encontrarse trabajando más estrechamente con médicos en hospitales, y con el enfermo crónico mientras traen su conocimiento y habilidades tanto para la salud física como la mental. Estas actividades también pueden extenderse a la prevención y sobre todo al trabajo con niños.

No hay duda de que los psicólogos clínicos continuarán extendiendo sus alcances de la práctica y "reexaminarán la pregunta de cuál debe ser la actividad o actividades centrales de un campo en el que el propósito es usar el conocimiento psicológico para promover el bienestar humano" (Humphreys, 1996, p. 191). Se espera que regresemos y continuemos esos altos objetivos de Witmer y otros que inspiraron a psicólogos para intentar aliviar nuestros problemas sociales crónicos y para mejorar las instituciones sociales que afectan las vidas de todos nosotros. Hacemos esto a través del avance del conocimiento y la aplicación de ese conocimiento para el bien público.

REFERENCIAS

- Achterberg, J. (1990). *Woman as healer*. Boston: Shambhala.
- Albee, G. W. (1968). Conceptual models and manpower requirements in psychology. *American Psychologist*, 23, 317-320.
- Albee, G. W. (1970). The uncertain future of clinical psychology. *American Psychologist*, 25, 1071-1080.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H. (1990). Long-term outcome for patients with panic disorder treated with cognitive-behavior therapy. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51, 17-23.
- Beers, C. (1908). *A mind that found itself*. New York: Longmans, Green.
- Butler, A. C., & Beck, A. T. (1996). Cognitive therapy for depression. *The Clinical Psychologist*, 49, 6-7.
- Christensen, A., & Jacobson, N. S. (1994). Who (or what) can do psychotherapy: The status and challenge of nonprofessional therapies. *Psychological Science*, 5, 8-14.
- Committee on Training in Clinical Psychology. (1947). Recommended graduate training program in clinical psychology. *American Psychologist*, 2, 539-558.
- Dawes, R. (1994). *House of cards: Psychology and psychotherapy built on myth*. New York: The Free Press.
- Ehrenwald, J. (Ed.). (1991). *The history of psychotherapy*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Gould, S. (1981). *The mismeasure of man*. New York: W. W. Norton.
- Humphreys, K. (1996). Clinical psychologists as psychotherapists: History, future, and alternatives. *American Psychologist*, 51, 190-206.
- James, W. (1890). *Principles of psychology* (Vols. 1-2). New York: Holt.
- Keefe, F. J. (1996). *Cognitive behavioral therapy for managing pain*, 49, 4-5.
- Korman, M. (1974). National conference on levels and patterns of professional patterns in psychology: The major themes. *American Psychologist*, 29, 441-449.
- Leff, S., & Leff, V. (1958). *From witchcraft to world health*. New York: Macmillan.
- Mayne, T. J., Norcross, J. C., & Sayette, M. A. (1994). Admission requirements, acceptance rates, and financial assistance in clinical psychology programs. *American Psychologist*, 49, 605-611.
- Metraux, G. S., & Crouzet, F. (1963). *The evolution of science*. New York: New American Library.
- Napoli, D. (1981). *Architects of adjustment*. Port Washington, NY: Kennikat Press.
- Norcross, J. C., Prochaska, J. O., & Gallagher, K. M. (1989). Clinical psychologists in the 1980s: II Theory, research, and practice. *The Clinical Psychologist*, 42, 45-53.
- Phares, E. J. (1991). *Clinical psychology: Concepts, methods, and profession*. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Pion, G. M., Mednick, M. T., Astin, H. S., Hall, C. C. I., Kenkel, M. B., Keita, G. R., Kohout, J. L., & Kelleher, J. C. (1996). The shifting gender composition of psychology. *American Psychologist*, 51, 509-528.
- Popplestone, J. A., & McPherson, M. W. (1994). *An illustrated history of American psychology*. Madison, WI: Browne and Benchmark.
- Raimy, V. C. (Ed.) (1950). *Training in clinical psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Reisman, J. (1966). *The development of clinical psychology*. New York: Appleton-Century-Crofts.

- Routh, D. (1996). Lightner Witmer and the first 100 years of clinical psychology. *American Psychologist*, 51, 244-247.
- Sarason, S. (1988). *The making of an American psychologist: An autobiography*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Walsh, M. R. (1977). *Doctors wanted, no women need apply*. New Haven: Yale University Press.
- Weiner, I. B. (1997). Current Status of the Rorschach Inkblot Method. *Journal of Personality Assessment*, 68(1), 5-19.
- Witmer, L. (1907). *The psychological clinic*, 1, 1-9.
- Yates, D. (1932). *Psychological racketeers*. Boston: Richard G. Badger.

LECTURAS ADICIONALES

Para los estudiantes interesados en la historia general de la psicología se incluyen descripciones detalladas de

las polémicas de mucho tiempo entre académicos y psicólogos profesionales; vea *A History of modern psychology*, de Thomas H. Leahey (1994, segunda edición). Donald Napoli da una descripción fascinante del desarrollo de la psicología clínica desde un punto de vista histórico en *Architects of adjustment* (1981). Aunque no fue precisamente pensado sobre la relación con la psicología clínica, el libro de Jeanne Achterberg: *Woman as healer* (1990) es una cuidadosa historia de la destreza y el papel de las mujeres en las artes curativas y médicas. Los estudiantes interesados en una crítica actualizada de la psicología clínica deberán leer el libro de Robin Dawes: *House of cards: Psychology and psychotherapy built on myth* (1994).

CAPÍTULO 2

EVALUACIÓN Y DIAGNÓSTICO CLÍNICO

Robert J. Gregory

En este capítulo y en el siguiente exploraremos las contribuciones que han otorgado las pruebas y la evaluación de la práctica en la psicología clínica. Considerando que las pruebas conllevan inferencias limitadas acerca de las puntuaciones particulares, la evaluación abarca una pregunta cuyo significado es más profundo: de la información relevante que se recopila de todas las fuentes (incluyendo las pruebas), ¿cuál es la más importante para el paciente? Las pruebas son relativamente objetivas, así que los psicólogos clínicos con amplia experiencia por lo general están de acuerdo con la interpretación de los resultados de las pruebas de los individuos. En contraste, la evaluación contiene un componente subjetivo. Los médicos que evalúan la misma información acerca de un paciente a menudo llegan a evaluaciones un tanto diferentes. Para ponerlo de manera sencilla, la evaluación es una ciencia y un arte (Matarazzo, 1990; Tallent, 1992).

El diagnóstico formal del trastorno de un paciente con frecuencia es una meta esencial de la evaluación. Aunque son factibles varios métodos para diagnosticar, el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, ahora en su cuarta edición (DSM-IV), domina la práctica de la psicología clínica y de los campos relacionados (Asociación estadounidense de psiquiatría, 1994). Por esa razón en este capítulo examinaremos la naturaleza, propósitos, fortalezas y debilidades del DSM-IV.

Primero, proporcionamos una breve revisión de las tendencias históricas como una ayuda para colocar a la evaluación en perspectiva.

BREVE HISTORIA DE LA EVALUACIÓN

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-

quiátras 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.

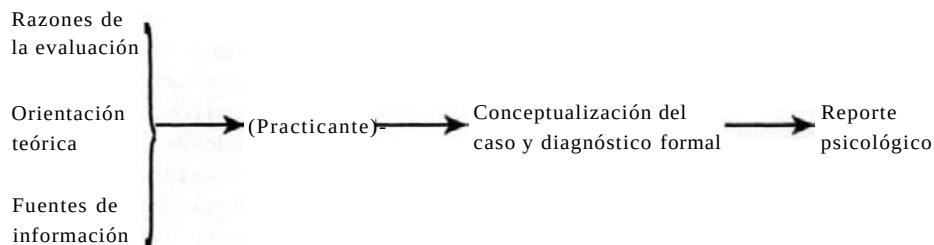
REVISIÓN DEL PROCESO DE EVALUACIÓN

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). Aun-

Figura 2.1. Resumen del proceso de evaluación

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

que 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. Los elementos de la evaluación se describen en la figura 2.1 y se analizan con más detalle en la parte que resta de este capítulo.

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

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

Estos ejemplos ilustran unas cuantas de las diversas situaciones en las que se les pide a los psicólogos que realicen una evaluación. Las conclusiones del psicólogo clínico tienen a la larga un impacto mayor tanto en el examinado como en la sociedad. Por ejemplo, basa-

dos en parte en los hallazgos de la evaluación, los pacientes de edad avanzada serán (o no) confinados en una institución; los viejos excéntricos serán (o no) enviados a proceso legal; las esposas deprimidas deberán (o no) ser hospitalizadas; y los candidatos para puestos legales deberán (o no) ser contratados.

Fases de la evaluación

Una evaluación procede a través de cuatro fases: planeación, recolección de datos, inferencia y comunicación. En la *planeación*, el psicólogo practicante determina el propósito de la evaluación. Esta puede ser un riesgo considerable, en especial dentro del escenario institucional. El reto es que las fuentes de referencia no siempre especifican el problema que impulsó la solicitud de una evaluación. El médico de un hospital puede solicitar "una evaluación psicológica, por favor", cuando lo que en realidad desea saber es si el dolor clínico que experimenta su paciente se debe en parte a factores psicológicos. En este caso, el trabajo del clínico no es nada más determinar el asunto subyacente de la remisión, sino también educar a los médicos para que entiendan la necesidad de explicar las cuestiones de la referencia.

La *recolección de datos* implica la selección de las mejores fuentes de información para los propósitos de la evaluación. La entrevista clínica casi siempre es un componente de la recolección de datos, y ésta incluye una forma especializada de entrevistas conocida como el *examen del estado mental*. Los programas de entrevistas estructuradas, la observación, la evaluación del comportamiento y las pruebas psicológicas también proporcionan información relevante para la evaluación. Cada uno de estos métodos se estudian a continuación.

La etapa de la *inferencia* (o deducción) es esencial, pues en ella el profesional deberá decidir si confía en su juicio personal o en las fórmulas basadas en la investigación sobre la interpretación de los datos. El dilema es ilustrado por el caso en que un psicólogo practicante siente de manera intuitiva que un paciente psiquiátrico hospitalizado está en riesgo de cometer suicidio, pero que no exhibe ninguna de las características basadas en estudios que sugieran un riesgo de este tipo, por ejemplo, enfermedad depresiva, alcoholismo, intentos anteriores, hablar de suicidio, aislamiento social (Motto, 1985). ¿Deberá el psicólogo clínico confiar en su juicio personal y negarle al paciente la solicitud de un pase para salir del hospital el fin de semana, o creer en las fórmulas y conceder la solicitud? Este ejemplo ilustra el debate clínico en contraste con el actuarial, que es el punto culminante en la toma de decisiones de los psicólogos. En el **juicio clínico** el psicólogo practicante usa el juicio personal para diagnosticar, clasificar o predecir el comportamiento. En el **juicio actuarial** usa una fórmula basada en las investigaciones para diagnosticar, clasificar o predecir el comportamiento. Aunque el juicio actuarial por lo general es superior, los psicólogos practicantes siguen confiando mucho en el juicio clínico. Más adelante analizaremos las fortalezas y debilidades de cada método.

Por último, la evaluación implica la transmisión de los resultados y la *comunicación* de las recomendaciones. Aunque las conclusiones de una evaluación con frecuencia se comunican en persona (esto es, el psicólogo hace un reporte verbal para la fuente de referencia o para el paciente), el reporte escrito también es importante y no deberá ser visto como una obligación sólo para los requisitos administrativos. Un reporte escrito funciona de forma efectiva como una guía permanente y positiva para la fuente de referencia y para los demás que trabajan con el paciente. Sin embargo, si el reporte se hace con poco cuidado, es muy vago o carece de conclusiones, no tendrá impacto (o peor aún, tendrá un impacto negativo) sobre el bienestar del paciente. Además, los reportes tienen el engorroso hábito de ser mostrados incluso años después debido a la litigación que involucra a algunos pacientes. Los psicólogos practicantes inteligentes anticipan la posibilidad de que se les solicite que expliquen y justifiquen cada frase en un reporte. Tener una atención cuidadosa en la evaluación del reporte no sólo ayuda al bienestar del cliente sino que también previene futuros apuros para el psicólogo clínico.

RAZONES PARA HACER UNA EVALUACIÓN

El medio social más común para la referencia son los sistemas escolares, las clínicas psiquiátricas, los ambientes médicos, los contextos forenses, las compañías industriales y las clínicas psicológicas. Las razones específicas de una evaluación diferirán de un escenario a otro, así que comencemos destacando los asuntos e inquietudes prominentes que pertenecen a cada ambiente referido. Por ejemplo, los psicólogos que trabajan dentro de los sistemas escolares recibirán muchas referencias a fin de valorar los trastornos de aprendizaje. Puesto que una cuestión referida común es si un estudiante califica para los servicios con fondos federales, el psicólogo practicante deberá entender los lineamientos publicados y responder en lenguaje y términos que sean aceptables para los auditores que aprueban los fondos. La distinta evaluación superlativa con recomendaciones altamente detalladas para la resolución de problemas será desperdiciada si un estudiante imposibilitado para aprender es considerado no apto para los servicios. En este ejemplo, la sensibilidad para el contexto de la evaluación dicta el uso de pruebas específicas (pruebas de inteligencia general y de logro académico específico con normas a nivel nacional) combinadas con un enfoque en los aspectos particulares de los resultados (por ejemplo, la existencia de una discrepancia de 15 puntos entre las puntuaciones de coeficiente intelectual CI [IQ, en inglés] y de logro).

Las referencias de una clínica psiquiátrica auguran cuestiones sin solución acerca de la conceptualización del caso. De manera implícita, el psiquiatra que lo refirió preguntará si el comportamiento inadaptado del paciente representa un pensamiento con serios trastornos (que indicarían la necesidad de drogas psicotrópicas), o un problema antiguo con el carácter de la persona (que demandaría un programa estricto de comportamiento, o una manifestación de daño cerebral no reconocido). Otra razón de la referencia del psiquiatra es la toma de decisiones, tales como determinar si un paciente es adecuado para una terapia individual. Es esencial aclarar las cuestiones principales de la recepción de un paciente cuando se trata de las referencias que hacen los psiquiatras.

Las referencias médicas constituyen aspectos interesantes debido a la interacción mutua entre la salud y las funciones fisiológicas. Una tendencia común (y comprensible) es que los psicólogos practicantes sobresalen en la tarea de identificar enfermedades médicas, pero pasan por alto las contribuciones o aportaciones psico-

lógicas y sus consecuencias. Una paciente con una enfermedad del corazón totalmente identificada también puede experimentar una seria depresión, que no sólo es una consecuencia de su problema de salud sino que también contribuye con éste. En un estudio que se hizo con 150 pacientes de edad avanzada que fueron internados y tratados en medicina general y en unidades de cirugía, los médicos que los atendían fallaron al no detectar y diagnosticar una depresión mayor que ocurría en 21 de los 23 pacientes que sufrían este trastorno que amenaza la vida (Rapp, Parisi, Walsh y Wallace, 1988). A los psicólogos que trabajan con las referencias médicas se les informa que busquen una depresión cuando un paciente sufre enfermedades físicas crónicas, tales como afecciones al corazón. Otra área de convergencia entre la medicina y la psicología es entender al paciente que presenta un dolor crónico. En la mayoría de los casos, una dolencia clínica incluye un componente psicológico sustancial, que es no negar o desechar la realidad del dolor. Los psicólogos clínicos tienen mucho que ofrecer al practicante mediante la evaluación y comprensión del fenómeno del dolor crónico (Turk y Rudy, 1990).

Los psicólogos que trabajan dentro del sistema judicial deberán tener una firme comprensión de los asuntos legales pertenecientes a la evaluación en la medicina legal. Consideremos un tipo de evaluación médica legal: asesorar en un juicio legal para determinar si una persona acusada está calificada para que se le entable un juicio. El juez no está interesado en el punto de vista personal del psicólogo, más bien espera que el asesor ofrezca una opinión dentro del marco legal del caso, que especifica que el acusado deberá entender los cargos contra él y que deberá ser capaz de ayudar en su defensa (Wrightsmann, Nietzel y Fortune, 1994). En forma creciente, la práctica de la psicología forense requiere expertos que tengan una capacitación especializada (véase el capítulo 16, "Psicología forense").

Una preocupación especial encontrada con la evaluación industrial es que la asesoría relacionada con los empleados es muy limitada por los lineamientos legales. Por ejemplo: las pruebas practicadas deberán tener una relación comprobable con el desempeño del trabajo o, si no es así, se podría encontrar legalmente responsable al psicólogo asesor (y al que lo contrata). No importa si un prospecto para ser empleado produce una escala antisocial bastante elevada en una prueba de la personalidad. Lo que importa es si esa prueba (y en particular la escala antisocial) ha sido validada para ser usada en la selección de empleados. En las pruebas relacionadas con la

selección de empleados, se considera irrelevante el juicio de los psicólogos (Lowman, 1989). La evaluación industrial es una empresa altamente especializada para la cual los examinadores necesitan una capacitación especial.

La mayoría de los pacientes en una clínica médica son nominados por ellos mismos como individuos que buscan un alivio ante cierta confusión o incertidumbre psicológica. La cuestión crucial para estas personas relacionada con la evaluación es determinar si una prueba formal jugará algún papel o rol significativo:

Para la mayoría de estos individuos, las pruebas psicológicas no son relevantes y, de hecho, pueden ser contraindicadas debido a que el tiempo perdido entre las pruebas y la retroalimentación de los resultados igualmente es un tiempo que podría aplicarse mejor para el tratamiento. (Groth-Mamat, 1997).

Este ejemplo argumenta en contra de la práctica que está a favor de que cada paciente realice una serie de pruebas a su ingreso. A menos que una evaluación beneficie al examinado, no hay justificación para llevarla a cabo.

ORIENTACIÓN TEÓRICA

La orientación teórica se refiere al criterio que debe tener el profesional sobre la personalidad, la psicopatología y los métodos para hacer una evaluación (Tallent, 1992). El margen de la orientación teórica adoptada por los médicos es sustancial. La disparidad más obvia está entre los psicólogos practicantes que se enfocan sobre el comportamiento abierto (el método conductista) y aquellos que buscan entender motivaciones inconscientes (el punto de vista psicodinámico). Pero también pueden observarse diversas orientaciones teóricas. Algunos profesionales buscan entender el comportamiento actual explorando en su contexto evolutivo (la perspectiva evolucionista), mientras que otros se centran en identificar al síndrome psicopatológico que mejor cuadra con las conductas del paciente (el punto de vista del psicodiagnóstico). Es probable que los profesionales de cada uno de estos campos elijan diferentes instrumentos para una evaluación y apelen a suposiciones contrastantes para encontrar la lógica de los datos.

El mismo padecimiento presentado se ve desde varias orientaciones teóricas, cada una estipulando diferentes métodos de evaluación. Un caso en este punto es la paciente fóbica que tiene miedo de conducir sobre los puentes. Esta fobia ha causado estragos en su vida,

obligándola a dar una vuelta de dos horas, rodeando el puente, para llegar a su trabajo. Dependiendo de la orientación teórica del psicólogo clínico, la evaluación para esta mujer pasa por diversas líneas. Los que tienen una convicción psicodinámica ven el comportamiento como una necesidad simbólica de crianza. Como parte de la evaluación administran una técnica proyectiva como la Rorschach, que revela las necesidades inconscientes de dependencia. Los profesionales orientados a la conducta evalúan al paciente de acuerdo con los temores que desarrolló, administrándole una encuesta programada sobre tales temores. Este profesional también valora el nivel de miedo mediante una prueba relacionada con la evasión de comportamientos en la que el individuo (en este caso una mujer) clasifica el nivel de miedo al aproximarse a un puente, a conducir sobre él, a quedarse atascado en el tráfico de un puente, y así sucesivamente. El profesional con una fuerte creencia en la realidad de los síndromes psicopatológicos interroga acerca de una "gran situación", como la que se presenta cuando el paciente exhibe una depresión o un trastorno mental al lado de su fobia. Este profesional administra un inventario multifásico de la personalidad. En suma, la orientación teórica dicta el método tomado en la evaluación psicológica.

FUENTES DE INFORMACIÓN

Las fuentes de información para el margen de evaluación, se clasifican desde las entrevistas no estructuradas guiadas únicamente por la intuición del examinador, hasta las pruebas estandarizadas regidas por los procedimientos y principios de puntuación formales. En algún punto entre éstas hay procedimientos con estructura moderada tales como un examen del estado mental, una evaluación del comportamiento y las entrevistas programadas. En esta sección revisaremos las promesas y trampas que se suscitan mediante la recolección de la información para la evaluación.

La entrevista de evaluación

Una **entrevista** es un intercambio verbal cara a cara mediante el cual el entrevistador intenta producir como respuesta cierta información o expresiones sobre la opinión o las creencias que tiene el paciente (Wiens, 1990). Los psicólogos practicantes por lo general inician una entrevista de evaluación con una o más metas explícitas en mente, por ejemplo, el llegar a un diag-

nóstico, la identificación del problema del paciente o la formulación de un plan para el tratamiento. Beutler y Harwood (1995) listan las cinco cuestiones más comunes de referencia que incitan a una evaluación:

1. ¿Qué diagnóstico se ajusta a la presentación actual de esta persona?
2. ¿Cuál es el pronóstico para la condición de esta persona?
3. ¿Qué tan deteriorado se encuentra el funcionamiento actual de esta persona?
4. ¿Qué tratamiento es más probable que rinda efectos positivos?
5. ¿Qué factores contribuyen o causan los trastornos del paciente?

Aunque se piense que la evaluación psicológica es un método para obtener respuestas a una o más de estas cuestiones, esto no significa que el profesional deberá realizar una evaluación con una directriz similar a un interrogatorio. Las entrevistas efectivas se facilitan por el desarrollo de la confianza y el entendimiento mutuo, de forma que el paciente se sienta cómodo al revelar información personal. En las fases iniciales de la entrevista, el psicólogo practicante responde de manera tradicional, al recelo, al discutir abiertamente el objetivo de la entrevista, e indica cómo este proceso beneficiará al paciente.

La entrevista de evaluación no es una conversación, así como tampoco son iguales los roles y responsabilidades de ambas partes. Por lo general, el entrevistado es el que más habla; se calcula que ocupa 80% del tiempo de plática. La tarea del psicólogo clínico es hacer las preguntas correctas y mantener la entrevista enfocada en los propósitos originales. La entrevista de evaluación también tiene continuidad, conforme son explorados los temas y subtemas. Por ejemplo, la mención de un estado de ánimo melancólico por parte del paciente podría producir preguntas acerca de las perturbaciones en el sueño, pérdida de interés y sentimientos de culpa, al tiempo que el profesional explora un diagnóstico en particular (en este caso la depresión).

Un propósito vital en una entrevista de evaluación es *descartar cosas*. Considere por ejemplo el uso de drogas y el abuso en la bebida alcohólica; ambas reflejan una variedad de trastornos psicológicos. Un propósito clave de la entrevista de evaluación es descartar (o tomar en cuenta) el papel que desempeña la droga y/o el abuso del alcohol. Otra práctica común en la entrevista de evaluación es descartar el riesgo de suicidio, preguntando explícitamente (después de que se ha esta-

blecido un entendimiento mutuo) si existen pensamientos sobre hacerse daño a sí mismo.

La entrevista ha sido el tema de investigaciones sustanciales, y no se exagera al decir que se necesitan varios volúmenes para revisar la amplia literatura sobre este asunto. Aquí sólo resaltamos unas cuantas tendencias y hallazgos clave. Una línea de las investigaciones que inició Carl Rogers (1957) ha investigado la calidad de los terapeutas y la naturaleza de las interacciones dentro de la entrevista que promueven el desarrollo del entendimiento mutuo. La capacidad para escuchar enfáticamente y luego la habilidad para reflejar de forma exacta en una oración o dos el significado personal de lo que el paciente está expresando, parece ser un ingrediente importante en una entrevista exitosa (Goldfried, Greenberg y Marmar, 1990).

Otra línea de investigación ha dividido las interacciones complejas de la entrevista en microhabilidades discretas como una base para entender las condiciones de una evaluación exitosa. Por ejemplo, la secuencia básica para escuchar ha sido dividida en cinco pasos: cuestionar, alentar, parafrasear, reflexionar y resumir (Ivey, Ivey y Simek-Morgan 1993). Ejemplos de estos pasos se dan ante un paciente que experimenta un miedo neutralizante al estar en público, una condición conocida como *agorafobia*, y en donde se debe responder de la siguiente manera:

1. Puede hablarme acerca de su esposo, y ¿cómo es que él responde al miedo que usted siente al estar en lugares públicos? [cuestionar]
2. ¿Usted dice que él parece que desea protegerla? [alentar]
3. Así que, cuando usted indica que no desea salir de la casa, ¿su marido sale por usted? [parafrasear]
4. Y esto hace que usted se sienta segura pero también triste y fuera de lugar [reflexionar]
5. Lo que escucho que usted menciona, entonces, es que... [resumir]

Otro método para las investigaciones en las entrevistas es la exploración del contenido temático. Los pacientes y terapeutas eligen hablar acerca de una variedad infinita de temas, pero en la práctica real son pocos los que tienden a dominar las sesiones de una entrevista. Pero, ¿cuáles son éstos temas? y ¿cómo pueden resumirse? Richards y Lonborg (1996) desarrollaron el Sistema de clasificación para los temas de consulta (SCTC) para este propósito. Su sistema de codificación consiste en 28 temas (esto es, abuso, recursos financieros, preocupaciones interpersonales, preocupaciones

acerca del desempeño, relaciones, trastornos del sueño) y varios subtemas (véase la tabla 2.1). El SCTC ha probado su utilidad para identificar las diferencias entre los psicólogos clínicos en la elección de temas preferidos, esto es, algunos médicos aparentemente dirigen a los pacientes hacia ciertos temas y los alejan de otros. El método muestra expectativas en el estudio de cómo el proceso de la entrevista afecta el contenido de la misma.

El análisis del **comportamiento no verbal** dentro de la entrevista es otro método para entender la dinámica de una evaluación exitosa. Los gestos, el lenguaje corporal, el tono de voz y la expresión facial constituyen formas de comunicación humana sutiles, pero poderosas (Siegman y Feldstein, 1987). En algunos casos, el cómo se expresa es más importante que su contenido. La negación que hace un paciente de un conflicto matrimonial indica justo lo opuesto cuando está acompañado de una postura rígida y un rápido cambio del tema. Por supuesto, la comunicación no verbal trabaja en ambas direcciones, y el consejero también comunica mensajes involuntarios. Un indicio de enojo cuando parafrasea el temor expresado del paciente acerca de un problema menor de salud podría cerrar un importante camino de la investigación. La sensibilidad a las pistas no verbales, ya sea que surjan por parte del entrevistador o del paciente, es una habilidad esencial para una entrevista efectiva.

Confiabilidad de la entrevista

La investigación dentro del contexto de la psicología industrial y organizacional ha provisto un caudal de información relevante para la evaluación clínica por medio de la entrevista. A principios de los años cuarenta, la confiabilidad de la entrevista fue valorada correlacionando las impresiones de personalidad de diferentes entrevistadores que tenían acceso a los mismos pacientes. Si la entrevista es una fuente confiable de información, entonces los entrevistadores deberán formar impresiones similares de los pacientes. Por desgracia, la confiabilidad entre estimadores de docenas de primeros estudios estuvo alrededor de 0.50, que es demasiado abajo como para proveer una base confiable a fin de tomar decisiones acerca de los individuos.

Las investigaciones recientes que usan las entrevistas *estructuradas* proporcionan una imagen mucho más positiva de la confiabilidad de las entrevistas (Schmitt y Robertson, 1990). En una **entrevista estructurada**, se les hace a los pacientes las mismas preguntas y en el mismo orden, y las cuestiones que se usan para inves-

Tabla 2.1 El sistema de clasificación sobre temas de asesoramiento: un método para la codificación del contenido de la entrevista

1. Abuso	17. Manejo de problemas
(a) físico	(a) hacer frente a los problemas
(b) sexual	(b) toma de decisiones
(c) emocional	(c) solución de problemas
2. Académico (escuela)	18. Relaciones
3. Uso del alcohol u otras drogas	(a) padres
(a) uso del alcohol	(b) hermanos(as)
(b) uso de drogas	(c) hijos
4. Planeación de la vida en su carrera profesional	(d) otros allegados
(a) toma de decisiones	(e) familia (otros)
(b) asuntos de empleo/trabajo	(f) románticas/citas
(c) distracciones/pasatiempos	(g) amigos
5. Asuntos relacionados con la crianza de los hijos/paternidad	(h) sociedad/matrimonio
6. Discriminación	(i) compañero de cuarto
7. Comportamiento para comer	(j) maestros
8. Finanzas	(k) supervisores/jefe
9. Diferencias individuales	(l) colegas/compañeros de trabajo
(a) edad	(m) consejero
(b) incapacidad	(n) paciente
(c) género	19. Autoestima/complejo de inferioridad
(d) étnico-raciales	20. Autodaño/suicidio
(e) religiosas	21. Sexualidad
(f) espirituales	22. Trastornos del sueño
(g) orientación sexual	23. Asuntos sociales
10. Preocupaciones interpersonales	24. Estrés
(a) enajenación/soledad	25. Emociones
(b) conflictos	(a) afiliación (amor, agrado)
(c) pérdida	(b) rechazo (disgusto, desagrado)
(d) timidez	(c) destrucción (furia, enojo)
11. Asuntos legales	(d) protección (pánico, ansiedad)
12. Condiciones de vida	(e) autoafirmación (alegría, serenidad)
13. Asuntos morales/éticos	(f) reintegración (aflicción, depresión)
14. Preocupaciones de rendimiento	(g) orientación (sorpresa, confusión)
(a) ansiedad al hablar	(h) exploración (anticipación, curiosidad)
(b) ansiedad en las pruebas	26. Tema ambiguo
(c) perfeccionismo	27. No es del tema
15. Salud física	28. Otros temas (A-Z)
16. Asuntos políticos	

Fuente: Reimpreso con permiso de P. Richards y S. Lonborg, "Development of a method for studying thematic content of psychotherapy sessions", *Journal of consulting and clinical psychology*. 1996, vol. 64, pp. 701-711.

tigar están especificadas en un manual extenso y detallado. Los entrevistadores también reciben una capacitación estandarizada. Los pacientes son calificados en escalas afirmadas con las ilustraciones de comportamiento. Para los estudios que emplearon entrevistas estructuradas, la confiabilidad fue más fuerte, con un acuerdo entre estimadores dentro de 0.70 y 0.80.

El éxito del método de la entrevista estructurada ha incitado a los psicólogos practicantes para que desarrollen una gran variedad de programas para hacer entrevistas. Estos dispositivos requieren entrenamiento sustancial y son difíciles de aplicar. Por consiguiente, muchos psicólogos clínicos prefieren confiar en los métodos relativamente no estructurados de la entrevista

ta clínica. No obstante, la evidencia es tan fuerte que para los propósitos bien definidos, como el llegar a un diagnóstico exacto, el método preferido es: *Programas de entrevistas estructuradas*.

Programas de entrevistas estructuradas

Los **programas de las entrevistas estructuradas** por lo regular contienen varias características comunes. Por ejemplo, la fraseología precisa de cada pregunta está especificada en el programa de la entrevista. El uso de preguntas de seguimiento está aclarada en el manual que la acompaña y, además, el manual proporciona reglas objetivas para el flujo de las preguntas, toma de decisiones y puntuación general. La ventaja obvia de

este método es que las variaciones entre los entrevistadores se minimizan, situación que tiende a mejorar la confiabilidad de las evaluaciones. El inconveniente más significativo del método estructurado es la falta de eficiencia: el procedimiento requiere más tiempo que una entrevista de diagnóstico tradicional, y los pacientes con frecuencia terminan respondiendo a las preguntas para las cuales las respuestas son casi conclusiones conocidas. Además, la falta de flexibilidad puede causar que el examinador pase por alto fuentes promisorias de investigación que no son cubiertas en el programa. A pesar de estos problemas, los programas de entrevistas estructuradas se han vuelto muy populares, especialmente para propósitos del diagnóstico formal.

Los programas de entrevistas estructuradas más conocidas son aquellas que le permiten al examinador determinar un diagnóstico formal dentro del marco del DSM, una guía importante para los trastornos mentales, discutida más adelante. El DSM está en su cuarta edición (DSM-IV), pero las investigaciones publicadas sobre los programas de entrevistas estructuradas pertenecen principalmente a la tercera edición revisada (DSM-III-R), que es en esencia similar a la revisión actual. La Entrevista clínica estructurada para el DSM-III-R (SCID, por sus siglas en inglés) proporciona una base para la toma de decisiones en el diagnóstico (Spitzer, Williams, Gibbon y First, 1988). La SCID es en esencia un diagrama de flujo de preguntas y puntos de decisión desde el cual un psicólogo clínico puede determinar la clasificación de diagnóstico que aplica a un paciente.

Por ejemplo, una pequeña parte de la selección relacionada con un trastorno de depresión mayor requiere que el examinador pregunte: "Durante este tiempo, ¿perdió el interés en la mayor parte de las cosas, o fue incapaz de disfrutar las cosas que por lo general disfrutaba?" De acuerdo con el diagrama de decisión en la entrevista programada, una respuesta "sí" impulsará al examinador para hacer una serie de nueve preguntas acerca de la pérdida de peso, los problemas para dormir, la pérdida de energía y cosas por el estilo. Si se encuentran al menos cinco síntomas "ciertos" y otras condiciones son descartadas, el paciente recibe un diagnóstico de un trastorno depresivo mayor. Cuando es utilizada por psicólogos clínicos entrenados, la SCID proporciona niveles de acuerdo entre estimadores que son más altos que los encontrados por clínicos que hacen diagnósticos de entrevistas no estructuradas tradicionales. La tabla 2.2 proporciona una lista diversa de programas de entrevistas adicionales.

Examen del estado mental

El **examen del estado mental** (EEM) es una entrevista semiestructurada diseñada para valorar el intelecto y funcionamiento emocional actual del paciente. El alcance del EEM es amplio, pero relativamente superficial, incluyendo la evaluación de la memoria, el pensamiento, el lenguaje, los sentimientos y el juicio. Además, los psicólogos clínicos describen la apariencia física del paciente y registran cualquier afectación o hábito inusual u otros comportamientos. El propósito del EEM es

Tabla 2.2 Una muestra de programas de entrevistas estructuradas

Programa para los desórdenes afectivos y la esquizofrenia (SADS, por sus siglas en inglés): Proporciona un diagnóstico diferencial de los trastornos afectivos (por ejemplo, una depresión mayor, un trastorno bipolar), esquizofrenia y trastornos relacionados (Endicott y Spitzer, 1978).

Historia psicosocial en línea de Giannetti (GOLPH, por sus siglas en inglés): Un historial clínico computarizado que produce un informe narrativo sobre asuntos demográficos, historia educativa, enfermedades físicas y quejas presentadas (Giannetti, 1985).

Programa de entrevistas sobre los desórdenes de la ansiedad (edición revisada; ADIS-R, por sus siglas en inglés): Una entrevista clínica estructurada que evalúa la presencia de los trastornos de ansiedad y los del estado de ánimo que acompañan al DSM-III-R (DiNardo y Barlow, 1988).

Escala Yale-Brown para medir el carácter obsesivo-compulsivo (Y-BOCS, por sus siglas en inglés): Una entrevista programada que le permite a los médicos valorar la cantidad de tiempo ocupado por la obsesión y la compulsión, el nivel de angustia, el grado de deterioro y el nivel de control sobre los síntomas (Goodman, Price, Rasmussen, et al., 1989a, 1989b).

Escala PTSD para administrar el trabajo de los médicos clínicos (CAPS, por sus siglas en inglés): Una entrevista sistemática que valora la severidad y frecuencia de los síntomas del trastorno de estrés posttraumático (PTSD, por sus siglas en inglés) y evalúa el cambio de comportamiento después de una experiencia traumática (Blake, Weathers, Nagy, et al., 1990).

Escalas para detectar la gran cantidad de centros de pánico propiciados por la ansiedad (MC-PAS, por sus siglas en inglés): Una escala usada para clasificar la frecuencia y angustia de los síntomas de pánico, la severidad de una ansiedad anticipada, la situación de la evasión, y el daño en el funcionamiento (Shear, Sholomskas, Cloitre, et al., 1992).

Entrevista estructurada sobre los síntomas reportados (SIRS, por sus siglas en inglés): Un método objetivo basado en la entrevista para la identificación de las enfermedades fingidas en una variedad de poblaciones, incluyendo prisioneros y pacientes psiquiátricos (Rogers, Bagby y Dickens, 1992).

Entrevista estructurada y de carácter clínico para el DSM-IV sobre los desórdenes disociativos (SCID-D, por sus siglas en inglés): Un protocolo de entrevista sistemático que ayuda a diagnosticar los trastornos disociados y valora la severidad de los síntomas (Steinberg, 1993).

proporcionar una guía para una evaluación posterior (tal como, ¿qué áreas necesitan un escrutinio más detallado?). Como lo analizaremos más adelante, el EEM también es útil para el diagnóstico formal.

Durante los últimos cien años o más, los psicólogos practicantes han desarrollado una lista de áreas funcionales que son cubiertas en un examen típico del estado mental (Trzepacz y Baker, 1993). Aunque la lista puede diferir levemente de un texto a otro, la mayoría de las fuentes recomiendan una evaluación de las categorías desplegadas en la tabla 2.3. Los médicos con frecuencia usan inventarios semiestructurados, tales como el Miniexamen del estado mental (Tombaugh, McDowell, Kristjansson y Hubley, 1996) como parte de la evaluación del estado mental. Estos instrumentos son útiles como medidas auxiliares, pero no son el sustituto de una evaluación minuciosa. Los aspectos del EEM, como la calidad del habla, el proceso de pensamiento y la adecuación del juicio no son reducidos a simples artículos de un inventario. La evaluación competente es una habilidad clínica aprendida a través del entrenamiento, la experiencia y la supervisión.

La naturaleza y el propósito del examen del estado mental se ilustra mejor a través del ejemplo. Aquí se muestra el informe del examen que realizó una viuda de 71 años que vivía sola en un asilo para ancianos. Ciertas peculiaridades en su comportamiento habían ameritado una solicitud de evaluación. En particular, sus hijos adultos habían notado que en dos ocasiones había olvi-

dato apagar la estufa, dejándola encendida por horas. También, una tarde se perdió cuando caminaba por el vecindario. Basándose en el EEM, aquí mostramos lo que escribió el psicólogo consultado:

La paciente estaba bien vestida y tenía una apariencia agradable, con un buen estado de ánimo, y conversaba ávidamente acerca de temas superficiales. Mantenía contacto visual y estaba sentada de forma estática, en posición recta en el sofá mientras conversaba con el examinador. Aunque la velocidad, tono y volumen de su forma de hablar eran apropiados, el contenido ocasionalmente era un poco extraño. Por ejemplo, en un momento habló acerca de empujar la sangre en sus dedos de forma que pudiera subir a sus brazos. No se notaron delirios o pérdida de asociaciones.

Los funcionamientos cognoscitivo y de memoria mostraron cierto número de fallas notables. En un principio, ella rechazó hacer las series de 3 de 20, reclamando que eran demasiado sencillas. Sin embargo, se hizo evidente que ésta era una parte de la estrategia generalizada para cubrir sus diversos menoscabos bromeando acerca de las preguntas y respuestas. Por ejemplo, no tenía certeza de su edad y le preguntó al examinador: "Bien, ¿qué edad piensa usted que tengo?" Su juicio social también aparentó estar severamente dañado. Juzgó que la edad del examinador era de 71 años, luego de 64. De hecho, el examinador tiene un aspecto joven de 42 años. La paciente también evidenció trastornos en la memoria. En un momento insistió que necesitaba regresar a su casa (ella no había vivido allí durante dos años) para preparar la cena.

El funcionamiento individual de la paciente de forma sorprendente se veía bien, dado el aparente grado de daños en las funciones intelectuales. Aun cuando esto probablemente indicaba una negociación grande entre la negación y la falta de comprensión, esta situación fue inadaptada a corto plazo. La orientación acerca del día, la fecha, la hora, y la ubicación física estuvo deteriorada. Por ejemplo, equivocó la fecha por dos meses y dos años.

Estos síntomas apuntan hacia un deterioro intelectual basado en el daño cerebral; indican alguna forma de síndrome orgánico en el cerebro. Debido a que pueden ser tratadas ciertas formas de demencia, es imperativo que la paciente vea a un neurólogo para que realice un trabajo completo lo antes posible. Basados en los resultados de esta evaluación, puede ser adecuado realizar pruebas intelectuales adicionales para determinar la extensión del daño. Mientras tanto, la paciente deberá recibir supervisión cercana para evitar que se cause accidentalmente un daño a sí misma. (Gregory, 1987.)

Tabla 2.3 Categorías del examen característico del estado mental

Apariencia, actitud y comportamiento

- Apariencia (por ejemplo, ropas, limpieza, contacto visual).
- Actitud hacia el examinador (por ejemplo, hostil, indiferente, sospechoso)
- Actividades y anormalidades motoras (por ejemplo, amaneramientos extraños)

Funcionamiento del habla y del lenguaje

- Cualidad del habla (por ejemplo, velocidad, tono, volumen, fluidez)
- Habilidad de lenguaje (por ejemplo, nombrar, confusión, mal uso, repetición)
- Comprensión del lenguaje (por ejemplo, escribir, leer)

Proceso y contenido del pensamiento

- Proceso de pensamiento (por ejemplo, lógica, claridad, conexión, propiedad)
- Contenido del pensamiento (por ejemplo, delirios, alucinaciones)

Funcionamiento emocional

- Estado de ánimo predominante, variabilidad del afecto, etc.

Perspicacia y juicio

- Percepción de los problemas, adecuación del juicio, etc.

Funcionamiento cognoscitivo

- Memoria, atención, orientación, cálculo, etc.

La evaluación del comportamiento

La **evaluación del comportamiento** abarca una variedad de métodos directos para la evaluación que se concentra en el comportamiento obvio y en el comportamiento identificable. Los que proponen este método prefieren dirigirlo a la construcción hipotética, tal como los rasgos delineados o las dimensiones presumidas de la personalidad. En ellos, el énfasis está directamente enfocado en el comportamiento: ¿cuál es el comportamiento no deseado?, ¿qué tan frecuentemente ocurre este comportamiento?, ¿en qué ambientes?, ¿cuál es la intensidad?, ¿qué tipo de pláticas consigo mismo lo acompañan?, ¿cuáles son las consecuencias que parece que mantienen el comportamiento?

Haynes (1990) ha identificado siete etapas o componentes de la evaluación de comportamiento:

1. La identificación de comportamientos objetivo.
2. La identificación de comportamientos alternativos.
3. La identificación de las variables causales.
4. El desarrollo de un análisis funcional.
5. El diseño de las estrategias de intervención.
6. La evaluación y modificación de las estrategias de intervención.
7. Facilitación de las interacciones paciente-terapeuta.

Los dos primeros pasos son para identificar los comportamientos que constituyen el centro de los esfuerzos de la intervención. Estos comportamientos pueden ser indeseables (buscar disminuir su frecuencia) y comportamientos deseables (buscar incrementar su frecuencia). Un principio clave en la elección de los comportamientos objetivo es el de la *variación compartida*: aquellos comportamientos cuya modificación podría producir el mayor impacto positivo sobre otros comportamientos son los mejores objetivos para una intervención. Un ejemplo podría ser una intervención en las deficiencias de comunicación matrimonial de un paciente debido a que esto también podría reducir su tendencia a realizar atribuciones causales inapropiadas (Haynes, 1990). El primer paso está íntimamente ligado con el segundo en la evaluación del comportamiento, que es la identificación de metas de comportamiento positivo (comportamientos alternos).

La evaluación del comportamiento también busca identificar las variables causales que mantienen un comportamiento indeseable y llegar a un análisis funcional de los comportamientos objetivo que fueron identificados. Por ejemplo, considere a un paciente que repetidamente

se enfada y recrimina a su hijo adolescente, ya que éste no está de acuerdo acerca del "toque de queda" (hora en que el hijo no podrá salir). Un análisis del comportamiento revelaría que la variable causal es la plática consigo mismo que tiene el paciente ("este conflicto es intolerable"). El análisis también puede revelar, funcionalmente, que el comportamiento de ira y de recriminación produce un resultado positivo, al menos temporalmente (el hijo deja el cuarto donde fue la discusión, terminando el conflicto). Estas conceptualizaciones sugieren ciertas estrategias de intervención (cambiando la plática consigo mismo y eliminando las expresiones recriminantes).

Una vez implantadas, las estrategias de intervención deberán evaluarse y modificarse si es necesario. La intervención de evaluación ocurre con más frecuencia a través de la evaluación serial de los comportamientos objetivo. En el caso de la paciente fóbica, referido al inicio (cuyo miedo a conducir sobre los puentes le hacía dar una vuelta de dos horas con tal de no pasar a través del puente para ir a su trabajo), un comportamiento objetivo esencial podría ser el evitar los puentes, que podría medirse precisamente en un porcentaje semanal. Con la intervención exitosa, las veces que evita pasar por el puente a la semana deberá aproximarse a cero; si no sucede así, sería sabio modificar la estrategia de la intervención. Las mediciones auxiliares incluirían una calificación personal de la ansiedad (de cero a 100) para cada viaje exitoso sobre el puente. La meta a largo plazo sería eliminar el comportamiento de evasión y reducir la puntuación de la ansiedad a un valor cercano a cero.

El método del comportamiento para valorar también proporciona una base para mejorar la interacción terapeuta-paciente. La evaluación del comportamiento es relativamente objetiva y directa, lo cual hace sencillo informarle a los pacientes acerca de los métodos, las intenciones y la exposición razonada de este método. Esto ayuda a facilitar una relación positiva entre el paciente y el médico que, en su momento, incrementará la posibilidad de una intervención exitosa (Haynes, 1990).

Algunas formas de la evaluación del comportamiento involucran el monitoreo personal, que tiene la clara ventaja de "meter" activamente al paciente en el proceso de evaluación. En este punto está el Esquema de eventos placenteros (PES, por sus siglas en inglés), un instrumento de indagación que ilustra la mezcla sutil de la evaluación y el tratamiento, que es tan común en la evaluación del comportamiento (Lewinsohn, Munoz, Youngren, & Zeiss, 1986). El PES se basó en la suposición de que la depresión clínica va de la mano con una

reducción marcada en la experimentación de momentos placenteros. Al final, se hace difícil disertar entre la causa y el efecto: las personas deprimidas evitan tomar parte en las actividades placenteras, situación que intensifica la depresión y que a su vez lleva a un mayor rechazo de estas actividades. Por fortuna, es posible revertir esta espiral descendente.

El propósito del PES es utilizar el monitoreo personal de las actividades cotidianas comunes como una base para revertir esta espiral descendente de la depresión. En la fase de evaluación básica, los pacientes usan el PES para monitorear la frecuencia y grado de 320 momentos cotidianos. Los ejemplos de las actividades calificadas incluyen:

Leer revistas
Salir a caminar
Estar con mascotas
Escuchar la radio
Leer poesía
Asistir a misa
Jugar a las escondidas con un amigo

La frecuencia (F) de estas actividades cotidianas es calificada en una escala de tres puntos desde (0) (no ha pasado en el último mes) hasta 2 (pasó frecuentemente en el mes pasado). En forma similar, los momentos agradables (MA) también se clasifican desde 0 (no agradables) hasta 2 (muy agradables). La calificación promedio de las actividades agradables es calculada como la suma de las puntuaciones $F \times MA$. Por supuesto, el propósito de la terapia es incrementar el porcentaje promedio de las actividades agradables como una base para reducir la depresión. Puesto que los profesionales también monitorean su estado de ánimo cotidiano en una escala simple de nueve puntos (1 = el peor, 9 = el mejor), los médicos demuestran la relación continua entre un incremento en las actividades agradables monitoreadas personalmente y una reducción en la depresión.

Estimaciones del comportamiento y las listas de control

Un reto mayor en la evaluación es resumir enormes cantidades de información en una forma breve y útil. Los psicólogos practicantes por lo regular consumen una o dos horas entrevistando al paciente y observando su comportamiento. Los miembros de la familia (por ejemplo, padres o esposo) a menudo contribuyen con información adicional útil. Aun antes de administrar

una prueba simple, deberán clasificarse, seleccionarse y combinarse literalmente cientos de datos (hechos, impresiones, ilustraciones que presentan un determinado comportamiento) conforme el profesional busca el sentido lógico del comportamiento del paciente.

Un método para simplificar los resultados de la entrevista y la observación inicial es resumir los hallazgos en la **escala de estimación conductual** o lista de control. Las escalas de calificación requieren que el examinador responda a una estimación continua del comportamiento del paciente (por ejemplo, los niños no esperan su turno, clasificado en una escala desde 1 o "casi nunca" hasta 5 o "casi siempre"), mientras que las listas de control especifican un estilo sí-no de calificación (por ejemplo, el paciente es asertivo, "sí" o "no"). Lo que estos métodos comparten en común es que los instrumentos proporcionan una base estructurada para que el practicante resuma las impresiones de las entrevistas y las observaciones. Muchos instrumentos de estimación también les permiten a los padres, guardias, maestros o personal hospitalario, realizar una función similar.

La importancia de las escalas de estimación y de las listas de control es confirmada por un amplio número de formas actualmente disponibles. En una sola área especializada, la evaluación del retraso mental, fueron publicadas más de 100 escalas de puntuación antes de 1990 (Reschly, 1990). En la actualidad hay, literalmente, miles de escalas para estimar, así como listas de control del comportamiento disponibles para una amplia variedad de aplicaciones. Aquellos que desarrollan las pruebas son en particular productivos en el diseño de instrumentos para la evaluación de los niños, las personas con retraso mental, los pacientes de hospitales psiquiátricos y otros grupos de pacientes que son incapaces de proporcionar información útil por medio del reporte personal. Aquí se describen dos instrumentos que se usan ampliamente.

Conners (1990) publicó una serie de escalas de estimación que son útiles para identificar la hiperactividad y otros problemas de comportamiento en los niños. El formato de los diversos instrumentos es similar al siguiente:

	NADA	UN POCO	BASTANTE	DEMA-SIADO
Lloran fácilmente				
Inquietos y traviesos				
Fantasean				
Desobedecen a los adultos				

Hay dos formatos disponibles para los maestros (uno con 28 preguntas, y otro con 39) y también hay dos formatos disponibles para los padres (uno con 48 preguntas y otro con 93). El que más se usa es la Escala de clasificación en las relaciones de parentesco-93 (CPRS-93, por sus siglas en inglés), que es adecuada entre los 3 y los 17 años de edad. La escala produce calificaciones resumidas en ocho dimensiones: trastorno en la conducta, inquietud desorganizada, factores psicósomáticos, factores antisociales, ansiedad temerosa, problemas de aprendizaje —inmadurez, obsesión e inmadurez hiperactiva. Este instrumento ayuda a definir las áreas problema en las referencias provenientes de la escuela y también brinda una base objetiva para monitorear los efectos de las intervenciones tales como tratamientos con fármacos para la hiperactividad.

La Escala breve de clasificación psiquiátrica (BPRS, por sus siglas en inglés) es un instrumento simple que a menudo se utiliza para monitorear la mejora de los pacientes psiquiátricos hospitalizados (Overall, 1988; Overall y Gorham, 1962). La escala consiste en siete puntos de calificación (no presente, muy ligera, ligera, moderada, moderadamente severa, severa y extremadamente severa) para 18 categorías un tanto independientes de comportamiento. Las categorías son similares en lo siguiente:

Preocupación somática: preocupación injustificada por la salud física, miedo a las enfermedades físicas, hipocondría.

Desconfianza: dudar de todo y de todos, creencia de que otros dañarán al paciente.

Estado de ánimo depresivo: triste, lloroso, desanimado, pesimista.

Pensamiento anormal: peculiar, extravagante, extraño, o pensamientos con ideas raras.

Al analizar los patrones de las puntuaciones (de 1 a 7) en las dieciocho subescalas para los pacientes hospitalizados, Overall y Hollister (1982) identificaron ocho patrones de perfiles para la BPRS distintos que representan diferentes tipos fenomenológicos. Cuatro de los patrones involucraban depresión (ansiedad, inhibición, inquietud y hostilidad), y otros cuatro implicaban síndromes de trastorno del pensamiento (florido, retraído, excitado, sospechoso). Estos se hicieron patrones de evaluación clínicamente significativos; en los pacientes así clasificados, se encontró que respondieron óptimamente a los diferentes tipos de tratamientos con fárma-

cos. La BPRS es un ejemplo sobresaliente de un instrumento que proporciona resultados clínicamente relevantes que se traducen de manera directa en recomendaciones de tratamiento específico.

LA TOMA DE DECISIONES CLÍNICA EN CONTRASTE CON LA ACTUARIAL

Con frecuencia la evaluación involucra un juicio formal o una toma de decisiones. Los ejemplos incluyen el recomendar si se debe contratar a un candidato para un trabajo, decidir si un paciente es suicida y determinar si un supuesto criminal califica para ser enjuiciado. Los psicólogos han reconocido por algún tiempo que la toma de decisiones procede en uno de dos caminos: clínico o actuarial (Meehl, 1954). En el **juicio clínico**, el profesional procesa la información en su cabeza para diagnosticar, clasificar o predecir el comportamiento. Dicho juicio está basado en la experiencia, la intuición y el conocimiento de libros, o en una combinación de estos elementos. A menudo está arraigado en los conocimientos clínicos o en los lineamientos comúnmente aceptados. Un ejemplo del juicio clínico es un psicólogo que recomienda no contratar a un candidato a policía debido a que sus puntuaciones en la prueba de personalidad indican impulsividad, la cual se cree que es una cualidad negativa para la ejecución de la ley.

En contraste, el **juicio actuarial** siempre está fundado en las formulas *derivadas empíricamente* para diagnosticar, clasificar o predecir el comportamiento. Dicho juicio es objetivo y basado en reglas. Todavía más importante es el hecho de que el juicio actuarial siempre fluye del desarrollo cuidadoso y el uso de fórmulas basadas en la investigación. Entonces, la esencia del método actuarial es que, "el juicio humano es eliminado y las conclusiones descansan sólo en las relaciones establecidas empíricamente entre los datos y la condición o el hecho de interés" (Dawes, Faust y Meehl, 1989). Por ejemplo, un método actuarial que usa las puntuaciones de las pruebas de personalidad en la elección de candidatos a puestos de observancia de la ley podría consistir inicialmente en la recolección de información relacionada con las puntuaciones de la prueba y subsecuentemente del desempeño en el trabajo. Una vez que se obtiene esta información, se pueden desarrollar fórmulas objetivas para identificar la relación entre las puntuaciones de la prueba y los aspectos del desempeño laboral. Tal vez las evaluaciones del supervisor o la probabilidad de acciones disciplinarias podrían

factorizarse en la ecuación. Entonces, los candidatos futuros al trabajo eran recomendados (o no) para el empleo basándose en la puntuación general que recibieron en la fórmula objetiva.

¿Cuál es el mejor método para la toma de decisiones, el clínico o el actuarial? Basándose en más de 100 estudios comparativos en las ciencias sociales, Dawes, Faust y Meehl (1989) concluyeron que cuando las condiciones permiten una comparación en igualdad de circunstancias de los dos métodos, el método actuarial es virtualmente superior en todos los casos. Un estudio de Leli y Filskow (1984) es típico en cuanto a los hallazgos que comparan la toma de decisiones clínica en contraste con la actuarial. El material para su estudio consistió en 24 protocolos de la prueba de inteligencia en adultos de Wechsler, incluyendo 12 de individuos normales y 12 de personas con daño cerebral documentado. Las pruebas de Wechsler están circundadas por una rica sabiduría clínica, y se cree que ciertos patrones de las puntuaciones de las subpruebas, en especial cuando contienen un alto grado de dispersión, indican la presencia de patología cerebral. Pero, ¿los patrones realmente comunican imparcialidad?, y ¿el juicio puede descifrar con exactitud la presencia de daño cerebral a partir de los datos de la prueba? Usando una fórmula empírica previamente derivada (Leli y Filskov, 1979) los autores fueron capaces de clasificar de manera correcta 83% de los protocolos con una simple fórmula conocida como función lineal discriminante paso a paso. En este método, es calculada la suma lineal de la carga de las puntuaciones en las subescalas (por ejemplo, $0.17 \times \text{información} + 0.08 \times \text{conclusión de la imagen} - 0.22 \times \text{símbolo del dígito...}$). Si la suma excede cierto valor de recorte (por lo general 1.0), el protocolo se clasifica como un indicador de daño cerebral; de otro modo, se considera normal. Al usar este método simple, los autores llegaron a una clasificación correcta en 20 de los 24 casos, y el porcentaje de exactitud fue de 83%.

Basándose en los mismos protocolos de prueba, ¿cómo se compara el juicio clínico con la fórmula estadística? Los investigadores usaron dos grupos de calificadores clínicos: con experiencia y sin experiencia. El grupo experimentado consistió en cinco psicólogos con licencia que trabajaban en ambientes clínicos. Estos individuos incluían tres médicos que habían obtenido una certificación del Consejo estadounidense de psicología profesional (ABPP, por sus siglas en inglés), que significa un alto grado de experiencia clínica como jueces y colegas. El grupo sin experiencia consistió en cinco in-

ternos predoctorales en psicología clínica que habían completado un curso de evaluación a nivel graduados, pero que habían recibido capacitación clínica limitada.

Irónicamente, los estudiantes graduados inexpertos funcionaron mejor que los médicos experimentados, clasificaron correctamente 63% de los casos, comparado con 58% de los psicólogos con licencia. Por supuesto, el desempeño de ambos grupos estuvo por debajo de 83% de exactitud de la fórmula. La lección aprendida de éste y de cientos de estudios es que una buena fórmula casi siempre es superior al juicio humano cuando se toman decisiones clínicas.

La razón de la superioridad del método actuarial vierte luz en ciertas debilidades del carácter y proceso de conocimiento de los humanos. Por ejemplo, es probable que los profesionales noten las instancias confirmadoras en sus predicciones y diagnósticos, pero que ignoren los hallazgos más numerosos que contradicen sus expectativas (Chapman y Chapman, 1967). Por consiguiente los médicos desarrollan un falso sentido de su exactitud para predecir y es probable que continúen ofreciendo juicios erróneos con altos niveles de confianza. En un estudio, una muestra de 42 neuropsicólogos concluyeron abrumadoramente con niveles de confianza de moderado a alto que la serie de pruebas de tres niños indicaban daño cerebral. De hecho, todos los niños eran normales pero se les había instruido para que mintieran; un resultado que no fue detectado por ninguno de los neuropsicólogos experimentados aun cuando se ofreció de manera explícita como una de las opciones (Faust, Hart y Guilmette, 1988). "El orgullo se pierde antes de la caída", dice el dicho: los profesionales se resisten a aprender acerca de los límites del juicio clínico.

Como una nota final en la discusión clínica en contraste con la actuarial, necesitamos reconocer que para la mayoría de las decisiones, inferencias o juicios, todavía no están disponibles las fórmulas empíricamente confirmadas, y tal vez nunca lo estarán (Kleinmuntz, 1990). En la mayor parte de las áreas de la evaluación y la práctica clínica, el médico no tiene otra opción más que confiar en su mejor juicio. Pero el mensaje claro durante décadas de investigación es que los profesionales deberán desarrollar y usar una buena fórmula siempre que sea posible.

CLASIFICACIÓN DIAGNÓSTICA Y EL DSM-IV

La clasificación de los trastornos mentales sirve para diversos propósitos, que van desde la toma de decisio-

nes acerca del tratamiento hasta una eficiente comunicación con otros profesionales. Andreasen y Black (1995) han catalogado los siguientes propósitos del **diagnóstico clínico**:

- Reducir la complejidad del fenómeno clínico.
- Facilitar la comunicación entre médicos.
- Predecir los resultados de los trastornos.
- Decidir qué tratamiento es el adecuado.
- Ayudar en la búsqueda de la etiología.
- Monitorear el tratamiento.
- Tomar decisiones acerca de la reintegración.
- Jugar un rol en las discusiones por malas prácticas y otras litigaciones.
- Determinar la incidencia y el predominio de los trastornos mentales.
- Ayudar en la toma de decisiones acerca de la cobertura del seguro.

Para la práctica de la psicología clínica es fundamental hacer un diagnóstico cuidadoso. El método preferido para la clasificación es conocido como el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, ahora en su cuarta edición (DSM-IV; Asociación estadounidense de psiquiatría, 1994). La primera edición apareció en 1952, con revisiones en 1968 (DSM-II), 1980 (DSM-III) y 1987 (DSM-III-R).

Panorama del DSM-IV

El DSM-IV tiene una vasta mejoría sobre sus predecesores. Su principal innovación es la utilización de un criterio razonablemente objetivo para definir los trastornos incluidos en el sistema de clasificación. El DSM-IV especifica el tipo, número y duración de los comportamientos necesarios antes de que se pueda aplicar a un paciente una clasificación de diagnóstico en particular. En la tabla 2.4 se muestra un ejemplo de este método que lista los criterios de diagnóstico para un Déficit de atención/Trastorno de hiperactividad. En teoría, este método deberá mejorar la confiabilidad (acuerdo entre estimadores) y validez (utilidad) del esquema de clasificación, aunque el hecho de que estas metas hayan sido logradas o no también es una cuestión discutida.

La clasificación dentro del DSM-IV se extiende más allá de la mera rotulación de los pacientes e incluye métodos multiaxiales que comunican información sustancial. El paciente es evaluado de acuerdo a cinco ejes:

Tabla 2.4 Síntomas del diagnóstico de un déficit de atención/trastorno de hiperactividad

Tipo distraído (seis o más síntomas)

Falta de atención a los detalles
Dificultad para mantener la atención
Parece que no escucha
Anomalías para seguir algo hasta el final
Dificultad para las tareas organizadas
Evita el esfuerzo mental sostenido
Pierde las cosas
Se distrae fácilmente
Olvidadizo en las actividades diarias

Tipo hiperactivo-impulsivo (seis o más síntomas)

Inquieto y/o se mueve mucho (se retuerce)
Se levanta de su silla en el salón de clases
Corre y trepa de forma inadecuada
Difícilmente juega con tranquilidad
Parece arrojado, siempre con ímpetu
Habla excesivamente
Suelta en forma abrupta las respuestas
Con dificultad espera su turno
Interrumpe o se entromete en asuntos de otros

Tipo combinado (reúne ambos criterios)

Fuente: Basado en la Asociación estadounidense de psiquiatría. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, cuarta edición (Washington, DC: autor, 1994).

- Eje I Trastornos clínicos y condiciones relacionadas.
- Eje II Trastorno de personalidad y retraso mental.
- Eje III Condiciones médicas generales (relevantes para el trastorno mental).
- Eje IV Problemas psicológicos y ambientales.
- Eje V Valoración global del funcionamiento (VGF).

El paciente deberá recibir un diagnóstico principal en el eje I o en el II, pero también es posible asignar más de una clasificación desde cada uno de los ejes. Las categorías principales para estos ejes se presentan en la tabla 2.5. El eje III pertenece a un amplio margen de problemas médicos que tienen un impacto en el funcionamiento psicológico (por ejemplo, enfermedades infecciosas, cáncer, enfermedades cardíacas, trastornos endocrinos). El eje IV es un reconocimiento directo de que los factores ambientales estresantes son muy importantes para la comprensión de los trastornos mentales. Aquí se muestran los factores contribuyentes, tales como el divorcio, la muerte de un amigo, los problemas académicos, un programa de trabajo estresante, una situación financiera no adecuada y la interacción con el

Tabla. 2.5 Características principales y clasificaciones específicas del DSM-IV**Eje I: Trastornos clínicos**

Trastornos usualmente diagnosticados por vez primera en la infancia, la niñez o la adolescencia
 Retraso mental (suave, moderado, severo, profundo)
 Trastornos de aprendizaje (lectura, matemáticas, expresión escrita)
 Trastornos de desarrollo severos (por ejemplo, el trastorno autista)
 Déficit de atención/trastorno de hiperactividad
 Trastornos de comportamiento disruptivo (por ejemplo, trastorno de la conducta)
 Otros trastornos (desorden de ansiedad debido a la separación)
 Delirio, demencia, amnesia, y otros trastornos cognoscitivos
 Trastornos relacionados con las sustancias
 Trastornos causados por el uso de alcohol (dependencia del alcohol, abuso del alcohol)
 Trastornos inducidos por el alcohol (por ejemplo, retiro del alcohol)
 Esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (por ejemplo, esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo, trastornos delirantes)
 Trastornos por el estado anímico
 Trastornos depresivos (trastorno depresivo mayor, trastorno distímico)
 Trastornos bipolares (por ejemplo, un episodio maniaco sencillo, un trastorno ciclotímico)
 Trastornos de ansiedad (por ejemplo, fobia social, trastorno por el estrés postraumático)

Trastornos somatomorfos (por ejemplo, trastorno de cambio radical, trastorno por el dolor, hipocondría)
 Trastornos facticios [síntomas intencionalmente producidos o fingidos]
 Trastornos disociados (por ejemplo, fuga disociada, trastorno de identidad disociada)
 Trastornos de identidad sexual y de género
 Trastornos alimenticios
 Trastornos del sueño
 Trastornos de control de impulsos (por ejemplo cleptomanía, apostar patológicamente)
 Trastornos de adaptación

Eje II: Trastornos de personalidad

Trastorno de personalidad paranoide
 Trastorno de personalidad esquizoide
 Trastorno de personalidad esquizotípica
 Trastorno de personalidad antisocial
 Trastorno de personalidad indeterminada
 Trastorno de personalidad histriónica
 Trastorno de personalidad narcisista
 Trastorno de personalidad evasiva
 Trastorno de personalidad dependiente
 Trastorno de personalidad obsesivo-compulsiva

Nota: De esta lista han sido omitidas algunas clasificaciones de baja frecuencia.

sistema legal. El eje V es para reportar el juicio que tiene el médico respecto al nivel general de funcionamiento del paciente en una escala del 1 al 100. Una puntuación baja (de 1) corresponde a una amenaza de suicidio inminente, mientras que una puntuación alta (de 100) indica muchas cualidades positivas y un funcionamiento superior.

Aquí se muestra un ejemplo de cómo podrían presentarse los resultados de los datos de un caso típico de evaluación multiaxial DSM-IV.

Eje I	296.23	Trastorno depresivo mayor; un episodio sencillo; severo sin características psicóticas.
Eje II	301.6	Trastorno de personalidad dependiente; uso frecuente de la negación.
Eje III		Enfermedad isquémica del corazón.
Eje IV		Amenaza de perder el trabajo.
Eje V		VGF = 10 (en la admisión) VGF = 85 (al salir del tratamiento).

Usted notará que se obtiene una cantidad sustancial de información en esta sencilla y resumida cápsula de la evaluación DSM-IV del paciente. El individuo bosque-

jado aquí experimentaba una depresión muy fuerte (el diagnóstico del eje 1 de un trastorno depresivo mayor y un VGF de 10 al momento de su admisión). Lo más probable es que el empobrecimiento de los recursos del individuo contribuyeron a su trastorno mental (el eje II presenta características del trastorno de personalidad dependiente mediante el uso constante de la negación). Más aún, los factores de salud adversos (el diagnóstico del eje III de una enfermedad isquémica del corazón) y un severo estrés ambiental (la amenaza de perder el trabajo) también contribuyeron a su depresión severa. A pesar de estos problemas, su funcionamiento fue relativamente bueno al momento que se dio de baja (VGF de 85).

Confiabilidad y validez del DSM-IV

La evaluación de la confiabilidad del diagnóstico DSM-IV consiste tan sólo en calcular el acuerdo entre estimadores para la clasificación de los pacientes. En un estudio típico de confiabilidad, dos o más médicos entrevistan y diagnostican de manera independiente a los mismos pacientes. El investigador entonces cuenta la tasa promedio de acuerdo para cada categoría diagnóstica. El acuerdo diagnóstico se expresa como un porcentaje, un

coeficiente de correlación o la estadística kappa, que corrige el acuerdo del azar. La kappa varía de 0.0 (no hay acuerdo) a 1.0 (un perfecto acuerdo). Los valores del 0.5 y por encima son considerados aceptables y del 0.8 o mayores son considerados como muy buenos.

Aunque las investigaciones publicadas con el DSM-IV son escasas en este momento, basándose en su similitud con las ediciones previas, podemos esperar que algunas clasificaciones tengan una confiabilidad excelente, mientras que otras revelen niveles de acuerdo deprimentes. La confiabilidad de las categorías principales (por ejemplo, trastornos en el estado anímico) generalmente serán fuertes, mientras que el nivel de acuerdo para las clasificaciones específicas (por ejemplo, un trastorno distímico) será más débil, excediendo raras veces un 50% de acuerdo entre los médicos. En la tabla 2.6 hemos reproducido los datos de un estudio de campo inicial que confirma estas tendencias (Andreasen y Black, 1995).

La validez del DSM-IV se vincula sustancialmente con el significado y utilidad de la información proporcionada por las clasificaciones de su diagnóstico. Por ejemplo, ¿qué valor tiene el conocer que un paciente recibió un diagnóstico en el eje I de un trastorno de depresión mayor, con un solo episodio, severo y sin características psicóticas? Es en particular importante la validez de predicción de éste o de cualquier diagnóstico. En especial, ¿qué indica el diagnóstico acerca del curso típico del trastorno mental? ¿Qué tipo de síntomas coexistentes (tales como una preocupación excesiva por los problemas de salud imaginarios) podría esperar el médico? ¿Qué tratamiento es probable que sea efectivo? Si el diagnóstico no proporciona otra cosa que no sea una descripción taquigráfica de la condición actual, su valor en la práctica clínica será limitado. La validez no es sólo un asunto teórico, también es un asunto bastante práctico.

Visto desde esta perspectiva, se ha establecido la validez del DSM-IV para algunos trastornos, pero no para otros. La historia natural de varias clasificaciones del eje I ha sido medianamente delineada, incluyendo la probabilidad de episodios futuros y la respuesta a modalidades de tratamientos alternativos. Considere un diagnóstico de trastorno de depresión mayor. Esta clasificación revela un riesgo en la vida de los hombres de 7 a 12% y de 20 a 25% para las mujeres; remite en 6 o 24 meses sin tratamiento; muestra un riesgo de 50% de recurrencia después de un episodio y un 70% de riesgo después de dos episodios; responde a los medicamentos antidepresivos en 60% de los casos y a la psicoterapia en 50%; y por lo común ocurre junto con el alcoholismo

Tabla 2.6 Coeficientes de acuerdo kappa para las clasificaciones de diagnósticos eje I y eje II del DSM-III de 670 adultos

	PROMEDIO KAPPA	PORCENTAJE DE LA MUESTRA
Eje I		
Trastornos usualmente evidenciados sobre todo en la infancia, la niñez, o la adolescencia	0.69	4.5
Trastornos mentales orgánicos	0.78	10.9
Trastornos por el uso de sustancias	0.83	21.2
Trastornos esquizofrénicos	0.81	20.5
Trastornos paranoides	0.71	1.4
Trastornos psicóticos que no se clasifican en algún otro lugar	0.67	9.0
Trastornos en el estado de ánimo	0.76	41.4
Trastornos de ansiedad	0.68	9.0
Trastornos somatoformes	0.48	3.6
Trastornos disociativos	0.40	.8
Trastornos psicosexuales	0.84	1.8
Trastornos facticios	0.33	1.1
Trastornos del control de los impulsos que no son clasificados en otro lugar	0.54	1.8
Trastornos de adaptación	0.68	10.3
Factores psicológicos que afectan la condición física	0.53	2.7
Kappa general para el eje I.	0.70	
Eje II		
Trastornos de personalidad	0.61	54.9

Nota: El total de la columna 2 excede el 100% debido a que los pacientes podrían recibir más de un diagnóstico.

Fuente: Basado en datos que se encuentran en N. C. Andreasen y D. W. Black, *Introductory textbook of psychiatry* (2a ed.). (Washington, D.C. American Psychiatric Press, 1995).

lismo y los trastornos médicos tales como ataques al corazón, demencia, diabetes y enfermedades del corazón (Departamento estadounidense de servicios humanitarios y de salud, 1993a, 1993b). Claramente se observa que la categoría de diagnóstico de un desorden depresivo mayor es tanto significativa como útil, o dicho de otro modo, altamente válida.

Sin embargo la validez práctica de muchos otros diagnósticos DSM-IV simplemente es desconocida. Esto es cierto en especial para las clasificaciones del eje II (trastornos de personalidad), para los que la evidencia de validez en este momento es muy pobre. Con la posible excepción del trastorno de personalidad antisocial (que ha sido el tema de investigaciones empíricas sustanciales), las características asociadas, las respuestas al tratamiento y otras características de la mayoría de las clasificaciones del eje II no han sido

identificadas. Esto se debe en parte a la baja confiabilidad del diagnóstico en estas categorías, lo que significa que los médicos con frecuencia no están de acuerdo en si el paciente reúne los criterios para determinar un trastorno de personalidad específico. La confiabilidad conlleva validez. Cuando la confiabilidad de un diagnóstico es baja, es difícil demostrar su validez.

INFORME DE LOS RESULTADOS DE EVALUACIÓN

Aunque no hay un modo único para informar sobre los resultados de la evaluación, vale la pena mencionar cierto número de lineamientos (Gregory, 1987; Tallent, 1993; Wolber y Carne, 1993). Tal vez el punto más importante es que los reportes psicológicos no deberán estar relegados al "vagón de cola" irrelevante que va pegado al final del tren. La evaluación es tan efectiva como el informe que resume las respuestas del examinador a la incertidumbre presentada por la(s) cuestión(es) de referencia. Desde esta perspectiva el reporte es más bien como la "locomotora" que jala toda la evaluación (Tallent, 1993).

Dos lineamientos generales que se aplican a todos los informes son los de responsabilidad y eficiencia. La **responsabilidad** se refiere a la variedad de preocupaciones éticas, profesionales y legales que ejercen una influencia poderosa sobre cómo son reportados los resultados de la evaluación. Por ejemplo, los médicos por lo general son conscientes de que los reportes psicológicos pueden estar involucrados en procedimientos legales, aun cuando no fueron escritos para ese propósito y a pesar de cualquier acuerdo anterior que especifique que los resultados son "confidenciales" y que especifique que sólo pueden ser vistos por ciertas personas. Para el mejor de los intereses del paciente (¡y del psicólogo!) es bueno anticipar una vida futura al reporte psicológico. Considere el caso verdadero de un joven adulto con una lesión seria en la cabeza y a quien se le hicieron pruebas por parte de un aprendiz graduado:

El estudiante graduado escribió un informe o reporte muy optimista que ignoró y minimizó las diversas deficiencias reveladas por una batería de pruebas amplias. El reporte fue exacto en el sentido de que las puntuaciones de error fueron correctamente reportadas, pero el examinador vertió sus conclusiones en la forma más positiva posible al enfocarse en numerosas circunstancias atenuantes que podrían explicar el pobre desempeño del sujeto. En el momento, el psicólogo

supervisor no vio daño en este método positivo, a tal grado que parecía ser lo que el paciente y sus padres deseaban escuchar. El paciente dejó la oficina después de la sesión de retroalimentación, con una alta motivación para recuperar las diversas habilidades cognitivas que había perdido desde que sufrió la lesión en la cabeza.

Dos años después el reporte fue citado legalmente en una demanda presentada por el sujeto con la lesión de la cabeza en contra de la persona que le había causado el daño. Aunque él ganó un buen arreglo sustancial, parece más probable que el reporte, demasiado optimista, únicamente confundió los asuntos de la compensación surgidos en el juicio legal. Tal vez hubiera servido más a sus intereses un resumen más realista de los resultados de su prueba. (Gregory 1987)

Ahora, muchos especialistas en evaluación escriben los reportes basándose en la posibilidad de que hay partes externas, incluso los abogados hostiles, que finalmente los leerán. Ésta no es una tendencia del todo negativa, aunque puede llevar a reportes excesivamente cuidadosos que pasen por alto las recomendaciones creativas.

Otro componente de la responsabilidad es asegurar que el *paciente* recibe una retroalimentación precisa y constructiva acerca de los resultados de la evaluación. Esto se logra en gran medida con una atención cuidadosa al **consentimiento informado**, por el cual el paciente acuerda, por escrito, todo el paquete de la evaluación. Como parte de este acuerdo, el psicólogo por lo regular acuerda cuándo, dónde y cómo se logrará la retroalimentación del paciente. Más aún, los principios éticos de la Asociación estadounidense de psicología (APA) enfatizan que:

...los psicólogos asegurarán que la explicación de los resultados sea provista utilizando un lenguaje que sea razonablemente entendible por la persona valorada o por cualquier otra persona legalmente autorizada para la representación del paciente. (APA, 1992.)

Pope (1992) ha bosquejado varios lineamientos útiles para proporcionar la evaluación de la retroalimentación a los pacientes. Por ejemplo, el médico deberá asegurarse (ponerse a salvo) de la contratransferencia en la que las reacciones personales pueden influir, distorsionar y echar a perder el proceso de retroalimentación. El profesional que está enojado con el paciente puede, inconscientemente, utilizar la sesión de retro-

alimentación como una oportunidad para enfocarse en los aspectos negativos de la evaluación de los resultados, en lugar de proporcionar una imagen exacta y balanceada. Otro principio importante es el *reconocimiento de la falibilidad* (posibilidad de error):

El proceso de retroalimentación se enfoca mejor en las hipótesis de que hay varios grados de evidencia en las conclusiones de las pruebas, en lugar de basarlo en cualquier clase de declaraciones infalibles e indiscutibles. Los médicos tienen la responsabilidad de asegurar que el paciente no sólo entienda la falta general de infalibilidad, sino que también esté consciente de cualquier reserva específica que tenga el médico acerca de la validez, significado e implicaciones de las pruebas específicas, conclusiones, y así sucesivamente. (Pope, 1992.)

En suma, la retroalimentación deberá ocurrir en el contexto de una comunicación clara y relativamente libre de las debilidades personales del médico.

La **eficacia** en el reporte tiene que ver con que produzca el efecto que se pretende en la vida del paciente, y que, a su vez, esté escrito de forma clara y directa. Una obra maestra de 12 páginas puede que nunca sea leída por la fuente de referencia y, por tanto, no tendrá impacto. Los mejores reportes tienden a ser los reportes cortos. Pero un reporte muy breve también puede carecer de sentido, si contiene un pantano de especulaciones y términos de la jerga del tema, que dejan enfadado y confundido al lector. En general, los reportes deberán ser cortos, claros y directos, si es que se pretende que tengan un impacto positivo en la vida del paciente.

No obstante, las cualidades admirables de la escritura, tales como la brevedad y la claridad, no garantizan un resultado constructivo. Las recomendaciones en el reporte también deberán incorporar *la sabiduría*, la cual se obtiene mediante la capacitación, la experiencia y los factores adicionales que van más allá de una explicación. Le recordamos que la evaluación es una ciencia y un arte. El elemento científico en la escritura de los reportes puede enseñarse directamente por medio de reglas y directivas, pero su componente creativo es más difícil de comunicar.

Dificultades que existen en el reporte por escrito eficiente

Un método para el estudio de los reportes escritos es preguntarle a los profesionales qué es lo que les agrada

y lo que les desagrada acerca de los reportes de evaluación psicológica. Tallent (1993) proporciona un catálogo de respuestas de 1,400 trabajadores clínicos incluyendo psiquiatras, trabajadores sociales y psicólogos. Aunque muchas respuestas fueron favorables, se recibieron cientos de comentarios negativos. Las principales críticas incluían las siguientes:

1. *Gran cantidad de datos ilegibles.* Una queja muy común es que los examinadores se refieren a las puntuaciones específicas y a los nombres de las escalas que tienen muy poco o ningún significado para los psicólogos. Un ejemplo típico de esta dificultad es un reporte basado en Rorschach que señala: "el F+% de 40 indica que el paciente tiene una comprensión pobre de la realidad". Para el que desconoce el tema, la referencia enigmática "F+%" en el reporte ¡parece una palabra obscena colocada en clave acerca de los datos de la prueba!

2. *Énfasis inadecuado.* Otra crítica recurrente es que los reportes se enfocan a los aspectos insignificantes de los resultados de las pruebas, los cuales no tienen relación con la cuestión de referencia. Esto es muy común en las situaciones que utilizan series de pruebas muy extensas. El examinador con frecuencia se siente obligado a discutir las implicaciones de cada subprueba, cuando, en realidad, la información esencial a menudo reside en unas pocas puntuaciones globales. Por ejemplo, a un niño que se remite por una posible incapacidad de aprendizaje se le pueden administrar las trece subpruebas de la escala Wechsler de inteligencia para niños (tercera edición), pero en realidad no es necesario o útil proceder con un reporte de los resultados de cada subprueba.

3. *Recomendaciones que exceden su experiencia.* No hay nada más ofensivo para los practicantes en profesiones aliadas a la psicología que los psicólogos deambulen por sus territorios y ofrezcan consejos más allá del verdadero conocimiento y experiencia. Éste es un problema en particular con los campos médicos tales como la psiquiatría y la neurología. Los psicólogos practicantes sólo conocen lo que es peligroso en estas áreas especiales. No es apropiado que un psicólogo recomiende que un paciente tome un procedimiento médico específico (por ejemplo, la tomografía por computadora o un escaneo del cerebro) o que reciban un fármaco en particular (por ejemplo, un antidepresivo o una droga psicotrópica). Aunque parezca obvia la necesidad de un procedimiento específico o de un medica-

mento, el curso prudente a seguir es que se recomiende una consulta con un médico especialista para que realice una evaluación posterior.

4. *Interpretación irresponsable.* Algunos psicólogos hacen declaraciones arrolladoras en sus reportes que no están apoyadas por los resultados de las pruebas o por las impresiones de la entrevistas. Aunque es raro que esto ocurra, siempre es desafortunado cuando el examinador especula acerca de las tendencias homosexuales latentes en un paciente o que simplemente dé el diagnóstico equivocado debido a una teoría favorita acerca de la psicopatología. Un error más sutil ocurre cuando el psicólogo no considera las diferencias raciales y étnicas en la interpretación de los resultados de las pruebas. Eyde, Robertson, Krug y sus colaboradores (1993) describen a un médico que diagnosticó un trastorno de lenguaje en un preescolar afroamericano basándose en una prueba ideada con asuntos predominantemente caucásicos. Las habilidades de lenguaje del niño se separaban del inglés estándar, no obstante eran perfectamente adecuadas.

5. *Exhibicionismo.* En ocasiones, las personas que escriben los reportes intentan impresionar al lector con su erudición, más que ofrecer perspectivas útiles para el paciente. Un encuestado en Tallent (1993) se refiere a los psicólogos cuyos reportes "reflejan su necesidad de brillar como si fueran el futuro faro psicoanalista capaz de revelar los más oscuros y profundos secretos". Otros reportes son "escritos en términos psicológicos muy elevados y sólo estimulan el ego del psicólogo".

6. *Teoría y abstracción excesivas.* La evaluación especialista que se inclina por las fórmulas abstractas y teóricas también ha sido objeto de críticas. Por ejemplo, la referencia a las tendencias sádico-oraes en el paciente comúnmente no es útil, a menos que éste concepto se encuentre anclado a comportamientos comunes. Fischer (1985) ha propuesto un antídoto útil para la teoría y la abstracción excesivas que dice: "¡los reportes deberán escribirse de forma que puedan ser entendidos por un niño inteligente de 12 años!"

7. *Una escritura deficiente.* Algunos reportes son escritos en el lenguaje de los psicólogos, en lugar de escribirse en un lenguaje común y corriente. Se le dice al paciente que "manifiesta una hostilidad agresiva abierta en una forma impulsiva", cuando sería más exacto decir que "tiende a golpear a la gente en la cara cuando lo provocan". Otros ejemplos de una escritura deficiente incluyen los siguientes:

- a. El uso de palabras sin sentido e imprecisas, como *viabile*, *entrada*, *interfaz*, *orientado*, *parámetro* y *finalizar*.
- b. Confundir *afecto* con *efecto* (por ejemplo, "Las pruebas programadas tuvieron un *afecto* [*efecto*] negativo en Juan").
- c. Confiar en un lenguaje vago (por ejemplo, "Se recomienda que se le vuelva a someter a la prueba después de un año, para determinar si la maduración sobrepasará los insumos ambientales", cuando en realidad lo que se pudo haber dicho era: "es recomendable probar de nuevo en un año a fin de evaluar los cambios desarrollados"). (Gregory, 1987.)

Enfoques del reporte escrito

El "sabor" de un informe de evaluación dependerá del marco en que es escrito, la audiencia a la que va dirigido, los asuntos particulares de referencia, y la idiosincrasia de quien escribe el informe. Los informes tienen tantas variaciones como las recetas en un libro de cocina (Tallent, 1992; Wolber y Carne, 1993). Aquí resaltamos únicamente unos cuantos métodos. La tabla 2.7 expone los lineamientos para varios estilos comunes para escribir informes. El resto de este capítulo está dedicado al informe escrito de la evaluación, comentada desde una perspectiva general.

INFORME DE EVALUACIÓN ANOTADA

El siguiente reporte se basa en la evaluación de una estudiante universitaria que fue referida debido a dificultades académicas. Se alteraron algunos detalles no esenciales para proteger la privacidad de la estudiante, pero son auténticos los hechos esenciales del caso y los resultados de las pruebas. El material en cursivas son comentarios que se pusieron para la edición de este libro y no estaban incluidas en el informe.

Evaluación intelectual y psicológica

Fecha: 14 de octubre de 1997

Información demográfica

Paciente: Jane Edwards, mujer

Edad: 19 años, 10 meses

Fecha de nacimiento: 10 de diciembre de 1977

Fecha de la prueba: 12 de octubre de 1997

La información demográfica contiene los datos suficientes para que los lectores verifiquen la exactitud

Tabla 2.7 Informes de perfiles de evaluación escritos desde cuatro perspectivas

(a) Tradicional

- I. Título y demografía
- II. Fuente y razón de la referencia
- III. Pruebas y procedimientos
- IV. Antecedente relevante
 - A. Historia médica
 - B. Historia educativa
 - C. Resultados de las pruebas anteriores
- V. Observaciones de comportamiento
- VI. Resultados de la evaluación
 - A. Funcionamiento intelectual
 - B. Funcionamiento de la personalidad
 - C. Impresiones del diagnóstico
- VII. Resumen y recomendaciones

(b) Psicodinámica

- I. Título y demografía
- II. Razones de la evaluación
- III. Conflictos psicológicos
 - A. Autopercepción
 - B. Percepción del ambiente
 - C. Relaciones interpersonales
 - D. Impulsos y dinámica
 - E. Catexis y controles emocionales
- IV. Valor del estímulo social
 - A. Habilidades cognoscitivas
 - B. Metas
 - C. Funciones sociales
- V. Funcionamiento cognoscitivo
 - A. Virtudes

- B. Deficiencias
- C. Psicopatologías
- VI. Defensas
 - A. Inmaduro
 - B. Neurótico
 - C. Maduro
- VII. Recomendaciones para psicoterapia

(c) Conductual

- I. Título y demografía
- II. Comportamiento durante la evaluación
- III. Problema presentado
 - A. Naturaleza del problema
 - B. Historia relevante
 - C. Determinantes situacionales actuales
 - D. Variables personales relevantes
 - E. Extensión del problema
 - F. Consecuencias del problema
- IV. Valores personales
- V. Objetivos a modificar
- VI. Motivación para el tratamiento
- VII. Métodos de tratamiento recomendados

(d) Fenomenológica

- I. Título y demografía
- II. Razón de la evaluación
- ID. Visión que tiene del problema el paciente
- IV. Pruebas administradas y resultados
- V. El paciente según lo reflejan los resultados de la prueba
- VI. Resumen e impresiones

de la edad, la cual es importante en el caso de las normas de puntuación para ciertas pruebas. Nótese que la fecha del reporte está indicada de forma separada a la fecha de las pruebas. Esta práctica promueve la eficiencia por parte del examinador; ¡un retraso de semanas o meses es desconcertante! Más aún, los lectores tienen el derecho a saber si las impresiones del diagnóstico y otras interpretaciones están basadas en recuerdos recientes o muy antiguos.

Razones para la referencia

La señorita Edwards fue remitida por el Centro de asesoramiento para los estudiantes para una evaluación intelectual y psicológica. La cuestión principal de la remisión es saber si en efecto ella tiene la capacidad física y mental para regresar a la universidad. Ella asistió a la universidad durante poco tiempo el año pasado, pero se retiró después de un accidente automovilístico el 5 de octubre de 1996. De hecho, ha regresado a la universidad, pero actualmente tiene dificultad con varios cursos.

Notemos que la razón de la evaluación se expresa como una pregunta de pronóstico: "¿si en efecto tiene

la capacidad física y mental para regresar a la universidad?" La evaluación en este caso es una solución al problema. Las mejores descripciones declaran el problema explícitamente en el inicio y luego ofrecen una respuesta a lo largo del informe.

Antecedente relevante

Cuando la señorita Edwards se graduó de la preparatoria en 1996, estaba clasificada en el lugar 27 de un total de 283 estudiantes. En el otoño de 1996 obtuvo 10 y 9 en sus primeras pruebas en la universidad, antes del accidente automovilístico que en octubre la retiró de los estudios. De acuerdo con los registros médicos, con fecha 27/10/96, del neurocirujano que la atendió, Dr. Manfred Attela, la señorita Edwards sufrió una lesión interna en la cabeza con un pequeño hematoma subdural en el área del lóbulo frontal izquierdo. El hematoma fue removido quirúrgicamente, pero la señorita Edwards permaneció inconsciente dos días. Desde este punto de vista tuvo una excelente recuperación de sus funciones físicas y fue dada de alta del hospital después de dos semanas. Sin embargo, sus padres reportaron que desde entonces comenzó a ser más irritable que antes y que era propensa a arrebatos emocionales.

Aparentemente no había evaluaciones adicionales. De acuerdo con los padres, el seguimiento médico consistió en una breve examinación neurológica el 7 de enero de 1997, que fue de poca importancia. Desde ese momento, la señorita Edwards se empleó como cajera en un restaurante de comida rápida mientras espera la oportunidad para regresar a la universidad el próximo verano.

A menudo está disponible una gran cantidad de información con antecedentes, la cual puede incluir circunstancias de nacimiento, historia del desarrollo, enfermedades médicas, historial académico, información de los padres (sobre su educación y ocupación), y así sucesivamente. Sin embargo la tarea de quien escribe el informe es seleccionar la información relevante, no para reportar cada detalle extraño en forma enciclopédica. En el caso de la señorita Edwards, la información de antecedentes más importante tiene que ver con (1) su éxito anterior, que está documentado en términos objetivos y (2) su accidente, que es descrito con los detalles pertinentes. Por ejemplo, la duración del estado de coma es muy importante para predecir la recuperación del daño neurológico, así que esta información es mencionada de forma perceptible. Note también que está indicada la fuente que declaró los hechos (por ejemplo, reportes médicos fechados, retroalimentación que viene de los padres, etc.).

Comportamiento durante las pruebas

La señorita Edwards cooperó durante las pruebas y parecía muy motivada para dar lo mejor de sí misma. Expresó la preocupación que tenía de que las puntuaciones de la prueba pudieran ser bajas y, por consiguiente, indicaran que la universidad estaba más allá de sus habilidades. Siempre que se equivocaba en una pregunta de la prueba, se recriminaba a sí misma ("Oh, ¡me siento tan tonta!"). Los resultados son considerados un índice válido de su funcionamiento intelectual.

Aquí se mencionan todos los comportamientos que tienen relación con la validez de los resultados de las pruebas. Además, se discute todo el comportamiento que es relevante para el asunto de referencia. En el caso de la señorita Edwards, cuyos resultados de pruebas se convirtieron en un indicador de daño cerebral (vea abajo), es importante enfatizar que su motivación fue muy fuerte, lo cual refuerza la validez de las conclusiones. Además, su comportamiento recriminante para su propia persona fue relevante para la impresión del diagnóstico, así que en esta sección se consideró que era destacable.

Pruebas administradas y resultado

Escala de inteligencia para adultos de Wechsler (Wechsler adult intelligence scale), edición revisada (WAIS-R, por sus siglas en inglés).

Información	7	Completar figuras	11
Retención de dígitos	2	Ordenamiento de figuras	9
Vocabulario	10	Diseño con cubos	4
Aritmética	7	Ensamble de objetos	9
Comprensión	8	Símbolos en dígitos	7
Similitudes	9		
CI verbal:	84	CI de ejecución:	88
		CI de escala completa:	86.

Prueba de categoría corta en forma de folleto: 56 errores/100

Rastreo de la prueba

Parte A 93 segundos, 0 errores

Parte B 178 segundos, 2 errores.

Interpretación de los resultados de la prueba

En la WAIS-R la señorita Edwards obtuvo un CI de escala completa de 86, que está por debajo del promedio de 100 para la población en general y significativamente más bajo que el promedio para los estudiantes de universidad, el cual se encuentra más o menos entre 110 y 115. Dados sus niveles anteriores de logro educativo, esta puntuación representa casi con certidumbre una disminución significativa como consecuencia de su lesión en la cabeza.

La señorita Edwards desplegó un grado inusualmente alto de variación en las subpruebas, con puntuaciones escalonadas, tan bajas como un 2 y tan altas como un 11 (la puntuación promedio para la población en general para las subpruebas es de 10). La puntuación relativamente alta de 10 en el vocabulario indica una buena facilidad de palabra, y la puntuación de 11 al completar imágenes indica una buena capacidad para los detalles visuales. Sin embargo, la puntuación baja de 2 en la retención de dígitos indica un serio grado de distracción para los estímulos verbales, y la baja calificación de 4 para el diseño con cubos indica una debilidad en la solución de problemas visuales-perceptivos. Las áreas de debilidad son especialmente problemáticas para los estudiantes universitarios, que deben poner atención en las conferencias y también deben solucionar problemas prácticos en el curso de sus estudios.

La prueba de categoría corta en forma de folleto es una medición del razonamiento abstracto que requiere que el examinado aprenda de la retroalimentación en el curso de las respuestas anteriores. Los errores típicos para los jóvenes adultos son 19 errores de 100 estímulos. La señorita Edwards tuvo 56 errores en el curso de la prueba, situación que indica un daño sustancial del razonamiento abstracto de alto nivel; lo más probable es que sea una consecuencia de su lesión interna en la cabeza.

En el rastreo de la prueba, se le solicita al examinado que bajo presión de tiempo trace una línea que conecte números en orden secuencial (parte A) y luego que conecte números y letras en orden secuencial alternado (parte B). Este instrumento de proyección es sensitivo a las alteraciones en el proceso cognoscitivo de atención, búsqueda visual y flexibilidad mental. La señorita Edwards experimentó una dificultad mayor en esta prueba de proyección de los daños cerebrales. Por ejemplo, en la parte B, un tiempo mayor de 90 segundos se considera indicativo de deterioro en el paciente. La señorita Edwards necesitó 178 segundos para completar esta tarea.

Los resultados son interpretados sin rodeos y sin términos técnicos y en forma razonable. Nótese que las puntuaciones de las pruebas están colocadas en el contexto de los promedios nacionales y los datos normativos. Por supuesto, lo que fue sobresaliente para esta persona examinada fue la aparente disminución en su funcionamiento. No obstante, también se mencionan las áreas donde tiene algunas fortalezas. Y son resaltados los asuntos que tienen relevancia para la referencia.

Impresiones de la entrevista

En la conversación persona a persona, la señorita Edwards es muy perspicaz, incluso presenta argumentos ingeniosos. Tiene una facilidad verbal, que es tanto un punto favorable como desfavorable. Es favorable porque las habilidades verbales son importantes para obtener logros educativos y avances en el trabajo. Pero su facilidad verbal también trabaja en su contra dándole a los demás una razón para concluir que su daño cerebral es insignificante (o que no existe). Lo que es un hecho, es que estos resultados preliminares de las pruebas indican otra cosa.

Durante nuestra entrevista, la señorita Edwards manifestó una "depresión risueña" y con reflexiones suicidas. Sus planes son relativamente específicos, y deberá ser considerada con un alto riesgo de suicidio

en estos momentos. El personal del Centro de asesoramiento para estudiantes ha sido informado acerca de esta preocupación y se han tomado las medidas preventivas. Además de su lesión interna en la cabeza, la señorita Edwards presenta el diagnóstico de un trastorno depresivo severo.

Los reportes psicológicos no necesitan ser formales, contruidos con mucho detalle, ni con términos con una jerga técnica, como lo indica el uso de un término no oficial del diagnóstico ("depresión risueña"). También es aceptado que el examinador interprete el comportamiento del paciente dentro de cualquier marco que parezca relevante. En este caso, el examinador se ha enfocado en el análisis sociopsicológico, señalando que tanto él cómo otras personas pueden ser confundidas por las fuertes habilidades verbales del paciente.

Resumen y recomendaciones

La señorita Jane Edwards es una estudiante universitaria de primer ingreso que tiene 19 años de edad y experimentó una lesión interna en la cabeza hace un año por un accidente automovilístico. A consecuencia de esta lesión, ha mantenido un daño poco conciso de las funciones cerebrales. Las pruebas que se realizaron aquí no están diseñadas para valorar los detalles de su daño cerebral, pero es claro que los estudios en la universidad serán muy difíciles para ella. Recomiendo que por el momento deje sus estudios universitarios.

La señorita Edwards por el momento experimenta una depresión severa con reflexiones suicidas. La primera prioridad deberá ser el manejo de la crisis suicida, incluyendo un tratamiento para combatir la depresión. Es altamente recomendable consultar a un psiquiatra. Como último punto podría ser conveniente que la señorita Edwards obtenga una evaluación neuropsicológica integral. Los resultados de tal evaluación podrían proporcionar una base para su planeación educativa y vocacional.

Dr. Robert J. Gregory
Psicólogo con licencia

El examinador va directo al punto en la última oración del primer párrafo, declarando: "Recomiendo que por el momento deje sus estudios universitarios." Esta es una respuesta directa a la pregunta que se hizo al principio del caso. Además, el examinador introduce un asunto que no fue mencionado por la fuente de referencia pero que sin embargo es crucial para el bienestar del paciente, esto es, tener en cuenta una futura evaluación para su guía vocacional y educativa.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- American Psychological Association. (1992). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 47, 1597-1611.
- Andreasen, N. C., & Black, D. W. (1995). *Introductory textbook of psychiatry* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Beutler, L., & Harwood, T. (1995). How to assess clients in pretreatment planning. In J. N. Butcher (Ed.), *Clinical personality assessment: practical approaches* (pp. 59-77). New York: Oxford University Press.
- Blake, D., Weathers, F., Nagy, L., et al. (1990). A clinician rating scale for assessing current and lifetime PTSD: The CAPS-1. *The Behavior Therapist*, 13, 187-188.
- Chapman, L. J., & Chapman, J. P. (1967). Genesis of popular but erroneous psychodiagnostic observations. *Journal of Abnormal Psychology*, 74, 271-280.
- Conners, C. K. (1990). *Conners Rating Scales manual*. Willowdale, Ontario: Multi-Health Systems.
- Dawes, R., Faust, D., & Meehl, P. (1989). Clinical versus actuarial judgment. *Science*, 242, 1668-1674.
- DiNardo, P., & Barlow, D. (1988). *Anxiety Disorders Interview Schedule—Revised (ADIS-R)*. Albany, NY: Graywind Publications.
- Endicott, J., & Spitzer, R. (1978). A diagnostic interview: The schedule for affective disorders and schizophrenia. *Archives of General Psychiatry*, 35, 837-844.
- Eyde, L., Robertson, G., Krug, S., et al. (1993). *Responsible test use: Case studies for assessing human behavior*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Faust, D., Hart, K., & Guilmette, T. (1988). Pediatric malingering: The capacity of children to fake believable deficits on neuropsychological testing. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 578-582.
- Fischer, C. T. (1985). *Individualizing psychological assessment*. Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Giannetti, R. (1985). *Giannetti on-line psychosocial history: GOLPH (Version 2.0)*. Unpublished manuscript.
- Goldfried, M., Greenberg, L., & Marmar, C. (1990). Individual psychotherapy: Process and outcome. In M. Rosenzweig & L. Porter (Eds.), *Annual review of psychology* (pp. 659-688). Palo Alto, CA: Annual Reviews.
- Goodman, W., Price, L., Rasmussen, S., et al. (1989a). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: I. Development, use, and reliability. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1006-1011.
- Goodman, W., Price, L., Rasmussen, S., et al. (1989b). The Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale: II. Validity. *Archives of General Psychiatry*, 46, 1012-1016.
- Gregory, R. J. (1987). *Adult intellectual assessment*. Boston: Allyn and Bacon.
- Groth-Mamat, G. (1997). *Handbook of psychological assessment* (3rd ed.). New York: Wiley.
- Haynes, S. N. (1990). Behavioral assessment of adults. In G. Goldstein & M. Hersen (Eds.), *Handbook of psychological assessment* (2nd ed., pp. 423-466). New York: Pergamon Press.
- Ivey, A., Ivey, M., & Simek-Morgan, L. (1993). *Counseling and psychotherapy: A multicultural perspective* (3rd ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Kleinmuntz, B. (1990). Why we still use our heads instead of formulas: Toward an integrative approach. *Psychological Bulletin*, 107, 296-310.
- Leli, D., & Filskov, S. (1979). The relationship of intelligence with education and occupation as signs of intellectual deterioration. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47, 702-707.
- Leli, D., & Filskov, S. (1984). Clinical detection of intellectual deterioration associated with brain damage. *Journal of Clinical Psychology*, 40, 1435-1441.
- Lewinsohn, P. M., Munoz, R., Youngren, M., & Zeiss, A. (1986). *Control your depression: Reducing depression through learning self-control techniques, relaxation training, pleasant activities, social skills, constructed thinking, planning ahead and more* (rev. ed.). New York: Prentice-Hall.
- Lowman, R. L. (1989). *Pre-employment screening for psychopathology: A guide to professional practice*. Saratoga, FL: Professional Resource Exchange.
- Matarazzo, J. (1990). Psychological assessment versus psychological testing. *American Psychologist*, 45, 999-1017.
- Meehl, P. (1954). *Clinical versus statistical prediction*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Motto, J. (1985). Preliminary field-testing of a risk estimator for suicide. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 15, 139-150.
- OSS Assessment Staff. (1948). *Assessment of men: Selection of personnel for the Office of Strategic Services*. New York: Rinehart.
- Overall, J. E. (1988). The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS): Recent developments in ascertainment and scaling. *Psychopharmacology Bulletin*, 24, 97-99.
- Overall, J. E., & Gorham, D. (1962). The Brief Psychiatric Rating Scale. *Psychological Reports*, 10, 799-812.
- Overall, J. E., & Hollister, L. (1982). Decision rules for phenomenological classification of psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 535-545.
- Peterson, D. R. (1987). The role of assessment in professional psychology. In D. R. Peterson & D. B. Fishman (Eds.), *Assessment for decision* (pp. 5-43). New Brunswick, NJ: Rutgers University Press.
- Pope, K. S. (1992). Responsibilities in providing psychological test feedback to clients. *Psychological Assessment*, 4, 268-271.

- Rapp, S., Parisi, S., Walsh, D., & Wallace, C. (1988). Detecting depression in elderly medical inpatients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 509-513.
- Reschly, D. J. (1990). Adaptive behavior. In A. Thomas & J. Grimes (Eds.), *Best practices in school psychology* (2nd ed., pp. 29-42). Washington, DC: National Association of School Psychologists.
- Richards, R., & Lonborg, S. (1996). Development of a method for studying thematic content of psychotherapy sessions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 701-711.
- Rogers, C. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rogers, R., Bagby, R., & Dickens, S. (1992). *Structured Interview of Reported Symptoms (SIRS) and test manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Schmitt, N., & Robertson, I. (1990). Personnel selection. *Annual Review of Psychology*, 41, 289-320.
- Shear, M., Sholomskas, D., Cloitre, M., et al. (1992). *The Multicenter Panic Anxiety Scale (MC-PAC)*. Unpublished manuscript.
- Siegmán, A., & Feldstein, S. (Eds.). (1987). *Nonverbal behavior and communication*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Spitzer, R., Williams, J., Gibbon, M., & First, M. (1988). *Instructional manual for the structured clinical interview for DSM-III-R (SCID, 6/1/88 Revision)*. (Biometrics Research Department, New York State Psychiatric Institute, 722 West 168th Street, New York, NY 10032.)
- Steinberg, M. (1993). *Interviewer's guide to the Structured Clinical Interview for DSM-IV Dissociative Disorders*. Washington, D.C.: American Psychiatric Press.
- Tallent, N. (1992). *The practice of psychological assessment*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Tallent, N. (1993). *Psychological report writing* (4th ed.). Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Tombaugh, T., McDowell, I., Kristjansson, B., & Hubley, A. (1996). Mini-Mental State Examination (MMSE) and the Modified MMSE (3MS): A psychometric comparison and normative data. *Psychological Assessment*, 8, 48-59.
- Trzepacz, P. T., & Baker, R. W. (1993). *The psychiatric mental status examination*. New York: Oxford University Press.
- Turk, D., & Rudy, T. (1990). Pain. In A. Bellack, M. Hersen, & A. Kazdin (Eds.), *International handbook of behavior modification and therapy* (2nd ed., pp. 399-413). New York: Plenum Press.
- U.S. Department of Health and Human Services. (1993a). Depression in primary care: Vol. 1. *Detection and diagnosis*. Rockville, MD: Author.
- U.S. Department of Health and Human Services. (1993b). Depression in primary care: Vol. 2. *Treatment of major depression*. Rockville, MD: Author.
- Wiens, A. N. (1990). Structured clinical interviews for adults. In G. Goldstein & M. Hersen (Eds.), *Handbook of psychological assessment* (2nd ed., pp. 324-344). New York: Pergamon.
- Wolber, G. J., & Carne, W. F. (1993). *Writing psychological reports: A guide for clinicians*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Wrightsmán, L., Nietzel, M., & Fortune, W. (1994). *Psychology and the legal system* (3rd ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.

LECTURAS ADICIONALES

- Asociación estadounidense de psiquiatría. (1994). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 4a. edición (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*). Washington, D.C.: Autor. Este compendio contiene la nomenclatura oficial y los criterios sobre los diagnósticos para los trastornos mentales. Aunque es un poco técnico y árido en su presentación, el DSM-IV resume conclusiones basadas en investigaciones, como las características clínicas, el predominio, el curso, los patrones culturales, los patrones familiares y otros aspectos de casi cada trastorno mental del que se tenga idea.
- Goldstein, G. y Hersen, M. (Eds.). (1990). *Manual para la evaluación psicológica*, (Handbook of psychological assessment) 2a. Edición. New York, Pergamon Press. Libro de texto de alto nivel que resume lo más relevante y actual en evaluaciones psicológicas. Los 23 capítulos incluyen sumarios de la construcción de pruebas, los diferentes tipos de pruebas, entrevistas, y aplicaciones especializadas (por ejemplo, evaluación de minorías, evaluaciones psicológicas asistidas por computadora).
- Groth-Marnat, G. (1990). *Manual para la evaluación psicológica*, 2a. edición (*Handbook of psychological assessment*). Nueva York: Wiley. Éste es el libro del profesional que proporciona los lineamientos y resúmenes para la aplicación de los principales instrumentos, tales como las escalas Wechsler, Rorschach y MMPI-2, entre otras.
- Matarazzo, J. (1990). Evaluación psicológica en comparación con las pruebas psicológicas (Psychological assessment versus psychological testing). *American psychologist*, 45, 999-1017. Este pequeño artículo argumenta efectivamente que la evaluación tiene que ver con el juicio clínico basado en la capacitación y la experiencia.
- Wetzler, S. y Katz, M. (Eds.). (1989). *Enfoques actuales sobre la evaluación psicológica* (*Contemporary approaches to psychological assessment*). Nueva York: Brunner/Mazel. Los 17 capítulos de este libro incluyen varias contribuciones que no se encuentran en ningún otro lado (por ejemplo, evaluación de las enfermedades médicas, escalas para un trastorno mental formal, mediciones de las emociones).

CAPÍTULO 3

PRUEBAS EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Robert J. Gregory

La profesión de la psicología clínica adquirió su respetabilidad primero a través de la aplicación exitosa de las pruebas psicológicas en asuntos sociales apremiantes. Un ejemplo clásico es la prueba de inteligencia individual inventada por Alfred Binet en 1905 y usada para identificar a los niños que tienen necesidad de escuelas especiales. Un ejemplo menos conocido es la Hoja de datos personales diseñada por Robert Woodworth en 1917 y usada para filtrar reclutas de la armada que eran susceptibles de padecer trastornos emocionales. Se podrían citar muchos ejemplos más para ilustrar este punto esencial: al inicio de 1900 la psicología clínica era sinónimo de psicometría aplicada. Sólo más tarde la profesión se ramificó en otras áreas tales como la terapia individual, la terapia de grupo, la psicología comunitaria y las aplicaciones forenses.

Por supuesto, en la actualidad los psicólogos practicantes realizan muchas funciones además de las pruebas psicológicas. No obstante, las pruebas siguen siendo centrales en la profesión y siguen siendo clasificadas como uno de sus más grandes logros. Las pruebas psicológicas ayudan en la planeación del tratamiento y proporcionan una base para la evaluación de la eficiencia terapéutica, por citar sólo algunas de sus diversas aplicaciones. Aquí consideramos la naturaleza de las pruebas psicológicas, sus usos y sus abusos ocasionales, los métodos para la construcción de pruebas y el valor de las pruebas en la práctica de la psicología clínica. El punto de inicio es una breve revisión histórica.

ORÍGENES DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS

El término *prueba mental* fue utilizado por primera vez por James McKeen Cattell (1890), un prominente psicólogo estadounidense que estudió con Wilhelm Wundt en Alemania y con Francis Galton en Gran Bretaña. Cattell fue exitoso en lo que ahora se conoce como el método "de instrumentos de bronce" para las pruebas psicológicas, llamados así debido a su confianza en el uso del equipo de bronce para medir los umbrales sensoriales y los tiempos de reacción. Este método se basó en suposiciones razonables (pero incompletas) de que las habilidades sensoriales eran esenciales para la inteligencia. En 1901, Clark Wissler, un estudiante de Cattell, demostró que los resultados de las pruebas sensoriales (por ejemplo, el tiempo de reacción, el nombramiento de los colores) no conllevan relación con las calificaciones universitarias. Con estos resultados desalentadores, los psicólogos abandonaron el uso del tiempo de reacción y las medidas sensoriales como indicadores de la inteligencia.

La primera prueba moderna de inteligencia fue inventada por Alfred Binet (1857-1911) en 1905. La escala Binet-Simon de 1905 (Binet y Simon, 1905) desarrollada en colaboración con Theophile Simon, fue altamente exitosa en la identificación de niños que no se beneficiaban de una instrucción regular en el sistema escolar de París. Más que confiar en los procesos

sensoriales elementales, su escala simple consistía en 30 reactivos de dificultad creciente que probaban los más altos procesos mentales, tales como la abstracción y la comprensión. La escala Binet-Simon fue revisada por primera vez en 1908 y, otra vez, en 1911.

Una nota intrigante para la historia es que la escala original Binet-Simon no producía una puntuación formal y ciertamente no proveía una puntuación del CI. El concepto de CI fue un producto conjunto del psicólogo alemán Wilhelm Stern (1912/1914) y del psicólogo estadounidense Lewis Terman (1916). Terman era profesor en la Universidad de Stanford, lugar donde se tradujo, revisó y volvió a normar la escala Binet-Simon para aplicarse con sujetos estadounidenses. Esta prueba ha sobrevivido hasta la actualidad como la Stanford-Binet, que ahora se encuentra en su cuarta edición (Thorndike, Hagen y Sattler, 1986).

Además de la Binet-Simon, la otra gran influencia sobre las pruebas modernas de inteligencia fue el programa de pruebas de la armada encabezado por Robert Yerkes (1919). Él y otros psicólogos reconocidos diseñaron dos grupos de pruebas de habilidad para filtrar y colocar a los reclutas de la armada durante la Primera guerra mundial. La prueba Army alfa consistía en ocho pruebas de contenido verbal para los reclutas promedio y los de alto rendimiento. La prueba Army beta consistía en un grupo de pruebas no verbales diseñadas para usarse con las personas con menos educación, los analfabetas, y los reclutas cuya lengua materna no era el inglés.

Sería difícil sobreestimar la influencia de la escala Binet-Simon y de las pruebas de la armada con respecto a pruebas posteriores de inteligencia. Los reactivos en estas pruebas inspiraron el desarrollo de prácticamente cada prueba de inteligencia que existe en la actualidad. En particular, las pruebas de inteligencia Wechsler (de las que hablaremos posteriormente), tienen una gran deuda con estos predecesores. David Wechsler no sólo adoptó el formato, sino que también tomó muchos reactivos directamente de estas primeras aportaciones.

Las pruebas contemporáneas en la psicología clínica también tienen sus raíces en las primeras pruebas de la personalidad, tales como la Hoja de datos personales desarrollada por Robert Woodworth para evaluar a los reclutas de la armada en la Primera guerra mundial, los cuales podían ser propensos a padecer problemas emocionales. Esta prueba consistía en 116 preguntas de respuesta "sí"—"no", que investigaban psicopatologías serias (por ejemplo, "¿le molesta el sentir que las cosas no son reales?"). El método sí-no para la medición

de la personalidad aún se aplica en muchos inventarios populares de respuesta de verdadero-falso, incluyendo la prueba más ampliamente usada de todos los tiempos: el Inventario multifásico de personalidad de Minnesota, ahora en su segunda versión (MMPI-2, por sus siglas en inglés). Por supuesto, muchas pruebas que se usan en la actualidad también se originaron en la profunda tradición psicológica contenida en la técnica de la mancha de tinta inventada después de la Primera guerra mundial por Hermann Rorschach (1921).

La historia del inicio de las pruebas es un tema fascinante que sigue siendo relevante para la práctica actual. Es importante saber que es necesario ser cauteloso con las aplicaciones excesivas de las pruebas. Por ejemplo, en un triste y lamentable capítulo de la psicología estadounidense, uno de los pioneros de las pruebas, Henry H. Goddard, fue exitoso en el uso de las pruebas individuales de inteligencia para la evaluación de inmigrantes (Gelb, 1986). Goddard y sus asistentes usaron traductores para administrar las pruebas originales Binet-Simon poco después de que los inmigrantes habían llegado a tierra firme:

De este modo, una prueba diseñada en francés, luego traducida al inglés, fue traducida más tarde al yiddish, húngaro, italiano y al ruso; se administró a desconcertados agricultores y trabajadores que acababan de padecer el viaje a través del Atlántico; y se interpretaba de acuerdo con las normas francesas originales. (Gregory, 1996.)

Seguramente éste deberá clasificarse como uno de los usos más inadecuados de las pruebas psicológicas registradas en toda la historia.

NATURALEZA Y USOS DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS

Definición de una prueba

Una **prueba** o **test psicológico** es un procedimiento estandarizado para obtener muestras del comportamiento y describirlo con puntuaciones o categorías. En la mayor parte de los casos, una prueba es percibida como una evaluación, esto es, el examinado sabe que está siendo probado. Esto hace surgir importantes asuntos con respecto a la validez de las pruebas, en particular para la evaluación de la personalidad, actitudes, aspiraciones y aspectos similares. El problema esencial es el de su **conveniencia social**, la tendencia natural de las

personas a contestar las preguntas en una forma socialmente deseable, más que ser completamente veraces. Como se explica a continuación, muchas pruebas utilizan escalas de validez para determinar tales tendencias en la persona sometida a las pruebas.

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

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

A continuación se revisan estas características.

Los procedimientos estandarizados son esenciales para asegurar que los procedimientos de prueba permanezcan uniformes para los diferentes examinadores en las diversas situaciones. La falta de estandarización en tales elementos como la lectura de las instrucciones o los estímulos presentados, pueden cambiar no sólo el carácter de la prueba sino también su nivel de dificultad, situación que reduce la validez de la prueba. Por ejemplo, es mucho más fácil recordar dígitos cuando se presentan en forma oral y se dicen rápidamente. Esta es la razón por la cual los manuales especifican que los dígitos deben expresarse precisamente en un promedio de uno por segundo.

Una prueba psicológica también está basada en una muestra limitada del comportamiento. Por ejemplo, cuando se prueba el vocabulario, no es realista determinar la totalidad del conocimiento que tiene una persona sobre las palabras. El examinador deberá establecer una muestra de 30 o 40 palabras y predecir el promedio general de palabras que conoce la persona a partir de esta pequeña (muy pequeña) muestra. La implicación más importante del concepto prueba-muestra es que los resultados de la prueba invariablemente contienen un grado de error. Por ejemplo, la totalidad del conocimiento de palabras que una persona tiene puede ser mayor o menor de lo comunicado por una prueba de vocabulario que consta de 30 palabras. Un individuo con una habilidad por debajo del promedio puede obtener una puntuación muy alta como resultado de adivinar o, por el contrario, una persona con una habilidad superior puede recibir una puntuación baja debido a que la prueba incluía un número desproporcionado de términos coloquiales. Aunque se puede minimizar el error de medición por medio de un diseño cuidadoso de la prueba, nunca podrá eliminarse del todo.

Las pruebas comúnmente proporcionan puntuaciones o categorías que son interpretadas con referencia a una muestra estandarizada. La **muestra de estandarización** (también llamada grupo normativo) debe ser representativa de la población a quien se dirige la prueba, de forma que sea posible evaluar los resultados de la prueba de cada persona en comparación con el grupo de referencia. Por ejemplo, el conocer la puntuación 137 de un examinado en las pruebas de razonamiento abstracto ofrece poca información. Pero si sabemos que la puntuación promedio de los estudiantes universitarios en su último año es de 103 y que únicamente el 1% de estos estudiantes tiene puntuaciones de 135 o mayores, tenemos una base para hacer una predicción no basada en la prueba, de que el examinado es un buen candidato para tener éxito en la universidad. Este último punto indica que no es el resultado *per se* lo que es valioso, sino más bien, lo que significa el resultado de la prueba en relación a las conductas *no basadas en pruebas*.

La gran mayoría de las pruebas se realizan con **referencia a las normas**, lo que significa que sus resultados se interpretan en referencia a la muestra de estandarización. Pero no todas las pruebas siguen este modelo. En particular, las pruebas realizadas con **referencia al criterio** son usadas para determinar dónde está colocado un individuo con respecto a objetivos educativos definidos rígidamente. Para estos instrumentos, las comparaciones son con respecto a un estándar objetivo más que con respecto al desempeño de otros examinados. Los resultados de una prueba aritmética con referencia al criterio podrían reportar que un estudiante suma números de tres dígitos con 78% de exactitud, mientras que la meta para los sistemas educativos es de 95%. Debe notarse aquí que el desempeño de otros estudiantes es irrelevante, lo que importa es si el estudiante corresponde a un criterio aceptado.

Otra distinción importante está entre las pruebas de grupo y las pruebas individuales. Se puede administrar una prueba de grupo a muchos examinados al mismo tiempo, lo que la hace económica. La desventaja es que la persona que proporciona la prueba no tiene idea de si cada persona que toma la prueba se está esforzando, y si responde en las columnas adecuadas, etc. Una prueba individual tiene la ventaja de que la persona que la aplica puede estar cerca del examinado y observar las respuestas correctas e incorrectas y otros detalles clínicos de la aplicación de la prueba. Asimismo, una prueba individual permite tener una amplia libertad en cuanto al tipo de estímulos que se pueden presentar (por ejemplo, manipulación de cubos o armado de rompecabezas).

Por último, debemos distinguir entre la aplicación de pruebas o test y la evaluación. La *aplicación de pruebas o tests* representa una tarea muy limitada, la cual consiste en la administración, la calificación y la interpretación de pruebas individuales. En cambio la *evaluación* es un término más amplio que se refiere a todo el proceso de recopilación de información y su síntesis para hacer predicciones acerca de la persona. La evaluación se estudió en el capítulo anterior. Aquí, en este capítulo, restringimos el análisis a esa resolución limitada que son las pruebas.

Tipos de pruebas

Los psicólogos practicantes tienen acceso literalmente a miles de diferentes pruebas y el número de instrumentos útiles continúa creciendo cada año. Por ejemplo, una reciente publicación del *Mental Measurements Yearbook* contiene información descriptiva y revisiones críticas sobre 418 pruebas nuevas o revisadas (Conoley e Impara, 1995). Este libro se publica cada cierto número de años; cada publicación inspecciona sólo una pequeña parte de los instrumentos disponibles.

Aunque podría parecer que por la diversidad de las pruebas es difícil hacer una clasificación simple, la mayoría de las pruebas se ajusta dentro de unas cuantas categorías. Las pruebas más ampliamente usadas son aquellas que evalúan la inteligencia, el funcionamiento neuropsicológico, la personalidad y los intereses o valores individuales. Los instrumentos para propósitos especializados también reciben un uso significativo por parte de los psicólogos practicantes. A continuación se revisarán estas categorías.

Pruebas de inteligencia y pruebas relacionadas

Las pruebas de inteligencia muestran generalmente una amplia serie de habilidades para evaluar el nivel general de la habilidad mental del examinado. A menudo estos resultados también proporcionan un perfil de las puntuaciones de las subescalas, pero generalmente la puntuación general es la que tiene mayor utilidad. Las pruebas de inteligencia también pueden llamarse pruebas de habilidad puesto que avalan la habilidad actual.

En este contexto es importante la distinción entre las pruebas de habilidad, aptitud y logro. En realidad, las correlaciones entre las puntuaciones de estos tres tipos de pruebas pueden ser sustanciales y los reactivos de todas ellas pueden ser altamente similares en estilo y contenido. La diferencia entre ellas resulta en su mayor par-

te de la forma en cómo se usan. Las **pruebas de habilidad** o inteligencia se usan para evaluar el nivel intelectual general de un individuo para propósitos tales como la identificación del origen de los problemas académicos; una prueba de inteligencia deberá ser un componente esencial en el diagnóstico de un problema de aprendizaje. En contraste, las **pruebas de aptitud** se usan para pronosticar el éxito futuro en la escuela, la capacitación o la carrera profesional. Estas pruebas corrientemente realizan una función de guardián, incluyendo la admisión a las escuelas, la entrada a la milicia y a los empleos corporativos. Finalmente, las **pruebas de logro** miden las habilidades actuales con relación a las metas educativas identificadas de un programa escolar o de capacitación. Su función no es valorar únicamente el desempeño de los examinados, sino que también evalúa el éxito de los programas educativos.

Pruebas y baterías de pruebas neuropsicológicas

Las pruebas y baterías (o series) de pruebas neuropsicológicas se usan para la evaluación de personas de quienes se sospecha o se sabe que sufren de daño cerebral causado por lesiones en la cabeza, embolias o trastornos neurológicos. Estos procedimientos incluyen un amplio espectro de métodos, que van desde pruebas de monitoreo de 10 minutos hasta baterías detalladas de seis horas. Algo común para todas las formas de evaluación neuropsicológica es el uso de instrumentos especializados sensibles a los efectos del daño cerebral. Estas pruebas evalúan las fortalezas y debilidades sensoriales, motoras, cognitivas y conductuales para propósitos de planeación del tratamiento y documentación sobre la mejoría.

Pruebas de personalidad

Las pruebas de personalidad miden los rasgos, las cualidades o los comportamientos que determinan la individualidad de una persona. Estos instrumentos incluyen listados, inventarios de reporte personal y métodos proyectivos, tales como las técnicas para completar frases y pruebas de manchas de tinta. Las pruebas de personalidad se usan para determinar el funcionamiento dentro de un margen de comportamiento normal (por ejemplo, clasificar la asertividad de un candidato a ventas) y también para evaluar comportamientos anormales (por ejemplo, evaluar el grado de depresión de un paciente hospitalizado). En la mayoría de los casos, la evaluación de la personalidad ayuda en la predicción del comportamiento.

Pruebas de intereses y valores

Las pruebas de intereses y valores evalúan la preferencia de un individuo por ciertas actividades o valores. Estas pruebas están basadas en la suposición explícita de que los patrones de intereses y de los valores personales pueden usarse para predecir la satisfacción dentro de ocupaciones específicas. Este tipo de información tiene muchos usos, pero una aplicación que destaca es la de ayudar a las personas examinadas a encontrar una ocupación adecuada. Por ejemplo, la encuesta Campbell sobre las habilidades e intereses (CISS, por sus siglas en inglés); Campbell, Hyne y Nilson, 1992) consiste en 200 reactivos sobre diversas actividades que el examinado clasifica en una escala de seis puntos; dichos reactivos van desde "fuerte agrado" hasta "fuerte desagrado". Algunas de las actividades son semejantes a las siguientes:

Un piloto que pilotea aviones comerciales
 Un biólogo que trabaja en un laboratorio de investigación
 Un detective policiaco que resuelve crímenes

La prueba también incluye 120 reactivos de habilidades que se clasifican en una escala de seis puntos y van desde "experto" (reconocido ampliamente como excelente en esta área) hasta "ninguno" (no tiene habilidades en esta área). Algunas de las habilidades son semejantes a las siguientes:

Ayudar a una familia a resolver sus conflictos
 Hacer muebles usando herramientas de carpintería
 Escribir un artículo para una revista

Las respuestas para los reactivos de habilidades e intereses se comparan con aquellas que sirven para emplear personal exitosamente dentro de ocupaciones específicas y determinar su capacidad en varios campos de trabajo.

Pruebas especializadas

Muchas pruebas están diseñadas para aplicaciones altamente especializadas o que pretenden usarse dentro de subpoblaciones específicas. Los psicólogos clínicos estudiosos pueden entonces reconocer una aplicación apropiada para pruebas como las siguientes, las cuales fueron seleccionadas al azar por parte de Conoley e Impara(1995):

Batería de pruebas de Arizona para los trastornos de la comunicación durante la demencia
 Escala de depresión para los niños
 Cuestionario multifactorial de liderazgo
 Cuestionario sobre el abuso de sustancias (prueba para adultos)

Prueba sobre la capacidad temprana para leer (en el caso de personas sordas o parcialmente sordas)

Prueba sobre la exploración y atención visual

Esta lista es únicamente un ejemplo para ilustrar el increíble margen y diversidad de las pruebas o tests disponibles dentro del campo de la psicología clínica. La existencia de éstas y miles de otras pruebas hace surgir un punto importante acerca de la práctica de las pruebas dentro de la psicología clínica: ¿cómo sabrá el psicólogo si una nueva prueba es buena? Como se discutirá en la siguiente sección, el examinador psicológico deberá ser experto en los estándares de construcción y evaluación de las pruebas.

Construcción y evaluación de pruebas

Las pruebas son inventadas y elaboradas por psicólogos y otros especialistas con base en una o más técnicas para crear pruebas. Las técnicas más comunes para la construcción de pruebas incluyen los métodos guiados por la teoría, los procedimientos empíricos y la aplicación del análisis factorial para los datos preliminares. A continuación se describe cada uno de estos métodos. Por supuesto, algunas pruebas se construyen por medio de la interacción de dos o tres métodos.

Pruebas guiadas por la teoría

El método guiado por la teoría inicia con un listado de las cualidades que el especialista en pruebas busca medir. Supongamos que el diseñador de pruebas desea construir una nueva escala de reporte personal para medir el potencial de liderazgo. La construcción de la prueba se iniciaría con una revisión de la teoría más importante, que podría revelar que el potencial para el liderazgo está caracterizado por la confianza en uno mismo, la resistencia ante la presión, la inteligencia a un gran nivel, la persuasión, la asertividad y la habilidad para sentir lo que otros están pensando y sintiendo. Basándose en esta lista derivada de la teoría, el que crea la prueba podría hacer una serie de preguntas cuya respuesta fuera verdadero-falso, la cual en una base razonable podría cubrir las siguientes cualidades (Gough y Bradley, 1992):

- Por lo general me siento seguro de mí mismo y con confianza. (V)
- Cuando otros están en desacuerdo conmigo, usualmente me mantengo tranquilo o cedo ante sus puntos de vista. (F)

- Creo que estoy claramente por encima del promedio en cuanto a la capacidad intelectual. (V)
- Con frecuencia siento que no me doy cuenta de cómo reaccionan los demás ante las cosas. (F)
- Mis amigos probablemente me describen como una persona fuerte, vigorosa. (V)

La V o la F después de cada afirmación muestra la dirección hacia el potencial de liderazgo. Por obvias razones, este método para el desarrollo de pruebas también es conocido como el método de escala racional.

Una característica importante de las pruebas guiadas por la teoría es que las escalas deben poseer consistencia interna. La *consistencia interna* se refiere a la calidad por la cual los reactivos de una escala individual se correlacionan positivamente entre sí y también con la puntuación total de la escala. De hecho, esta característica necesaria puede servir para seleccionar los reactivos adecuados y para eliminar los reactivos pobres al inicio del desarrollo de la prueba. Se usa el estadístico conocido como *coeficiente alfa* para evaluar la consistencia interna. El coeficiente alfa se calcula a partir de los datos de pruebas de cientos de examinados y puede variar de casi cero a un perfecto 1.0 (nunca logrado). Entre más cercana sea la puntuación a 1.0, mayor será la consistencia interna de la escala. Para las pruebas construidas por medio del método guiado por la teoría descrito aquí, el coeficiente alfa es por lo general de 0.8 a 0.9 o mayor. Un buen ejemplo de una prueba guiada por la teoría es el Inventario multiaxial y clínico de Millón (tercera edición), discutido más adelante.

Pruebas de criterio empírico

En el método empírico, los reactivos de la prueba son seleccionados para su inclusión basándose casi enteramente en su capacidad para separar cierto criterio de una muestra normativa. Por consiguiente, este método es menos dependiente de consideraciones teóricas, juicio racional y de la orientación de expertos. Lo que importa es el desempeño en el mundo real de los reactivos individuales.

El método del criterio empírico se ilustra mejor a través del ejemplo. Supóngase que el diseñador de una prueba desea derivar una nueva escala sobre la depresión basada en un gran banco preexistente de reactivos sobre personalidad, y que tiene una estructura de respuesta verdadero-falso. Se podrían usar los siguientes procedimientos (Gregory, 1996):

1. Se selecciona cuidadosamente un grupo homogéneo de personas que experimenten una depresión

mayor para que contesten los cuestionarios de respuesta verdadero-falso.

2. Para cada reactivo, se compara la frecuencia del grupo de depresión con la frecuencia de la muestra normativa.
3. Los reactivos que muestren una diferencia grande en su frecuencia entre las muestras de depresión y las muestras normativas serán seleccionados para la escala de depresión, tendentes a la dirección favorecida por los sujetos deprimidos (verdadero o falso, según corresponda).
4. Entonces las puntuaciones en bruto de la escala de depresión serán simplemente el número de reactivos contestados en la dirección específica.

El ejemplo más prominente de una prueba desarrollada por medio del método del criterio empírico es el MM-PI-2. Para la mayor parte de las escalas clínicas, la afiliación de los reactivos fue determinada al contrastar las frecuencias de apoyo de los grupos clínicos seleccionados (por ejemplo, hipocondriasis, depresión, personalidad antisocial, esquizofrenia) contra una muestra normativa de adultos. Una consecuencia inevitable de este método de construcción de escalas es que muchos reactivos de las pruebas sirven en más de una escala. Por ejemplo, un reactivo que discrimina a las personas con depresión de los sujetos normales también podría discriminar a las personas con hipocondria de los sujetos normales y, en consecuencia, finalizará siendo asignado a ambas escalas. El traslape del reactivo entre las escalas es una consecuencia inevitable de esta estrategia para desarrollar pruebas.

Pruebas de análisis factorial

El **análisis factorial** es una técnica estadística que es útil para resumir la interrelación entre un gran número de reactivos de prueba en una forma concisa y exacta como preludio para el desarrollo de la escala. Está más allá del alcance de este libro ahondar en los detalles del análisis factorial, pero se pueden usar unas pocas notas y un ejemplo para ilustrar este método. Por ejemplo, el análisis factorial puede ayudar a un diseñador de pruebas a descubrir que la recolección de 200 preguntas de respuesta verdadero-falso representa únicamente cinco variables fundamentales, llamadas factores. El análisis factorial también puede identificar los reactivos específicos que representan mejor a cada una de las cinco variables; información que puede usarse en la construcción de la escala. A partir de este punto, el contenido de los reactivos en cada escala podría usarse para identi-

car lo que se mide. El ejemplo destacado de una prueba desarrollado por medio de un análisis factorial es la Prueba sobre los 16 factores de la personalidad (16PF, por sus siglas en inglés), que será estudiado más adelante.

Por supuesto, con todas las técnicas descritas aquí, la investigación que está en proceso necesita identificar las propiedades psicométricas de una prueba. En particular, independientemente de la forma en que se haya desarrollado una prueba, se necesitará más investigación para probar su confiabilidad y validez. Trataremos la evaluación de las pruebas psicológicas en la siguiente sección.

EVALUACIÓN DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS

Confiabilidad de las pruebas

Confiabilidad se refiere a los atributos de consistencia con los que una prueba se mide. Cuando todos los otros factores se mantienen constantes, una prueba confiable es aquella que produce resultados idénticos (o al menos altamente similares) en un examinado, de una ocasión a la siguiente. Los expertos en psicometría han inventado varias formas para evaluar la confiabilidad de las pruebas, mismas que revisaremos aquí.

El método más directo para medir la confiabilidad es administrar una prueba dos veces al mismo grupo de sujetos y luego calcular el coeficiente de correlación entre los dos grupos de puntuaciones. Esto es conocido como **confiabilidad test-retest**, y los resultados pueden variar desde un sombrío 0.0 (con ninguna confiabilidad) a un teóricamente posible 1.0 (confiabilidad perfecta). Cuando se usan los resultados de una prueba para tomar decisiones acerca de los individuos, un lineamiento aceptado es que su confiabilidad deberá ser de 0.90 o mayor. Guilford y Fruchter (1978) ofrecen el siguiente consejo:

Existe cierto consenso en que para ser muy exacto en una medición de las diferencias de un individuo en algunas características, la confiabilidad deberá estar por encima de 0.90. Sin embargo, lo cierto es que muchas pruebas estandarizadas con confiabilidad tan baja como 0.70 han probado ser muy útiles. Y pruebas con confiabilidades más bajas pueden ser útiles en investigación (p. 87).

Se pueden usar muchos otros métodos para evaluar la confiabilidad de una prueba o escala. Un método popular es administrar el instrumento una sola vez a un grupo grande de sujetos y luego correlacionar las puntuaciones de una mitad de la escala (por ejemplo, los reactivos pares) con las puntuaciones de la otra mitad

de la escala (por ejemplo, los reactivos nones). Esto es conocido como el *método por mitades*. Dado que la correlación inicial es derivada únicamente sobre una mitad del número total de reactivos, se necesita un ajuste estadístico menor (la fórmula Spearman-Brown) para estimar la confiabilidad de toda la escala. Un método relacionado que se mencionó antes es el método de la consistencia interna, en el que se calcula un índice especializado de confiabilidad del **coeficiente alfa**. El método por mitades y el coeficiente alfa están relacionados; de hecho, se puede mostrar que el coeficiente alfa es el promedio de todos los coeficientes de confiabilidad posibles del método por mitades.

Para las pruebas en las que se necesita el juicio del examinador para obtener las puntuaciones, también es necesario el cálculo de la confiabilidad entre estimadores. Este es un procedimiento directo en el que una gran muestra de pruebas es calificada independientemente por dos o más examinadores y luego se correlacionan las puntuaciones de los pares de examinadores. La confiabilidad entre estimadores complementa otros estimados de confiabilidad, pero no los reemplaza.

Se necesitan observar algunas precauciones al evaluar la confiabilidad de las pruebas psicológicas. La confiabilidad test-retest será falsamente baja si está basada en una muestra de sujetos para los que hay una restricción del margen sobre las características a medir. Así, sería insensato evaluar la confiabilidad test-retest de una prueba de inteligencia basándose en los resultados de estudiantes en un programa para niños superdotados y talentosos. Otra situación que llama la atención a ser cautos es la evaluación de las pruebas de velocidad, ya que en ellas la puntuación está basada principalmente en el número de reactivos completados. En este caso, el método par-impar para la confiabilidad del método por mitades producirá un resultado bastante falso para la confiabilidad de la prueba.

Evaluación de la validez de la prueba

La **validez** de una prueba se refiere a qué tanto mide eso lo que se desea medir. Aunque hasta cierto punto la validez puede evaluarse por medio de criterios estadísticos, la validez de una prueba recae finalmente sobre la acumulación de los hallazgos de las investigaciones. Como lo expresó Anastasi (1986), "la validez es una cosa viviente; no se muere ni se embalsama cuando la prueba es publicada". Por consiguiente, la validación de una prueba es un proceso en desarrollo que inicia

con la construcción de la prueba y continúa a través de la vida de la misma.

Tradicionalmente, los diferentes modos para acumular la evidencia de la validez han sido catalogados en las "tres V":

- Validez de contenido
- Validez relacionada con el criterio
- Validez de constructo

Otro concepto que requiere una breve mención es la validez nominal, que no es en realidad una forma técnica de validez pero es, no obstante, un asunto esencial de las relaciones públicas. Una prueba posee validez nominal si les parece válida a los usuarios (es decir, a los que utilizan la prueba para conseguir datos sobre los resultados), a quienes la aplican, y especialmente para los que la toman o la responden. La validez nominal es importante debido a que ayuda a asegurar que una prueba sea aceptada y usada.

La **validez de contenido** se refiere al grado en que las preguntas, reactivos o tareas que hay en una prueba son representativos de la clase de comportamientos que el diseño de dicha prueba permite muestrear. Un método para la validez de contenido es la construcción anticipada de una tabla de especificación de dominio que identifique claramente las subáreas de contenido que el diseñador de la prueba espera medir. Por ejemplo, en el diseño de una prueba de logro sobre la historia antigua estadounidense, el diseñador podría especificar cuatro dominios: el periodo colonial, la revolución estadounidense, la expansión occidental y la guerra civil. La validez de contenido podría asegurarse diseñando preguntas que toquen estos cuatro dominios. Dicha validez es sobre todo un llamado al juicio del diseñador de la prueba y por lo regular no se reduce a un solo número. Frecuentemente se establece un panel de expertos para confirmar que los reactivos en efecto pertenecen a los dominios predeterminados.

La **validez relacionada con el criterio** es demostrada cuando una prueba es efectiva para estimar el desempeño de un sujeto sobre la medición de un resultado relevante. En un método para la validez relacionada con el criterio conocido como **validez concurrente**, las puntuaciones de las pruebas son comparadas con un criterio relevante externo. Por ejemplo, los resultados de una prueba de diagnóstico psiquiátrico resuelta con lápiz y papel se puede comparar con el diagnóstico real recibido de los psicólogos. Por supuesto, estos profesionales no deberán tener acceso a los resultados de la prueba; de otro modo se comete un error conocido co-

mo "contaminación del criterio". Otro ejemplo de la validez concurrente es correlacionar los resultados de una prueba nueva con una prueba existente administrada al mismo tiempo. En este caso, la relación deberá ser sustancial, en el orden de $r = 0.7$ o más alto, para establecer la validez concurrente del nuevo instrumento.

Otro método para la validez relacionada con el criterio es la **validez predictiva**. En este caso se obtienen los criterios de medición en el futuro; frecuentemente meses o años después de que fueron obtenidas las puntuaciones de las pruebas originales. Muchas pruebas de admisión a la universidad siguen este modelo, en el que las puntuaciones obtenidas de las pruebas en la preparatoria se correlacionan tiempo después con el punto promedio del grado universitario con el propósito de validar los instrumentos. Los resultados confirmatorios para la validez predictiva con frecuencia son más bajos que para la validez concurrente, en un rango de 0.3 a 0.7.

El último tipo de validez es la **validez de constructo**. Un constructo es una cualidad o rasgo teórico, intangible, en el que las personas difieren (Messick, 1989). La mayoría de las pruebas psicológicas están diseñadas para medir constructos, los ejemplos incluyen depresión, inteligencia, capacidad de liderazgo y hostilidad sobrecontrolada. La validez de constructo se refiere a si los resultados de las pruebas de varias fuentes obedecen a un patrón teóricamente sensible. No hay un método único para evaluar la validez de constructo. En lugar de eso, la evidencia de este tipo de validez siempre descansa en un programa de investigación. Aquí están algunos ejemplos de los tipos de hallazgos que podrían indicar que una nueva escala posee validez de constructo (Gregory, 1996):

- La escala parece ser homogénea y, por consiguiente, mide un constructo único.
- Los cambios en el desarrollo a través del tiempo o a través de sujetos de diferentes edades son consistentes con la teoría del constructo que será medido.
- Las diferencias entre los grupos bien definidos sobre la prueba son consistentes con la teoría.
- Los efectos de la intervención producen cambios en las puntuaciones de la prueba que son consistentes con la teoría.
- La escala se correlaciona más fuertemente con los instrumentos relacionados que con los instrumentos no relacionados.
- El análisis factorial de las puntuaciones de la prueba produce resultados que son sensibles a la luz de la teoría para la que la escala fue producida.

Usted notará que alguno de los criterios presentados aquí también pueden ser discutidos bajo la validez de contenido y la validez relacionada con el criterio. Esto se debe a que la validez de constructo abarca estos otros tipos de validez. Dicha validez es el concepto unificado por el que se muestra que los resultados de las pruebas son significativos y, por tanto, es considerado el más importante de los métodos para la validación de las pruebas.

PRUEBAS DE INTELIGENCIA

Aunque existen cientos de pruebas de aplicación *grupal* de inteligencia disponibles para la práctica clínica, el número de pruebas *individuales* es mucho más pequeña (actualmente se cuenta con menos de una docena [véase la tabla 3.1]). De este número, los psicólogos prefieren principalmente las escalas de Wechsler y de Stanford-Binet en su cuarta edición. Nos enfocaremos a estos instrumentos, pero también se mencionarán otras pruebas de inteligencia que son innovadoras y útiles.

Escalas Wechsler: WPPSI-R, WISC-III, y WAIS-R/III

Aunque David Wechsler no fue el primer estadounidense creador de una escala para medir la inteligencia,

la familia de escalas relacionadas que creó ha dominado el campo de las pruebas clínicas desde los años cincuenta. Cuando comenzó a trabajar en su primer instrumento en 1932, concibió una metodología elegantemente simple que consistía en casi una docena de subescalas divididas en secciones verbales y de ejecución. Dentro de una subescala individual, el examinador inicia con reactivos sencillos y procede hasta un número predeterminado de fallas y luego continúa con la siguiente subescala. Al terminar, cada prueba Wechsler ofrece una serie de puntuaciones para las subescalas, normadas para una media de 10 y una desviación estándar de 3, CI verbal, CI de ejecución y CI de escala completa, cada una con la conocida media de 100 y la desviación estándar de 15. Estas características han permanecido constantes en varias ediciones de estos tres instrumentos (una sagaz decisión de mercadotecnia que ayuda a explicar su enorme popularidad). Las versiones actuales incluyen la Escala Wechsler de inteligencia para niveles preescolar y primaria (versión revisada) (WPPSI-R, por sus siglas en inglés); la escala Wechsler de inteligencia para niños (tercera edición) (WISC-III, por sus siglas en inglés), y la escala Wechsler de inteligencia para adultos (versión revisada) (WAIS-R, por sus siglas en inglés), que fue publicada en una nueva

Tabla 3.1 Resumen de las pruebas de inteligencia individuales que actualmente están en uso

WAIS-III	1997	Escala Wechsler de inteligencia para adultos-III; edades de 16 a 89 años; una ligera revisión y extensión de la altamente popular WAIS-R (1981).
KAIT	1992	Prueba Kaufman de inteligencia para adolescentes y adultos; edades de entre 11 años y mayores; basada en el modelo Cattell-Horn de inteligencia fluida/cristalizada.
WISC-III	1991	Escala Wechsler de inteligencia para niños (tercera edición); edades de 6 a 16.5 años, estandarizada junto con la prueba Wechsler de logro individual (WIAT).
DTLA-3	1991	Pruebas Detroit sobre las aptitudes para el aprendizaje, tercera edición; edades de 6 a 17 años; el número de calificaciones compuestas (16) excede el número de subescalas (11).
DAS	1990	Escalas sobre la habilidad diferencial; edades de 2.5 a 18 años; las subescalas poseen un alto grado de especificidad, el cual es inusual.
K-BIT	1990	Prueba breve de inteligencia de Kaufman; edades de 4 a 90 años; esta breve prueba de filtración (de 15 a 30 minutos) tiene una excelente confiabilidad y validez.
WPPSI-R	1989	Escala Wechsler de inteligencia para niveles preescolar y primaria, edición revisada; edades de 3 a 7 años 3 meses; es un excelente pronosticador a largo plazo de la inteligencia y del desempeño escolar.
SB:FE	1986	Stanford-Binet, cuarta edición; edades de los 2 años a la edad adulta; una medida excelente de la inteligencia general, pero su estructura factorial continúa en debate.
K-ABC	1983	Batería de pruebas Kaufman de evaluación para niños; edades de los 2.5 a los 12.5 años; una prueba intrigante basada en la distinción entre el procesamiento simultáneo y el sucesivo.
SIT	1983	Prueba Slosson de inteligencia; edades de los 2 años a la edad adulta; una breve prueba basada en los programas de Stanford-Binet y Gesell.
WAIS-R	1981	Escala Wechsler de inteligencia para adultos, edición revisada; edades de los 16 años a la edad adulta; una prueba excelente de la inteligencia de los adultos que ha sido reemplazada por la WAIS-III (1997).
MSCA	1972	Escalas McCarthy de habilidades para niños; edades de los 2.5 a los 8.5 años; una buena medida de la inteligencia general que necesita revisarse y volverse a estandarizar.

edición (WAIS-III) a finales de 1997. Estas pruebas fueron diseñadas para poblaciones preescolares y de primaria; y para poblaciones de adolescentes/adultos, respectivamente, con cierto traslape en los rangos de edad entre las pruebas adyacentes. Aquí enfocamos nuestra atención en la WAIS-R y WAIS-III; y le recordamos que la WPPSI-R y la WISC-III son similares en el método (con un nivel de dificultad apropiado a la edad y pocas modificaciones en las subescalas).

La WAIS-R consiste en 11 subescalas, que alternan entre seis subescalas verbales y cinco subescalas de ejecución (véase la tabla 3.2). La WAIS-III incluye algunas subescalas adicionales desarrolladas para evaluar las habilidades sobre un tercer factor hipotético (atención/memoria de trabajo) y un cuarto factor (velocidad del procesamiento de la información). Ambas pruebas están diseñadas para edades de 16 años y más. Además de las puntuaciones en las 11 subescalas, la WAIS-R proporciona tres puntuaciones resumidas: CI verbal, CI de ejecución y CI de escala completa. La WAIS-III permite un modelo alternativo en el que cuatro puntuaciones compuestas también son informadas:

comprensión verbal, organización perceptual, memoria de trabajo y velocidad de procesamiento. Las tres puntuaciones de CI tradicionales (verbal, de ejecución, escala completa) demuestran una confiabilidad excepcionalmente fuerte, con coeficientes de test-retest tan altos como 0.97 para el CI verbal y el CI de escala completa. Desde un punto de vista práctico, esto significa que las calificaciones de CI verbal y de escala completa se pueden considerar precisas dentro de un rango de más o menos 5 puntos. La confiabilidad del CI de ejecución es un poco más baja, aproximadamente de 0.90, pero sigue siendo alta. De hecho, por medio del criterio psicométrico tradicional (consistencia interna test-retest), la confiabilidad de los CI de la WAIS-R y la WAIS-III es tan buena como podría esperarse de un instrumento que toma menos de 90 minutos para administrarse.

La validez de la WAIS-R/III está fuertemente apoyada por su correlación sustancial con otras pruebas de inteligencia (de 0.8 a 0.9 en muchos estudios) y por su capacidad para predecir criterios relacionados con la inteligencia, tales como la clasificación en preparatoria y las calificaciones universitarias. Las puntuaciones de las pruebas y subescalas en varios grupos de personas

Tabla 3.2 Subescalas y reactivos típicos en la WAIS-R y la WAIS-I

SUBESCALA	REACTIVOS TÍPICOS
Vocabulario	Defina: verano, circunferencia, histriónico, sinónimos, ruidoso.
Información	¿Cuál es el elemento más común en el aire? ¿Cuál es la población del mundo? ¿Cómo se convierte el jugo de las frutas en vino? ¿Quién escribió Madame Bovary?
Comprensión	¿Por qué la gente utiliza ropa? ¿A qué se refiere el refrán: "más vale pájaro en mano, que un ciento volando"? ¿Por qué se nombra en forma vitalicia a los jueces de la Suprema Corte?
Aritmética	Si tiene quince manzanas y regala siete, ¿cuántas le quedan? John compró un estéreo con un descuento del 15 por ciento de su precio de venta original, que era de \$600. ¿Cuánto pagó John por el estéreo?
Semejanzas	¿En qué se parecen las camisas y los calcetines? ¿En qué se parecen un libro y un periódico? ¿En qué se parecen una caja y un costal?
Retención de dígitos	Repetir de dos a nueve números dígitos hacia delante, y luego los mismos en orden inverso.
Diseño con cubos	Organizar 4 bloques para hacer coincidir patrones de 2 x 2; luego 9 bloques para patrones de 3 x 3.
Ensamble de objetos	Ensamblar piezas para formar objetos comunes, por ejemplo, zapatos, bicicletas, gatos, rostros humanos.
Cómo ordenar dibujos	Organizar de cuatro a seis dibujos de manera que bosquejen en forma creciente historias complejas.
Figuras incompletas	Encontrar la parte faltante en figuras que van incrementando su complejidad.
Dígito-símbolo	Copiar diseños asociados con dígitos del 1 al 9 tan rápido como sea posible.

Nota: Además de las subescalas centrales presentadas aquí, la WAIS-III incluye una matriz de razonamiento y subescalas opcionales diseñadas para evaluar la atención y la velocidad de procesamiento.

también son consistentes con las teorías predominantes de inteligencia, que apoyan la construcción de la validez del instrumento. Por ejemplo, las subescalas del WAIS-R que confían en la recuperación de las respuestas aprendidas revelan bastante menos declive en edades avanzadas que las subescalas que requieren la solución de problemas novedosos (Sattler, 1982). Este hallazgo ha sido ampliamente comprobado en las investigaciones gerontológicas y coincide con la teoría de la inteligencia de Cattell-Horn (Horn, 1994).

La WAIS-R es, con seguridad, una prueba excelente para la evaluación clínica de la inteligencia de adultos, pero no es un instrumento perfecto. Una de sus debilidades notables es una anomalía extraña en las puntuaciones de las pruebas para adolescentes en la muestra de estandarización, que sugiere que estos individuos no pueden ser representativos de la población total. La estandarización de la WAIS-III, la sucesora de la WAIS-R, fue planeada cuidadosamente para eliminar las preocupaciones acerca de la representatividad de la muestra de estandarización. Esta muestra incluyó 2,450 personas que abarcaban edades de los 16 a los 89 años. La muestra fue estratificada en sexo, nivel educativo, origen étnico y región del país. Para estas variables, los sujetos en el grupo de estandarización reflejaron estrechamente los censos resultantes para la población estadounidense.

Stanford-Binet (cuarta edición)

La prueba Stanford-Binet, ahora en su cuarta edición, es la prueba de inteligencia individual más antigua que existe en la actualidad. Basada en una revisión de las escalas originales Binet-Simon, la primera edición de la prueba fue producida por Lewis Terman en la Universidad de Stanford en 1916. La versión actual es sustancialmente más intrincada, abarca más aspectos que sus predecesoras. Mientras que la primera, segunda y tercera edición (publicadas en 1916, 1937 y 1960) incluían únicamente una puntuación de CI global, la cuar-

ta edición consiste en 15 subescalas organizadas en cuatro áreas: verbal, visual/abstracta, cuantitativa, y de memoria a corto plazo (ver tabla 3.3). La prueba está diseñada para edades de 2.5 años y mayores. No todas las subescalas son adecuadas para todos los niveles de edad. Como consecuencia, se le administran al examinado de 8 a 10 subescalas (dependiendo de su nivel de edad). Esto hace más manejable la prueba, pero también introduce un problema: la falta de una batería o serie comparable a lo largo de todos los niveles de edad cubiertos por la prueba. No se les administran las mismas subescalas a los examinados jóvenes que a los examinados adultos, lo que significa que la prueba mide distintos aspectos de inteligencia dependiendo las diferentes edades.

La prueba Stanford-Binet, cuarta edición (SB:FE, por sus siglas en inglés) produce hasta 10 puntuaciones de subescalas, 4 puntuaciones de área y una puntuación compuesta (que ya no se llama CI) basadas en la prueba completa. El instrumento posee cualidades psicométricas muy fuertes, al menos en lo que se refiere a la puntuación global. La muestra de estandarización es excelente, la confiabilidad de la puntuación compuesta es sustancial (con coeficientes test-retest en los 0.90 para la mayor parte de los grupos de edades), y la prueba es claramente válida como una medida de la inteligencia general. Sin embargo, es cuestionable si la inteligencia puede ser dividida de manera tajante en las cuatro áreas pretendidas por los autores de la prueba. La mayoría de los investigadores prefieren un modelo de dos factores (verbal, no verbal) para sujetos de hasta 6 años de edad, y un modelo de tres factores (verbal, no verbal y memoria) para los niños de 7 años de edad y mayores (Laurent, Swerdlik y Ryburn, 1992).

La SB:FE posee varias ventajas sobre las escalas Wechsler más ampliamente usadas. Por una parte, la prueba ofrece un buen número de reactivos muy sencillos en la mayoría de las subescalas, lo cual permite al examinador obtener una evaluación más precisa del

Tabla 3.3 Las cuatro áreas de contenido y las quince subescalas de la prueba Stanford-Binet, cuarta edición.

RAZONAMIENTO VERBAL	RAZONAMIENTO CUANTITATIVO	RAZONAMIENTO VISUAL/ABSTRACTO	MEMORIA A CORTO PLAZO
Vocabulario	Cuantitativo	Análisis de patrones	Memoria de cuentas
Comprensión	Series de números	Copiado	Memoria de oraciones
Disparates	Construcción de ecuaciones	Matrices	Memoria de dígitos
Relaciones verbales		Doblar/cortar papel	Memoria de objetos

funcionamiento de bajo nivel en los niños y los jóvenes adultos. Otra ventaja es que la prueba incluye cuatro subescalas que abarcan los diferentes tipos de memoria a corto plazo.

Por consiguiente, la SB:FE es el instrumento de elección cuando el motivo de la referencia incluye la sospecha de trastornos de la memoria.

Otras pruebas de inteligencia

Alan Kaufman ha diseñado varias pruebas innovadoras de inteligencia que están ganando popularidad. La batería de pruebas Kaufman de evaluación para niños (K-ABC, por sus siglas en inglés) fue la primera prueba de inteligencia construida dentro del enfoque de la neuropsicología moderna (Kaufman y Kaufman, 1983a, 1983b). Muchas de sus subescalas son semejantes a las pruebas neuropsicológicas. Una subescala llamada reconocimiento facial, que evalúa la habilidad de reconocer a una persona a través de diferentes fotografías, tiene una naturaleza explícitamente neuropsicológica. Una prueba muy similar se encuentra en una reciente batería de pruebas neuropsicológicas (Benton, Hamsher, Varney y Spreen, 1983). Otra subescala es la conocida como movimientos de mano, en la que los sujetos deben imitar las secuencias de los movimientos de la mano, que involucran el puño, la palma y la parte lateral de la mano.

La K-ABC incluye una escala de procesamiento secuencial (los movimientos de la mano ilustran estas subescalas) y una escala de procesamiento simultáneo (el reconocimiento facial ilustra estas subescalas). Todas las subescalas están ligadas en cierta forma a conceptos neuropsicológicos de procesamiento secuencial o simultáneo y, como tales, se piensa que son más relevantes para la planeación educativa que las subescalas tradicionales verbales y de ejecución. Además, la prueba incluye una escala de logro con contenido más tradicional, como son las subescalas de vocabulario, aritmética y lectura.

Una característica desconcertante de la K-ABC es que la disparidad en las puntuaciones globales entre los niños blancos y los niños de grupos minoritarios es mínima, en el orden de los 5 puntos (Kaufman, Kamphaus y Kaufman, 1985). Ésta es mucho más pequeña que la de pruebas tales como la WISC-III y la Stanford-Binet, cuarta edición, cuyas diferencias entre puntuaciones son por lo regular del orden de los 15 puntos, en favor de los blancos. Otra característica notable de la prueba

es que los niños la encuentran especialmente atractiva debido a sus motivaciones novedosas.

Kaufman también ha diseñado una breve prueba de inteligencia adecuada para niños y adultos (Kaufman y Kaufman, 1990; Kaufman y Wang, 1992). Como su nombre lo sugiere, la Prueba breve de inteligencia de Kaufman (K-BIT, por sus siglas en inglés) es una pequeña prueba de inteligencia adecuada como medida de evaluación. La prueba incluye una sección de vocabulario y una de matrices. La prueba de vocabulario consiste en dos partes: vocabulario (nombrar fotos) y definiciones (decir una palabra basado en una breve frase y en su pronunciación parcial). La prueba de matrices requiere solucionar analogías 2 x 2 y 3 x 3 usando estímulos abstractos. La K-BIT está normada para sujetos de 4 a 90 años de edad y se puede administrar en un tiempo que va de 15 a 30 minutos. La confiabilidad de consistencia interna es excelente (.94 para los resultados compuestos en general), y la validez concurrente con instrumentos establecidos tales como la WAIS-R y la K-ABC es muy fuerte.

PRUEBAS NEUROPSICOLÓGICAS

La característica distintiva de las pruebas neuropsicológicas es que se conoce que el desempeño que se tenga en ellas es sensible a los efectos del daño cerebral. De hecho, el propósito original de estos instrumentos fue ayudar a diagnosticar trastornos neurológicos. Los expertos, como Ralph Reitan, pueden hacer inferencias muy precisas como la localización, tipo y causa de las lesiones cerebrales. En el inicio, la evaluación neuropsicológica brindó información valiosa del diagnóstico para los neurólogos y neurocirujanos.

Con el advenimiento de las técnicas ultrasofisticadas de imagen cerebral tales como la resonancia magnética (RM) y la tomografía computarizada (TC), el papel de las pruebas neuropsicológicas ha cambiado de la perspectiva médica de diagnóstico a la perspectiva psicológica de evaluación y planeación del tratamiento. Ya no tiene sentido pedirle al neuropsicólogo que localice un tumor cuando la RM puede proporcionar mapas detallados con alta resolución del cerebro que revelan anomalías más pequeñas que la goma de un lápiz.

Los resultados de las pruebas neuropsicológicas ahora otorgan una base para la planeación, rehabilitación y evaluación del tratamiento del paciente (Lezak, 1995). La función más importante de los resultados de

las pruebas neuropsicológicas es que pueden identificar y medir las consecuencias del daño cerebral en el comportamiento. Esta información, a su vez, proporciona una base para planear las intervenciones y después evaluar si éstas han surtido el efecto deseado.

Pruebas neuropsicológicas individuales

Un método para la evaluación neuropsicológica es hacer baterías o series de pruebas a la medida de las necesidades específicas del paciente individual. Para este método, un psicólogo puede elegir entre cinco y diez instrumentos relevantes de cientos de pruebas disponibles, tales como las que se encuentran en la revisión enciclopédica de Lezak (1995). De hecho, el número y tipos de pruebas neuropsicológicas es tan vasto que aquí sólo podemos proporcionar unos pocos ejemplos representativos.

Tarea de adición serial auditiva moderada

La tarea de adición serial auditiva moderada (PASAT, por sus siglas en inglés) fue diseñada originalmente como un medio para seguir la recuperación de los pacientes que habían sufrido una forma de lesión en la cabeza, relativamente menor, conocida como contusión. Ésta es una alteración transitoria de la conciencia debida a un golpe en la cabeza. Las consecuencias temporales con frecuencia incluyen amnesia, mareos, náuseas, pulso débil y respiración lenta. La mayoría de las personas se recuperan completamente de las contusiones, pero el tiempo necesario para recuperarse puede variar de horas a meses. La PASAT es útil para determinar si las capacidades de atención y concentración de un paciente han regresado a la normalidad.

La prueba requiere un equipo sencillo: cinta de audio, reproductor de cintas y hoja de respuestas para el examinador. Después de explicar cuidadosamente las instrucciones, el examinado escucha una serie de dígitos presentados en la cinta de audio y mentalmente suma cada par de dígitos de manera sucesiva. Por ejemplo, si los números presentados son "...4...2...8...3...5..." el examinado respondería "...6...10...11...8...".

Después de un periodo de práctica, la prueba inicia con la presentación de 61 dígitos, uno cada 2.4 segundos. Ésta es la primera de cuatro series, cada una consiste en 61 estímulos que requieren 60 sumas. La velocidad de presentación aumenta en cada serie: 2.4, 2.0, 1.6, y 1.2 segundos entre cada dígito. La prueba PASAT produce cuatro puntuaciones: el porcentaje de respues-

tas correctas en cada una de las cuatro velocidades de presentación.

Aunque la prueba es conceptualmente simple, los requerimientos de procesamiento de información son complejos. El examinado debe mantener dos números en la memoria auditiva de corto plazo, sumarlos, mencionar la respuesta, retener el último de los dos números, mencionar la respuesta, anexar el siguiente dígito a la memoria a corto plazo y luego iniciar el ciclo nuevamente. Algunas de estas actividades mentales deben procesarse en paralelo (simultáneamente) más que en una secuencia simple. Las personas con funciones cerebrales dañadas encuentran a la PASAT extremadamente difícil —con frecuencia, imposible.

Se utilizan extensas normas respecto a la edad para determinar si el desempeño es el típico del funcionamiento normal o es indicativo de daño cerebral prolongado. La prueba PASAT es altamente sensible a los efectos de la contusión e identifica pacientes con presencia de daño cerebral mucho mejor que otras medidas neuropsicológicas (Stuss, Stethem, Hugenholtz y Richard, 1989). Debido a que el desempeño declina con la edad y mejora con la práctica, los psicólogos clínicos deben utilizar normas de edad apropiada y ajustar las puntuaciones de la práctica al interpretar los resultados de la prueba PASAT.

Escala de memoria Wechsler (edición revisada)

Los pacientes con daño cerebral frecuentemente se quejan de problemas de memoria, pero también las personas deprimidas y otros que supuestamente no deben tener dificultades memorísticas. Una prueba bien validada de la memoria puede ayudar al clínico a evaluar la realidad sobre las sospechas de daño cerebral. La Escala de memoria Wechsler, edición revisada (WMS-R, por sus siglas en inglés, Wechsler, 1987) está entre las mejores pruebas disponibles para tales propósitos (véase la tabla 3.4). La WMS-R es una medida amplia de la memoria que cubre las modalidades auditivas y visuales y examina tanto la memoria inmediata como la tardía. Las 13 subescalas producen puntuaciones de memoria general (que incorporan la memoria verbal y la memoria visual), atención/concentración, y los recuerdos tardíos de la memoria general; las puntuaciones de cada una están basadas en la media familiar de 100 y la desviación estándar de 15. La prueba funciona bien en la identificación de déficits de memoria en el alcoholismo, lesiones de cabeza y otras condiciones que afectan a la memoria (Reid y Kelly, 1993).

Tabla 3.4 Subescalas componentes de la escala de memoria Wechsler, edición revisada

SUBESCALA	CONTENIDO
Información y orientación	Preguntas simples que cubren los datos biográficos, orientación e información
Memoria lógica I	Recordar dos breves historias leídas al examinado
Asociación de pares verbales I	Aprendizaje asociativo de un par de palabras
Memoria de figuras	Memoria de diseños abstractos
Asociación de pares visuales I	Aprender colores asociados con dibujos de líneas abstractas
Reproducción visual	Dibujar diseños geométricos simples para la memoria
Control mental	Material bien aprendido, como el alfabeto
Intervalo de dígitos	Prueba tradicional de intervalos de dígitos
Memoria lógica II	Recuerdo de memoria lógica I después de un lapso de 30 minutos
Asociación de pares verbales II	Recuerdo de la asociación de pares verbales I después de un lapso de 30 minutos
Asociación de pares visuales II	Recuerdo de la asociación de pares visuales I después de un lapso de 30 minutos
Reproducción visual II	Recuerdo de la reproducción visual I después de un lapso de 30 minutos

La Batería Halstead-Reitan y otras baterías fijas

La evaluación neuropsicológica puede proceder de dos maneras: una batería de pruebas flexible, centrada en el paciente y ajustada a aspectos específicos de la referencia, o una batería de pruebas fija que evalúe el mismo amplio rango de capacidades para cada paciente. Cada método tiene sus fortalezas y debilidades. La batería flexible parece ser más directa y relevante y evita el uso de pruebas innecesarias e inapropiadas; pero debido a que el método no es de intervalo amplio, se pueden pasar por alto áreas de debilidades que no se sospechan. Una ventaja de la batería de pruebas fija es que el examinador se puede hacer un experto en estas pruebas y no necesita mantenerse actualizado sobre las docenas de pruebas que pueden constituir a una batería flexible. Las baterías fijas también tienden a ser de amplio rango, de forma que la evaluación puede ser minuciosa. Sin embargo, la principal desventaja del método fijo es que se pueden pasar por alto áreas de disfunción aisladas que no están cubiertas por la batería.

La batería de pruebas neuropsicológicas Halstead-Reitan (Reitan y Wolfson, 1993) es tal vez la batería de pruebas fija más utilizada. Ciertamente hay más evidencia de la validez de este método que para cualquier otro. Hay tres versiones disponibles que se discuten aquí: niños pequeños (de 5 a 8 años de edad), niños mayores (de 9 a 14 años de edad) y adultos (15 años y más). La parte central de la batería de adultos la constituyen cinco pruebas desarrolladas por Ward Halstead

en los años cincuenta y luego modificadas y extendidas por su alumno, Ralph Reitan, en los años siguientes. La batería completa consiste en estas cinco medidas junto con varias pruebas auxiliares y unas pocas mediciones tradicionales tales como la WAIS-R (véase la tabla 3.5). La batería completa toma aproximadamente seis horas para administrarse. Una desventaja es que los objetos clave de la batería no son portátiles. En particular, la prueba de categorías consiste en una caja de madera sumamente grande con un proyector de carrusel unido en la parte trasera.

La Halstead-Reitan provee un caudal de datos que son resumidos en 42 variables calificadas entre 0 (perfectamente normal) y 3 (severamente dañado). La suma de estas calificaciones, es decir, la Escala general de déficit neurológico, tiene aproximadamente 90% de exactitud en la clasificación de los examinados como normales en contraste con el daño cerebral. En manos de un neuropsicólogo bien entrenado, la batería de pruebas también brinda suficiente información para hacer inferencias razonables acerca de la naturaleza de cualquier problema neurológico. Por ejemplo, aquí presentamos un comentario de Reitan sobre los resultados de una batería de pruebas:

Para muchos psicólogos, el asunto confuso sobre la interpretación de los resultados de W. L. podría ser el hecho de realizar una integración significativa de las bajas y altas puntuaciones. W. L. obviamente respondió muy bien en muchas de las pruebas, incluyendo algunas de las más sensibles para el daño y las enfermeda-

Tabla 3.5 Pruebas y procedimientos de la batería de pruebas neuropsicológicas Halstead-Reitan

Prueba de categoría	Medición del razonamiento abstracto y la formación de conceptos que requiere que el examinado encuentre la regla para dar una categoría a las imágenes de formas geométricas.
Prueba del desempeño táctil	Medida de las habilidades anestésicas y sensoriomotoras; el examinado con los ojos vendados coloca con la mano con la que más fuerza tiene algunos bloques dentro de ciertos huecos en una tabla, luego con la otra mano, y finalmente con ambas; también prueba la memoria incidental con los bloques.
Prueba de percepción de los sonidos del lenguaje	Mide la atención y la síntesis visual-auditiva; requiere que el examinado seleccione de cuatro opciones reproducidas en una cinta, la versión escrita de palabras que carecen de sentido
Prueba Seashore de ritmo	Mide la atención y la percepción auditiva; el examinado escucha una cinta de pares de ritmos musicales y responde si son "similares" o "diferentes".
Prueba donde se observa el golpeteo con los dedos	Medición de la velocidad motora que requiere que el examinado dé golpecitos a una tecla similar a la de un telégrafo, tan rápido como sea posible durante 10 segundos.
Fuerza de sujeción	Mide la fuerza de agarre con un dinamómetro; el examinado aprieta la manija tan fuerte como le sea posible. Se requieren ensayos separados con cada mano.
Trazado de camino, partes A y B.	Mide la habilidad para rastrear, la flexibilidad mental y la velocidad. Bajo presión de tiempo, el examinado debe conectar números (parte A) o números con letras en orden alternado (parte B) con una línea hecha con lápiz.
Reconocimiento de formas por medio del tacto	Medición de las habilidades senso-perceptuales que requiere que el examinado reconozca formas simples (por ejemplo, un triángulo) colocadas en la palma de su mano.
Examen senso-perceptual	Medición de las habilidades senso-perceptuales que requiere que el examinado responda a simples tareas sensoriales bilaterales; por ejemplo, detectar qué dedo fue el que se tocó, con qué oído recibió un breve sonido. También evalúa los campos visuales.
Prueba de evaluación para la afasia	Mide las habilidades de expresión y recepción del lenguaje; las tareas incluyen nombrar la figura de un objeto (por ejemplo, un tenedor), repetir frases cortas, tareas de copiado (no es una medida de la afasia) incluidas aquí debido a razones históricas.
Complementarias	WAIS-R, WRAT-R, MMPI-2, pruebas de memoria como la escala Wechsler de memoria o la prueba de aprendizaje verbal y auditivo de Rey.

Medidas centrales de la batería de pruebas neuropsicológicas Halstead-Reitan

des cerebrales. Sin embargo, en otras pruebas su desempeño fue definitivamente anormal, y fue característico de las respuestas que se ven únicamente en personas con una disfunción cerebral. En este caso, este desempeño se relacionó principalmente con el hemisferio derecho del cerebro, pero el patrón de los resultados de la prueba no podría sugerir la presencia de una lesión cerebral específica enfocada del hemisferio derecho. El patrón general de los resultados es característico y típico de una condición en particular: esclerosis múltiple. (Reitan y Wolfson, 1993.)

Otra batería fija muy usada es la Batería neuropsicológica Luria-Nebraska (LNNB, por sus siglas en inglés), que tiene la ventaja de requerir únicamente de dos a tres horas para administrarse (Golden, 1989). Se encuentran disponibles formas separadas de la LNNB para niños y adultos. La versión de adultos viene sólo en un maletín y consiste en 269 reactivos discretos, calificados con 0, 1 y 2. Aunque es más corta que la ba-

tería Halstead-Reitan y también más portátil, la LNNB no es tan buena en la identificación del tipo, localización y consecuencias del daño cerebral.

PRUEBAS DE PERSONALIDAD

El propósito de las pruebas de personalidad es medir la consistencia y distinción de los rasgos y patrones de acción que caracterizan a cada individuo. Esta información es útil para una variedad de propósitos que van desde la predicción del desempeño en el trabajo hasta el entendimiento de los problemas emocionales. Los psicólogos han sido inusualmente fructíferos en el diseño de medios para medir la personalidad, así que no es posible inspeccionar todo el rango de métodos. En vez de ello, nos enfocamos en los más importantes instrumentos que caracterizan cada uno de las tres principales aproximaciones teóricas para la evaluación de la personalidad: el reporte personal, las técnicas proyectivas y los métodos conductuales.

Inventarios de reporte personal

En un inventario de reporte personal, el examinado responde a declaraciones relativamente objetivas haciendo una elección (verdadero-falso), asignándoles una calificación (nunca, ocasionalmente, frecuentemente) u otras respuestas estructuradas. Por lo común, son pruebas que se responden con lápiz y papel, y son calificadas e interpretadas por medio de una computadora. Los inventarios de reporte personal pueden proveer un vistazo general de muchas dimensiones de la personalidad o enfocarse en un aspecto de la personalidad, tal como la ansiedad, la autoestima o la depresión.

MMPI-2

El Inventario multifásico de personalidad de Minnesota, en su segunda edición (MMPI-2, por sus siglas en inglés) es una revisión y reestandarización realizada en 1989 del MMPI, publicado por vez primera en 1943 (Butcher y Williams, 1992; Graham, 1993). La última edición es un inventario de 567 reactivos de respuesta verdadero-falso diseñado para evaluar las dimensiones clínicas de la personalidad, tales como las preocupaciones de salud, depresión, comportamiento antisocial, esquizofrenia, inconformidad social, abuso de drogas/alcohol y muchas otras áreas discutidas más adelante. Aunque fue diseñado principalmente como una medida de la personalidad anormal, la prueba también provee información acerca del funcionamiento saludable y normal. Los resultados se interpretan en relación a la última muestra normativa de 2,600 adultos que representan aproximadamente a la población general en las variables demográficas principales (ubicación geográfica, raza, edad, nivel de ocupación e ingresos). Aunque las personas con altos niveles educativos están ligeramente sobrerrepresentadas, éstos son los individuos que están con mayor probabilidad de responder el MMPI-2. Esta prueba está dirigida a personas de 18 años y mayores. Para sujetos menores de 18 años se debe usar una versión para adolescentes: el MMPI-A.

El MMPI-2 puede ser calificado en cuatro escalas de validez, 10 escalas clínicas estándar y una lista (siempre en expansión) de escalas complementarias. La información más importante es provista por las escalas de validez y por las escalas clínicas estándar, aunque los asuntos más específicos (por ejemplo, acerca del abuso de las drogas) se pueden verificar con una o más de las escalas suplementarias. La mayor parte de las escalas clínicas fueron diseñadas mediante el método del criterio empírico, en el que las respuestas de la prueba

de grupos clínicos homogéneos fueron contrastadas con sujetos normales para identificar reactivos relevantes de la escala. Por ejemplo, la composición de reactivos de la escala de depresión original de 60 reactivos fue determinada al comparar las frecuencias de respaldo (para cada reactivo) de 50 casos de una depresión relativamente pura con frecuencias de respaldo de 724 sujetos normales. Con la revisión y reestandarización del MMPI-2, se borraron tres de estos reactivos y se cambiaron 2, resultando una escala más corta (de 57 reactivos), pero con un índice más sensible de la depresión.

La tabla 3.6 describe las escalas tradicionales y muestra reactivos similares a los que se encuentran en el MMPI-2. Las puntuaciones en bruto de cada escala se convierten en puntuaciones T con una media de 50 y una desviación estándar de 10. Las puntuaciones que exceden una T de 65 son consideradas clínicamente interesantes debido a que frecuentemente significan la presencia de sintomatología psiquiátrica.

En la figura 3.1 se reproduce un perfil del MMPI-2. Esta paciente era una mujer soltera de 37 años con una historia de enfermedades mentales, incluyendo tres hospitalizaciones por depresión (Butcher, 1990). La paciente exhibió un grado serio de depresión junto con los estados de confusión y desorganización. Experimentaba alucinaciones auditivas y mostraba alguna preocupación suicida. Todos estos problemas son evidentes en su perfil, que muestra elevaciones importantes en la escala 2 (indicando una seria depresión) y en la escala 8 (señalando confusión y desorganización). El perfil también revela elevaciones secundarias en la escala 6 (sugiriendo la probabilidad de rasgos paranoides, que incluyen alucinaciones auditivas) y la escala 0 (indicando un grado disfuncional de introversión social).

De forma creciente, el MMPI-2 y otros inventarios de reporte personal se están interpretando por medio de computadora. Aunque siempre es posible que el psicólogo clínico escriba un reporte individualizado, los reportes presentados por computadora se han hecho tan sofisticados que muchos clínicos están satisfechos de que la computadora haga el trabajo y luego verifican la posibilidad de interpretaciones erróneas. Ésta es una práctica que ocasiona controversia y que también discutiremos más adelante.

NEO PI-R

El MMPI-2 sobresale en la identificación de características psicológicas, pero es menos útil al delinear variaciones en la personalidad normal. El inventario de

Tabla 3.6 Escalas clínicas y de validez y reactivos simulados del MMPI-2

Escalas de validez	Número de reactivos sin responder.
¿? (No puede decirlo)	
M (Mentira)	15 reactivos que indican virtudes poco probables en el sujeto tales como "nunca me enojo con los demás" (verdadero).
F (Frecuencia)	60 reactivos avalados menos de 10% de las ocasiones por sujetos normales, como "escucho voces que me dicen qué hacer" (verdadero).
C (Corrección)	30 reactivos que reflejan una sutil actitud de defensa y renuencia a admitir problemas, como "ocasionalmente me siento con ganas de arrojar cosas" (falso).
Escalas clínicas	
Hi o 1 (Hipocondriasis)	32 reactivos que indican preocupaciones anormales respecto a la propia salud y a las funciones corporales, como "rara vez me preocupo por mi salud" (falso).
D o 2 (Depresión)	57 reactivos que reflejan pesimismo, disforia y sentimientos de desesperanza, como "me siento triste y melancólico la mayor parte del tiempo" (verdadero).
Ht o 3 (Histeria)	60 reactivos que sugieren represión, negación y síntomas que pretenden evitar los conflictos interpersonales o las responsabilidades personales, tales como "trato de ser amistoso con aquellos que me agredieron" (verdadero).
Dp o 4 (Desviación psicopática)	50 reactivos que indican conflictos familiares, emociones superficiales, poca atención de las costumbres sociales y fricciones con la ley, como "rara vez he tenido conflictos con las autoridades" (falso).
Mf o 5 (Masculinidad-feminidad)	56 reactivos que diferencian a los hombres y a las mujeres, como "me agrada reparar cosas" (verdadero, para la masculinidad).
Pa o 6 (Paranoia)	40 reactivos que reflejan la sensibilidad excesiva, suspicacia o delirios de persecución, como "creo que la gente me persigue" (verdadero).
Ps o 7 (Psicastenia)	48 reactivos que muestran temores inusuales, meditación, culpa e indecisión, como "rara vez me descubro preocupándome acerca de las cosas" (falso).
Es u 8 (Esquizofrenia)	78 reactivos que indican delirios, alucinaciones, enajenación y pensamientos o conductas inusuales, como "me siento solo la mayor parte del tiempo" (verdadero).
Hm o 9 (Hipomanía)	46 reactivos que indican hiperactividad, excitación emocional y fuga de ideas, como "mi conversación es más rápida de lo que solía ser" (verdadero).
Is o 0 (Introversión social)	69 reactivos que reflejan si existe o no timidez e introversión, como "me agrada ir a fiestas" (falso).

personalidad NEO (edición revisada) (NEO PI-R, por sus siglas en inglés) podría ser la mejor opción. Esta prueba incorpora décadas de investigación sobre los análisis de factores que tienen que ver tanto con poblaciones de adultos normales como atendidos psicológicamente. El NEO PI-R está basado en un modelo de cinco factores de personalidad que emergen a partir de varias líneas de investigación (Costa y McCrae, 1992). Está disponible en dos formatos paralelos de 240 reactivos cada uno. A diferencia de la mayor parte de los inventarios de reporte personal, que usan un formato de respuesta verdadero-falso, el NEO PI-R emplea una escala de calificación de cinco puntos para los reactivos: fuerte desacuerdo, desacuerdo, neutral, de acuerdo, fuertemente de acuerdo. Los reactivos evalúan variables emocionales, interpersonales, de experiencias, de actitudes y de motivación.

Cada una de las cinco escalas del NEO PI-R está basada en seis subescalas de rasgos (ver tabla 3.7). Esta prueba exhibe propiedades psicométricas excelentes, con confiabilidades de consistencia interna de 0.86 a 0.95 para las escalas y coeficientes de estabilidad test-retest de 0.51 a 0.83 en estudios longitudinales de tres a siete años. La validez del NEO PI-R es también muy fuerte y está basada en las correlaciones con otras medidas, la correspondencia de las calificaciones entre la del sujeto y la de su cónyuge, y la concurrencia del modelo de cinco factores con otras líneas de investigación (Costa y McCrae, 1992; Piedmont y Weinstein, 1993). Una de sus características más atractivas es que las subescalas de rasgos capturan aspectos de la personalidad que son fácilmente entendidos por los psicólogos y personas comunes.

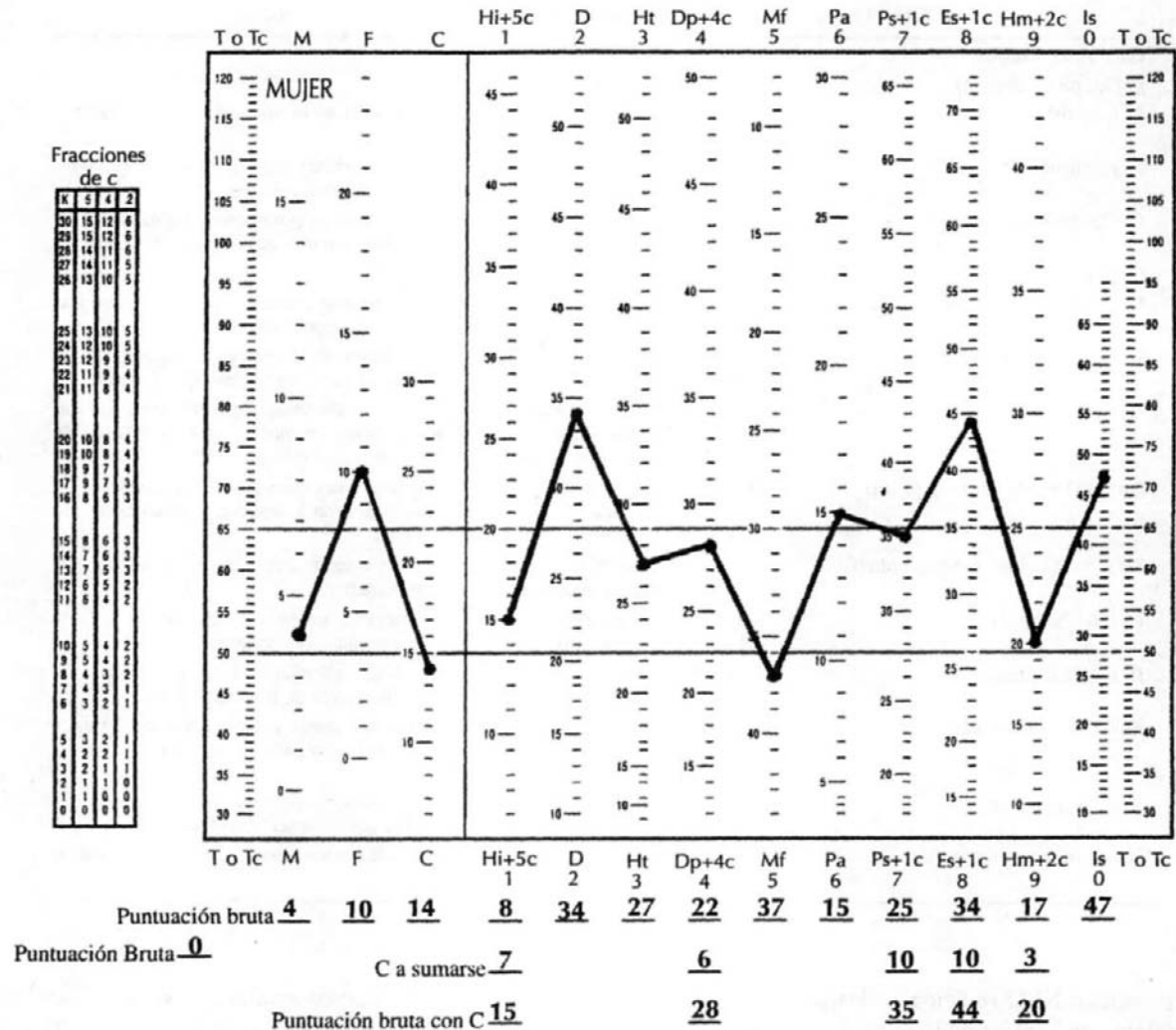


Figura 3.1. Perfil clínico del MMPI-2 de una mujer de 37 años con un historial clínico que manifiesta enfermedad mental.

Fuente: Reproducido con permiso de Butcher, J. N. (1990). *The MMPI-2 in Psychological treatment*. Nueva York: Oxford University Press. Derechos reservados en ©1989 por los miembros del directorio de la Universidad de Minnesota. "MMPI-2" y "Minnesota multiphasic personality inventory-2" son marcas propiedad de la Universidad de Minnesota.

Otros inventarios de reporte personal

Millón desarrolló el Inventario clínico multiaxial, ahora en su tercera edición (MCMI-III, por sus siglas en inglés), para ayudar en la clasificación de los trastornos de la personalidad, tales como el de la personalidad esquizoide, la personalidad límite, la personalidad narcisista y otros (Millon, 1994). Los trastornos de la personalidad no son evaluados explícitamente por los

principales inventarios como el MMPI-2, y esta omisión es la que Millon buscó solucionar con su inventario de 175 reactivos de respuesta verdadero-falso. Muchos clínicos consideran al MCMI-III como un suplemento útil para el MMPI-2 debido a su capacidad para evaluar las influencias que a través de la vida dan forma a los trastornos de la personalidad.

Otra prueba ampliamente usada es el cuestionario de los 16 factores de la personalidad (16PF, por sus

Tabla 3.7 Escalas y subescalas de rasgos del NEO PI-R

ESCALAS	SUBESCALAS DE RASGOS	
Neurosis	Ansiedad	Timidez
	Hostilidad	Impulsividad
	Depresión	Vulnerabilidad
Extroversión	Calidez	Actividad
	Aislamiento	Búsqueda de emociones
	Asertividad	Emociones positivas
Apertura a la experiencia	Fantasia	Acciones
	Estética	Ideas
	Sentimientos	Valores
Conformidad	Confianza	Obediencia
	Sinceridad	Modestia
	Altruismo	Inclinación a la ternura
Escrupulosidad	Competencia	Lucha por logros
	Orden	Autodisciplina
	Obligación	Deliberación

siglas en inglés), un inventario de respuesta verdadero-falso afirmado en una concepción analítica de factores de la personalidad (Cattell, Eber y Tatsuoka, 1970). Esta prueba emplea un formato inusual de reactivos de elección forzada del siguiente tipo:

Tomo las decisiones basado en:

- Los sentimientos
- Los sentimientos y la razón, de manera equitativa
- La razón

En una serie de estudios, Cattell determinó que son necesarias 16 dimensiones de la personalidad para explicar la estructura de las respuestas de la prueba, de allí el nombre de esta prueba. Además de las 16 escalas bipolares que miden atributos como calidez, imposición, impulsividad, sensibilidad e inseguridad, la prueba también proporciona cuatro índices resumidos de extroversión, ansiedad, serenidad e independencia. Dos usos importantes del 16PF se dan en la selección de personal y en la orientación vocacional.

Técnicas y pruebas proyectivas

El término **método proyectivo** fue inventado por Frank (1939) para describir una categoría de pruebas que sirven para estudiar la personalidad con estímulos determinantes no estructurados. La suposición central de este método es que los examinados sin saberlo revelarán

fundamentales aspectos de la personalidad (necesidades, motivaciones y conflictos) al pedirles que respondan a estímulos vagos y ambiguos. Los que proponen el método proyectivo, generalmente creen que las respuestas a tales estímulos representan proyecciones de los procesos mentales y emocionales inconscientes más profundos del examinado.

Rorschach

La prueba proyectiva más usada, en efecto, una de las pruebas más ampliamente usadas de cualquier tipo, es la técnica de la mancha de tinta de Rorschach, diseñada al inicio del siglo XX por Hermann Rorschach (1921). Esta prueba consiste en 10 manchas de tinta diseñadas al dejar caer tinta sobre una hoja de papel y plegando el papel por la mitad para producir diseños más o menos simétricos. Cinco de las manchas de tinta son negras o con tonos de grises, y cinco contienen color. La Rorschach se puede administrar a niños desde 5 años, pero se usa más comúnmente en adultos. En la figura 3.2 se muestra una mancha de tinta similar a las que se encuentran en el Rorschach.

La administración de la Rorschach consiste en dos fases. En la fase de asociación libre, el examinador presenta las manchas una a la vez y pregunta, "¿qué podría ser esto?" Se puede dar más de una respuesta. Esta fase es seguida por otra de preguntas, en la que el examinador determina la localización de la percepción



Figura 3.2 Una mancha de tinta similar a la utilizada en la prueba de Rorschach.

del individuo y busca identificar aquellos aspectos de la mancha (tales como forma, color y matiz) que tomaron parte en la creación de la respuesta.

Aunque la interpretación del Rorschach puede proceder sobre líneas clínicas ("basado en mi entendimiento sobre el proceso del inconsciente, la respuesta 'un gato mostrando sus colmillos' para la lámina podría indicar..."), el método preferible es usar una puntuación formal y un sistema interpretativo como el provisto por John Exner (1991, 1993). En el Sistema amplio de calificación de Exner, cada respuesta del individuo es calificada según su localización, sus determinantes, su contenido, su originalidad y otras variables (véase la tabla

3.8). Después se cotejan las calificaciones individuales para formar varios índices resumidos tales como el porcentaje F+, que es la proporción del total de las respuestas que usan únicamente la forma como determinante. Entonces se usan estos índices para crear hipótesis con una base empírica y razonable acerca del funcionamiento de la personalidad. Por ejemplo, cuando el porcentaje F+ cae por debajo de 70% el examinador debe considerar la posibilidad de una psicopatología severa, daño cerebral o déficit intelectual en el examinado (Exner, 1993).

Prueba de apercepción temática

La Prueba de apercepción temática (TAT, por sus siglas en inglés) consta de 30 figuras que ilustran una variedad de temas y tópicos en fotografías y dibujos en blanco y negro; una lámina es blanca. La mayor parte de las

Tabla 3.8 Resumen de los principales criterios de calificación de la prueba de Rorschach.

I. Localización: ¿en qué parte de la mancha está el concepto percibido?

T	Todo	Usa toda la mancha de tinta
D	Detalles comunes	Usa una parte bien definida
Dpu	Un detalle poco usual	Usa una parte poco usual
E	Espacio	Lo que percibe está definido por el espacio en blanco

II. Determinantes: ¿qué característica de la mancha determinó la respuesta?

F	Forma	Forma o contorno usado
F+	Forma+	Una excelente coincidencia de lo percibido y la mancha de tinta
F-	Forma-	Una pobre coincidencia de lo percibido y la mancha de tinta
M	Movimiento	Se ve o está implícito el movimiento en lo percibido
C	Color	El color ayudó a determinar la respuesta
T	Textura	El matiz involucrado en la respuesta

III. Contenido: ¿qué fue lo percibido?

H	Humano	Se percibe una forma humana completa
Dh	Detalle humano	Una forma humana incompleta de cualquier modo
Ex	Explosión	Se percibe una explosión
Rx	Rayos X	Rayos X de cualquier parte humana: involucra matices

IV. Popular en contraste con original

P	Popular	Respuesta dada por 33% o más de los sujetos normales
O	Original	Una respuesta rara y creativa

Nota: Esta tabla representa un consenso de varios de los principales sistemas de calificación. La lista está incompleta y sólo es ilustrativa.

figuras bosquejan una o más personas realizando diversas actividades ambiguas. Algunas láminas son adecuadas únicamente para adultos hombres (H) y adultos mujeres (M), niños (N) o niñas (G); de tal forma que exactamente 20 láminas son utilizadas para cada sujeto. En la figura 3.3 se muestra una imagen similar a las que conforman la TAT. Para cada lámina, el examinador instruye al sujeto para que invente una historia dramática, explicando qué provocó la escena actual, qué está sucediendo en ese momento, qué están sintiendo y pensando los personajes y cómo finalizará la historia. Las respuestas se graban al pie de la letra para su calificación y análisis posteriores.

Aunque se han propuesto muchos sistemas de calificación para la TAT, el método más común de interpretación es el clínico-cualitativo, en el que el examinador infiere las motivaciones, necesidades y luchas del sujeto sobre la base del contenido de las historias. Un postulado central de este método es la suposición del "héroe", en la que se piensa que el sujeto proyecta sus propias necesidades, luchas y sentimientos sobre el personaje central de cada lámina. Wade y Baker (1977) reportaron que 82% de los usuarios de las pruebas emplean este tipo de procedimiento "personalizado" para la interpretación de la TAT. Desafortunadamente, no hay modo de evaluar la validez de este método debido a que es idiosincrásico para cada examinador y no está abierto para la investigación empírica. Aunque nuevos



Figura 3.3 Una imagen similar a las de la Prueba de apercepción temática.

Fuente: Reproducido con permiso de Gregory, R. J. (1996). *Psychological testing: History, principles, and applications* (2a. ed.). Boston: Allyn and Bacon.

métodos de calificación de la TAT se muestran prometedores, este instrumento necesita una reestandarización tanto en lo que respecta a su forma de aplicación como a su calificación. Otra preocupación acerca de la TAT es que muchas de las imágenes bosquejan temas oscuros y tristes, de modo que la prueba tiende a "empujar" hacia historias infelices. Tal vez sea tiempo de que alguien proponga una versión completamente nueva de la TAT.

Otros métodos proyectivos

Las pruebas de oraciones incompletas son populares debido a que frecuentemente ofrecen información útil con una mínima inversión de tiempo de prueba. En una prueba de oraciones incompletas, al examinado se le dan varias oraciones que consisten en unas primeras pocas palabras y se le pide que las complete con un final. Algunos ejemplos incluyen "Mi madre _____" y "Yo sólo deseo _____". La suposición fundamental de esta técnica es que el examinado revelará motivaciones, actitudes, conflictos y temores subyacentes en sus respuestas. La interpretación puede proceder a través de líneas subjetivas-intuitivas o el examinador puede asignar puntuaciones a cada oración completada de acuerdo con un manual de la prueba. La Prueba de frases incompletas de Rotter (RISB, por sus siglas en inglés) es una técnica para completar oraciones muy popular y ampliamente usada, ofrece un sistema de calificación objetivo por medio del cual cada oración completada recibe una puntuación ajustada de cero (buen ajuste) a 6 (ajuste muy pobre). La suma de todas las puntuaciones para las 40 oraciones brindan un índice de desajuste (Lah, 1986; Rotter y Rafferty, 1950). Este sistema de calificación es altamente confiable, pero su validez como un índice de desajuste es más cuestionable como resultado de los altos porcentajes de errores de clasificación. Por ejemplo, el índice de desajuste clasificó correctamente a jóvenes delincuentes en sólo 60% de las veces, mientras que identificó correctamente a 73% de los jóvenes no delincuentes (Fuller, Parmelee y Carroll, 1982). Estos porcentajes son mucho más bajos para la toma de decisiones individuales o un monitoreo efectivo.

Las técnicas expresivas tales como el dibujar una figura humana constituyen otra familia de pruebas proyectivas ampliamente usadas. En las técnicas más comunes de este tipo se le da al examinado una hoja en blanco de papel y se le pide que "dibuje a una perso-

na". La pionera de este método fue Karen Machover; su prueba, el Dibujo de la figura humana (DAP, por sus siglas en inglés), sigue siendo popular. Su interpretación es enteramente clínica-intuitiva, con fuentes relevantes que proveen numerosas hipótesis basadas psicodinámicamente (Machover, 1949). Por ejemplo, se piensa que la omisión de rasgos faciales indica evasión de las relaciones interpersonales altamente conflictivas; un énfasis gráfico del cuello sugiere ansiedad acerca de la falta de control sobre los impulsos; la boca trazada con una pesada línea cortada indica agresividad verbal y una persona demasiado crítica.

Un problema consistente en las técnicas de dibujo expresivo como el DAP es que se considera virtualmente inexistente un apoyo empírico para las interpretaciones coloridas y plausibles. Cada psicólogo puede citar apoyo anecdótico para las hipótesis específicas, pero éstas pueden ser sólo una validación ilusoria. **La validación ilusoria** es el fenómeno empíricamente demostrado en el que se toman en cuenta los aspectos que confirman lo esperado, pero son ignorados los numerosos hallazgos que contradicen las expectativas (Chapman y Chapman, 1967). No obstante, es posible que la técnica de dibujo de la figura humana posea un fundamento empírico, como lo demostró la exitosa aplicación de este método en la evaluación de trastornos de conducta y trastornos emocionales en niños (Naglieri y Pfeiffer, 1992). Como sucede con todas las técnicas descriptivas, la clave para justificar su uso reside en el desarrollo y validación de un método objetivo de calificación.

Métodos conductuales

Las pruebas conductuales incluyen una variedad de métodos directos para la evaluación de la personalidad. A diferencia de las técnicas de reporte personal y proyectivas, que se enfocan en los rasgos subyacentes, las causas hipotéticas y las dimensiones supuestas de la personalidad, las pruebas conductuales se concentran directamente en el comportamiento. Se puede encontrar una buena revisión de las técnicas conductuales en el *Dictionary of Behavioral Assessment Techniques* (Hersen y Bellak, 1988). Ilustraremos esta familia de métodos describiendo la Prueba sobre la conducta de evitación (BAT, por sus siglas en inglés), un método altamente útil para medir el progreso de un paciente en la superación de miedos, tales como el temor incapacitante a los espacios abiertos conocido como agorafobia.

Hoffart, Friis, Strand y Olsen (1994) diseñaron una BAT estandarizada para pacientes con agorafobia, que es magnífico en su simplicidad:

Se les pidió a los pacientes que caminaran solos tan lejos del hospital como pudieran, a lo largo de un camino poco concurrido de 2 km de largo. La ruta fue dividida en ocho intervalos de igual longitud, y los pacientes calificaron su nivel de ansiedad en una escala del 0-10 al final de cada intervalo. A los intervalos incompletos se les dio una puntuación de 10. Se calculó una puntuación de evitación-ansiedad sumando las puntuaciones de la ansiedad de todos los intervalos.

Usted notará la relación directa entre la meta principal de la terapia (incrementar la capacidad del paciente para aventurarse solo en lugares abiertos) y el desempeño en la prueba. Es característico de las pruebas conductuales incluir, muy directamente, las características deseadas de un resultado terapéutico exitoso.

PRUEBAS PARA POBLACIONES ESPECIALES

Pruebas para personas con discapacidades

Las personas con discapacidades representan un reto especial en las pruebas psicológicas debido a que el deterioro en la audición, la visión, el lenguaje o el control motor pueden invalidar los resultados tradicionales de las pruebas. Se ha desarrollado cierto número de pruebas especializadas para individuos discapacitados, y aquí discutiremos algunas de ellas. Sin embargo, como primer punto, el examinador debe reconocer que un sujeto prospecto tiene una incapacidad (lo que no siempre se nota en forma directa). Particularmente cuando se aplican pruebas en niños, puede necesitarse remitirlos para un examen de la vista o del oído y poder identificar una incapacidad ligera, tal como una pérdida parcial del oído debido a la acumulación periódica de fluidos en esa parte del cuerpo durante los periodos de enfermedad. En otros casos, se puede necesitar un trabajo considerable para confirmar que un adolescente presenta parálisis cerebral leve, que podría invalidar el resultado de pruebas basadas en el desempeño y que requieren destreza y velocidad motora. Hay varias pruebas disponibles cuando la incapacidad del examinado puede invalidar las medidas tradicionales. No podemos revisar todos los instrumentos relevantes, pero unos pocos ejemplos ilustran su variedad.

Para niños de 3 a 17 años con deterioro en el oído, la Prueba Hiskey-Nebraska de aptitudes para el aprendizaje (H-NTLA, por sus siglas en inglés) sirve como medida de la habilidad que se puede tener sin utilizar el lenguaje oral. Esta prueba es única, ya que puede administrarse enteramente a través de mímica y no requiere respuestas verbales por parte del examinado. La H-NTLA consiste en 12 subescalas:

Patrones de cuentas	Patrones de bloques
Memoria de colores	Completar figuras
Identificación de imágenes	Retención de dígitos
Asociación de imágenes	Bloques de rompecabezas
Plegar papel	Analogía de imágenes
Intervalos de atención visual	Razonamiento espacial

La correlación de las puntuaciones globales con el CI de ejecución de la WISC-R es alta ($r = 0.85$), lo que indica que la H-NTLA es una medida excelente de la inteligencia basada en la ejecución o funcionamiento (Hiskey, 1966; Phelps y Ensor, 1986).

Una prueba que no requiere lectura y que sólo utiliza movimientos reducidos es la Prueba Peabody de vocabulario con imágenes, edición revisada (PPVT-R, por sus siglas en inglés; Dunn y Dunn, 1981). La PPVT-R puede usarse para obtener una medición rápida del vocabulario con personas que presentan deterioro del lenguaje, individuos sordos y personas con problemas de control motor (por ejemplo, parálisis cerebral) en edades de entre 2.5 y 18 años. La prueba consiste en una serie de 175 placas, cada una con cuatro líneas de dibujos de objetos con escenas cotidianas. El examinador despliega una placa, dice una palabra-estímulo, y le pide al examinado que señale la imagen que mejor describe dicha palabra. La puntuación global está normada con una media de 100 y una desviación estándar de 15. Se debe tener cuidado con las minorías étnicas (especialmente con los estadounidenses nativos) y con las personas con retraso mental, para quienes las puntuaciones PPVT-R pueden ser mucho más bajas que las puntuaciones CI en los instrumentos estándar, tales como las escalas Wechsler. Aunque no es un sustituto para una prueba de inteligencia general, la PPVT-R es una medida útil sobre el vocabulario escuchado.

Pruebas para retraso mental

El **retraso mental** se refiere a limitaciones importantes en el funcionamiento presente, como consecuencia de

un funcionamiento intelectual significativamente por debajo del promedio (CI de 70 a 75 o más bajo) y las limitaciones relacionadas en dos o más áreas de habilidad adaptativa. El inicio debe ser antes de los 18 años (Asociación estadounidense para el retraso mental, 1992). Con respecto a las pruebas psicológicas, el punto más importante a enfatizar es que un CI bajo es una base insuficiente para el diagnóstico de retraso mental. Además, el examinado debe manifestar limitaciones en dos o más de estas diez áreas de habilidades adaptativas.

- Comunicación
- Autocuidado
- Vida hogareña
- Habilidades sociales
- Uso comunitario
- Autodirección
- Salud y seguridad
- Funcionamiento académico
- Tiempo libre
- Trabajo

Son más difíciles de evaluar las limitaciones en las habilidades adaptativas que un CI bajo, pero hay varios instrumentos que pueden ayudar en este proceso. Las escalas Vineland de conducta adaptativa (Sparrow, Balla y Cicchetti, 1984) son una revisión y extensión de la escala Vineland sobre la madurez social (Doll, 1935, 1936), el primer instrumento estandarizado para evaluar la conducta adaptativa. Otra prueba útil son las escalas sobre la conducta independiente (SIB, por sus siglas en inglés; Bruininks, Woodcock, Weatherman y Hill, 1984), que aquí resaltamos.

Las SIB consisten en una serie de 14 subescalas que se completan con la ayuda de un padre, un cuidador o un maestro. En cada subescala, el examinador lee una serie de reactivos y muestra la ayuda del padre, del cuidador o del maestro, asignando una puntuación de 0 (nunca o rara vez realiza la labor) a 3 (realiza la labor muy bien). Las 14 subescalas se clasifican en cuatro grupos, como los que se bosquejan en la tabla 3.9. Se obtiene una puntuación de amplia independencia con la media usual de 100 (una puntuación de la función adaptativa equivalente al CI) del promedio de los cuatro grupos de puntuaciones. Las puntuaciones de las SIB se correlacionan fuertemente con las puntuaciones de CI ($r=0.81$ a 0.88) y proveen una confirmación esencial de que el examinado tiene limitaciones en el funcionamiento adaptativo y no sólo una puntuación de CI baja.

Tabla 3.9 Las 14 subescalas y los cuatro grupos de escalas de conducta independiente

1. Habilidades motoras
 - Motoras gruesas
 - Motoras finas
2. Habilidades sociales y de comunicación
 - Interacción social
 - Comprensión del lenguaje
 - Expresión del lenguaje
3. Habilidades en la vida personal
 - Preparación de alimentos
 - Vestimenta
 - Autocuidado
 - Habilidades domésticas
4. Habilidades de la vida en comunidad
 - Tiempo y puntualidad
 - Dinero y valor
 - Habilidades en el trabajo
 - Orientación casa-comunidad

INTERPRETACIÓN DE LAS PRUEBAS POR COMPUTADORA

Ahora se usan ampliamente las computadoras en las pruebas psicológicas. Los usos más directos y aceptados incluyen la presentación de estímulos de las pruebas (como los reactivos individuales en una prueba de la personalidad mediante un reporte personal), los registros de las respuestas (incluyendo el estado latente de respuesta si es necesario), la calificación de los resultados de la prueba y la impresión de los datos resumidos y de los perfiles de la prueba. Por supuesto, es necesario demostrar que la versión computarizada de una prueba posee las mismas propiedades psicométricas que la versión original de lápiz y papel; dicha equivalencia no deberá tomarse como un hecho. Afortunadamente, la mayoría de las pruebas confirman que se miden las mismas propiedades, ya sea que sean administradas en un cuestionario impreso o en una pantalla de computadora, de modo que las discrepancias entre los dos métodos raramente son un asunto que cause controversias.

La controversia surge cuando se usa la computadora para *interpretar* los resultados de la prueba. Con muchas pruebas, es usual que emerjan de la impresora largos reportes sin alguna intervención por parte del psicólogo. Esta es una práctica muy común en las pruebas de personalidad. En la actualidad los editores de los principales instrumentos computacionales ofrecen re-

portes como parte de sus servicios. Los psicólogos no están obligados a usar estos reportes, pero muchos clínicos lo hacen. Es razonable preguntarse si las interpretaciones de las pruebas basadas en computadoras representan un desarrollo deseable en la práctica de las pruebas psicológicas.

Una cuestión clave para resolver este asunto es si las declaraciones interpretativas en un reporte por computadora están basadas en investigación cuantitativa (situación deseable) o en la opinión clínica de expertos (situación menos deseable). Hace años, Meehl (1954) demostró que el juicio *actuarial* (en el que para diagnosticar, clasificar o predecir el comportamiento se usan fórmulas basadas en investigación) casi siempre es superior al juicio *clínico* (en el que los psicólogos usan la experiencia y la intuición para diagnosticar, clasificar o predecir el comportamiento). Esta sencilla verdad ha sido demostrada repetidamente en los años siguientes (Dawes, Faust y Meehl, 1989; Kleinmuntz, 1990; Meehl, 1965, 1986).

Desafortunadamente, muchas de las interpretaciones de pruebas hechas por medio de computadora están basadas en juicios clínicos, y de este modo su validez en gran parte no ha sido probada. Lanyon (1984) señala que los consumidores profesionales están predispuestos a creer en cualquier cosa que esté impresa y son incapaces de distinguir entre los sistemas más satisfactorios de interpretación de pruebas computarizadas (por ejemplo, con base actuarial) y menos satisfactorias (por ejemplo, con base clínica).

Es particularmente inquietante que la falta de validez demostrada de los programas se haya hecho ahora una norma, y parece no haber revisiones sobre el desarrollo futuro de esta situación inaceptable. Tal vez ha llegado el tiempo en que es necesaria la regulación federal de esta industria para la protección del consumidor.

Matarazzo (1986) ha hecho sonar una alarma similar. Ha argumentado, además, que el uso de reportes narrativos hechos por computadora no debe confundirse con una evaluación exhaustiva. En una evaluación exhaustiva el psicólogo irá más allá de las interpretaciones de la prueba para *integrar* los hallazgos, como una respuesta cohesiva a los asuntos de referencia alrededor del examinado. El peligro de las interpretaciones por computadora es que una simple prueba reemplace a la evaluación exhaustiva.

SITUACIÓN ACTUAL Y ASPECTOS DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS

La perdurable cuestión del sesgo en las pruebas

Una cuestión perdurable en la psicología moderna es si las pruebas están sesgadas. La mayoría de la gente y aun muchos psicólogos se apresuran a afirmar que las pruebas individuales (particularmente las pruebas relacionadas con la habilidad) contienen sesgos culturales o de género y que, por consiguiente, discriminan injustamente en contra de las minorías raciales y étnicas, a las mujeres o a los pobres ¿Es esta crítica justificable? Para contestar esta pregunta necesitamos ser objetivos respecto a qué es lo que se entiende por *sesgo de las pruebas*, puesto que un acuerdo sobre este concepto está muy lejos de estar completo. Un punto de partida importante es enfatizar que las apariencias pueden ser engañosas. El hecho de que ciertos reactivos de prueba se "vean" como preferenciales para una raza, sexo o clase social, no comprueba que la prueba esté sesgada. El sesgo de las pruebas debe definirse en términos objetivos y empíricamente verificables, y no relegarse como asunto de opinión personal.

La noción más ampliamente usada de una prueba sesgada es la validez diferencial. De acuerdo con este método, una prueba está sesgada si la misma calificación de una prueba tiene un significado diferente para cualquier subgrupo relevante y definido de examinados: "el sesgo está presente cuando la puntuación de una prueba tiene significados o implicaciones para un subgrupo relevante y definido de examinados, pero dichos significados son diferentes para el resto de los examinados" (Cole y Moss, 1989). Tal vez un simple ejemplo aclare esta definición. Considérese una prueba relacionada con la habilidad que se emplea para predecir el desempeño académico de niños en edad escolar. Esta prueba podría considerarse sesgada si una puntuación baja predice un desempeño escolar pobre para un subgrupo étnico, pero la misma puntuación baja no muestra relación con el desempeño escolar en otro subgrupo.

Desde un punto de vista técnico, están disponibles varios métodos para la investigación de las pruebas sesgadas. Un método consiste en realizar un análisis factorial de las puntuaciones de la prueba dentro de subgrupos definidos. Una prueba sin sesgo mostrará una estructura factorial similar a través de los subgrupos. Las ecuaciones de regresión también constituyen una buena base para la evaluación del sesgo en las

pruebas. Cuando las puntuaciones de las pruebas son usadas para predecir criterios relevantes (por ejemplo, las puntuaciones en una prueba de aptitudes en la preparatoria se usan para predecir las calificaciones universitarias) una prueba sin sesgo revelará ecuaciones de predicción similares e igual poder predictivo para los diferentes subgrupos. Otro método involucra el orden de clase por categoría de la dificultad de los reactivos dentro de una prueba. Para una prueba que no presenta sesgo, el nivel relativo de dificultad de los reactivos de las pruebas individuales (por ejemplo, el orden de clase por categoría) será el mismo a través de subgrupos definidos. Por medio de éste y otros métodos estadísticos para la detección del sesgo, las pruebas psicológicas más importantes funcionan bastante bien. De hecho, el consenso de las principales revisiones es que la investigación disponible ha fallado en apoyar las hipótesis sobre el sesgo (Gregory, 1996; Reynolds, 1994).

No obstante estos comentarios, es poco probable que desaparezca rápidamente la controversia acerca del sesgo en las pruebas. La razón de esto es que las *pruebas en uso* pueden producir resultados sociales que son percibidos como injustos y con prejuicios. Un caso en este punto es el uso de pruebas psicológicas para colocar números desproporcionados de niños que pertenecen a grupos minoritarios en los programas de educación especial, ostensiblemente para su beneficio, pero en realidad en su detrimento. El problema aquí no tiene que ver mucho con las pruebas y con su sesgo (o falta de los mismos) como con las buenas intenciones de las políticas sociales que tienen consecuencias no intencionadas. En verdad, muchos programas compensatorios de educación son estigmatizados y minimizados (de otro modo no causaría angustia el que se clasifique a niños de cualquier edad, sexo o clase, como poseedores de la necesidad de tal colocación). Tal vez deberíamos referirnos a este gran problema social como *imparcialidad en la prueba*, para distinguirlo del problema técnico más restringido sobre el sesgo de las pruebas. Las pruebas sin sesgo quizás sigan considerándose injustas debido a las consecuencias de los prejuicios por la forma en que son usadas.

Abusos de las pruebas

Casi cualquier cosa que es útil también tiene el potencial de tener consecuencias sociales dañinas, y esto es verdad para las pruebas psicológicas. Los efectos adversos demostrados de las pruebas tienden a caer en una de

dos categorías. El primer tipo de impacto negativo deriva de tomar decisiones importantes, basadas en datos limitados de una prueba. Un caso muy difundido a este respecto es el de Daniel Hoffman, quien fue colocado en una clase para personas mentalmente retrasadas cuando tenía cinco años, debido a que su CI obtenido en la prueba Stanford-Binet fue únicamente de 74 (Sattler, 1988). Lo que desconocía el examinador es que la única desventaja de Daniel era un impedimento de lenguaje. Sin embargo, la evaluación inicial se completó de forma apresurada, de forma que el examinador nunca supo de esta discapacidad. Para agravar los daños, no se le volvieron a hacer pruebas a Daniel durante 11 años, después de los cuales recibió un CI de rango normal de 94 en la escala WISC. ¡Irónicamente los resultados de esa prueba se utilizaron para después negarle el acceso a un programa de taller especial que él disfrutaba!

Se cometieron al menos tres errores en el caso de Daniel Hoffman (Gregory, 1987). Primero, las decisiones importantes nunca deben tomarse basándose en la información limitada de pruebas. Como se señaló previamente, cuando se hacen pruebas para el retraso mental, siempre es sensato obtener información acerca del funcionamiento de adaptación además de las puntuaciones en las pruebas de CI. Un segundo error fue no aplicar pruebas nuevamente a Daniel durante un año o dos, puesto que es bien conocida la inestabilidad de los resultados del CI —al menos para los psicólogos bien capacitados. Finalmente, las puntuaciones para conocer los niveles de una prueba nunca debe usarse en forma rígida para incluir o excluir a alguien de programas especiales.

Un segundo abuso de las pruebas, que se ha resaltaado más recientemente, es el uso de pruebas inadecuadas para la toma de decisiones. Su frecuencia es más probable en la selección de personal que en algún otro caso, debido a que los empleadores necesitan una forma eficiente para identificar a "los buenos prospectos" y descartar a los solicitantes inadecuados. Desafortunadamente, cuando se busca ese objetivo en forma eficiente, es fácil que se violen los derechos laborales de los solicitantes. Un ejemplo de esto es el empleo del inventario sobre la personalidad, el cual consta de 704 reactivos de respuesta verdadero-falso, por parte de una cadena de tiendas de descuento, como una prueba para la selección de los guardias de seguridad (Gregory, 1996). El problema con el uso de este instrumento fue que su valor para predecir el desempeño en el trabajo no estaba demostrado antes de usarlo como una

herramienta de filtro. Desde el punto de vista de los solicitantes, la prueba parecía arbitraria, irrelevante e incluso extraña. Demandaron a la cadena de tiendas, citando la falta de evidencia de que la prueba ayude a identificar los altos riesgos de los bajos en el empleo. El caso fue llevado a la corte en Estados Unidos y los oficiales corporativos acordaron no usar el instrumento por al menos cinco años, tiempo suficiente para descubrir si la prueba era válida para ese propósito.

El futuro de las pruebas

Es difícil predecir el futuro de las pruebas psicológicas debido a que su uso se ve muy afectado por la opinión pública al traducirse dentro de los mandatos legales (se les considera como elementos que son notoriamente caprichosos e inestables). Por ejemplo, en algún punto de los años 80 era ilegal en el estado de California usar las pruebas tradicionales de inteligencia con el propósito de colocar individuos en programas, excepto bajo condiciones especiales y restringidas. Otro ejemplo es que muchos estados de la Unión Americana en la actualidad especifican exactamente qué pruebas se deberán usar para determinar quiénes son candidatos para programas tales como el Ingreso complementario de seguridad (SSI, por sus siglas en inglés), en lugar de permitir que los psicólogos con licencia seleccionen los instrumentos más adecuados. Otro ejemplo es la legislación federal que declara fuera de la ley el uso de las pruebas del polígrafo para la mayoría de los empleados (probablemente una buena idea). De manera creciente, la aplicación de las pruebas psicológicas está gobernada por influencias legales y sociales, que hacen difícil predecir el futuro de las pruebas.

Sin embargo, si continúa la tendencia actual, parecen ser seguras unas pocas predicciones generales. La primera tiene que ver con el incremento del uso de las computadoras para las pruebas psicológicas. No sólo se están adaptando las pruebas actuales al uso de las computadoras, sino que surgirán nuevas pruebas, antes imposibles, a consecuencia de las mejoras dramáticas en la tecnología informática. Considérese la prueba multimedia que está siendo desarrollada en IBM para evaluar a los candidatos a puestos de manufactura. Mientras que las pruebas anteriores que tan sólo implicaban lápiz y papel describían situaciones de trabajo y luego preguntaban a los examinados cómo responderían a tal situación, ahora es posible con las computadoras mostrar situaciones reales de trabajo, incluyendo aquellas

que involucran interacciones entre los trabajadores. Mientras el candidato observa breves escenas de trabajo, la pantalla se congela en puntos cruciales y la computadora pregunta qué es lo que el candidato haría en esa situación. Las escenas de trabajo tienen una apariencia altamente realista que mejora la validez normativa de la prueba. Debido al realismo inherente a las imágenes de video, las pruebas por computadora pueden proporcionar una evaluación más válida que las pruebas hechas con lápiz y papel sobre cómo un candidato desempeñará su trabajo (Gregory, 1996).

Otra tendencia probable es que cada vez menos instrumentos de amplio espectro, inventarios exhaustivos sobre la personalidad y pruebas generales de habilidades, serán publicados por los editores de pruebas. En su lugar, los editores se enfocarán en las pruebas diseñadas para evaluar áreas circunscritas de funcionamiento para poblaciones muy específicas. La razón de estas tendencias complementarias tiene que ver con lo económico. La publicación de pruebas es un gran negocio, un medio respetable por el cual las grandes corporaciones obtienen ganancias. Los editores estarán renuentes a realizar las grandes inversiones necesarias para desarrollar nuevos instrumentos que tengan la gran ambición de evaluar muchos aspectos de la personalidad o la inteligencia para un amplio número de sujetos. El costo es muy alto, y dada la competencia, el riesgo también es grande.

En lugar de esto, los diseñadores y editores de las pruebas se enfocarán en formas para desarrollar pruebas menos costosas y riesgosas. Estas podrían ser instrumentos que incorporen especificidad de constructo (que midan aspectos altamente específicos del funcionamiento tales como distorsiones cognoscitivas en personas deprimidas o conductas riesgosas en adolescentes, o incluso el deterioro mental en la gente de edad avanzada) y poblaciones específicas objetivas (diseños de pruebas para grupos de pacientes bien demarcados tales como parejas con problemas matrimoniales, pacientes que sufren de dolor o personas con tendencias aparentemente suicidas). En pocas palabras, se prevé un estancamiento en la publicación de las pruebas de inteligencia, personalidad, intereses y similares de amplio espectro (con instrumentos establecidos revisados y reciclados periódicamente) aunado a una explosión de pruebas menores con constructos altamente enfocados para usarse con subgrupos de examinados bien definidos.

REFERENCIAS

- American Association on Mental Retardation. (1992). *Mental retardation: Definition, classification, and systems of supports*. Washington, DC: Author.
- Anastasi, A. (1986). Emerging concepts of test validation. *Annual Review of Psychology*, 37, 1-15.
- Benton, A. L., Hamsher, K., Varney, N. R., & Spreen, O. (1983). *Contributions to neuropsychological assessment*. New York: Oxford University Press.
- Binet, A., & Simon, T. (1905). Méthodes nouvelles pour le diagnostic du niveau intellectuel des anormaux. *Année Psychologique*, II, 211-244.
- Bruininks, R. H., Woodcock, R. W., Weatherman, R. F., & Hill, B. K. (1984). *Scales of Independent Behavior, Interviewer's Manual*. Allen, TX: DLM Teaching Resources.
- Butcher, J. N. (1990). *The MMPI-2 in psychological treatment*. New York: Oxford University Press.
- Butcher, J. N., & Williams, C. L. (1992). *Essentials of MMPI-2 and MMPI-A interpretation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Campbell, D. R., Hyne, S., & Nilsen, D. (1992). *Manual for the Campbell Interest and Skill Survey*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Cattell, J. McK. (1890). Mental tests and measurements. *Mind*, 15, 373-380.
- Cattell, R. B., Eber, H. W., &atsuoka, M. M. (1970). *Handbook for the Sixteen Personality Factor Questionnaire*. Champaign, IL: Institute for Personality and Ability Testing.
- Chapman, L. J., & Chapman, J. P. (1967). Genesis of popular but erroneous psychodiagnostic observations. *Journal of Abnormal Psychology*, 74, 271-280.
- Cole, N. S., & Moss, P. A. (1989). Bias in test use. In R. L. Linn (Ed.), *Educational measurement* (3rd ed., pp. 201-220). New York: ACE/Macmillan.
- Conoley, J. C., & Impara, J. C. (Eds.). (1995). *The twelfth mental measurements yearbook*. Lincoln: University of Nebraska Press.
- Costa, P. T, Jr., & McCrae, R. (1992). *NEO PI-R test manual*. Port Huron, MI: Sigma Assessment Systems.
- Dawes, R. M., Faust, D., & Meehl, P. E. (1989). Clinical versus actuarial judgment. *Science*, 243, 1668-1674.
- Doll, E. A. (1935). The Vineland Social Maturity Scale. *Training School Bulletin*, 32, 1-7, 25-32, 48-55, 68-74.
- Doll, E. A. (1936). Preliminary standardization of the Vineland Social Maturity Scale. *American Journal of Orthopsychiatry*, 6, 283-293.
- Dunn, L. M., & Dunn, L. M. (1981). *Peabody Picture Vocabulary Test—Revised*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Exner, J. E., Jr. (1991). *The Rorschach: A comprehensive system: Vol. 2. Current research and advanced interpretation* (2nd ed.). New York: Wiley.

- Exner, J. E., Jr. (1993). *The Rorschach: A comprehensive system: Vol. 1. Basic foundations* (3rd ed.). New York: Wiley.
- Frank, L. K. (1939). Projective methods for the study of personality. *Journal of Psychology*, 8, 389-413.
- Fuller, G. B., Parmelee, W. M., & Carroll, J. L. (1982). Performance of delinquent and nondelinquent high school boys on the Rotter Incomplete Sentences Blank. *Journal of Personality Assessment*, 46, 506-510.
- Gelb, S. (1986). Henry H. Goddard and the immigrants, 1910-1917: The studies and their social context. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 22, 324-332.
- Golden, C. J. (1989). The Luria-Nebraska Neuropsychological Battery. In C. S. Newmark (Ed.), *Major psychological assessment instruments* (Vol. II, pp. 165-198). Boston: Allyn and Bacon.
- Gough, H. G., & Bradley, P. (1992). Comparing two strategies for developing personality scales. In M. Zeidner & R. Most (Eds.), *Psychological testing: An inside view* (pp. 215-248). Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Graham, J. R. (1993). *MMPI-2: Assessing personality and psychopathology*. New York: Oxford.
- Gregory, R. J. (1987). *Adult intellectual assessment*. Boston: Allyn and Bacon.
- Gregory, R. J. (1996). *Psychological testing: History, principles, and applications* (2nd ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Guilford, J. R., & Fruchter, B. (1978). *Fundamental statistics in psychology and education* (6th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Hersen, M., & Bellack, A. S. (Eds.) (1988). *Dictionary of behavioral assessment techniques*. New York: Pergamon Press.
- Hiskey, M. S. (1966). *Manual for the Hiskey-Nebraska Test of Learning Aptitude*. Lincoln, NE: Union College Press.
- Hoffart, A., Friis, S., Strand, J., & Olsen, B. (1994). Symptoms and cognitions during situational and hyperventilatory exposure in agoraphobic patients with and without panic. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 16, 15-32.
- Horn, J. L. (1994). Theory of fluid and crystallized intelligence. In R. J. Sternberg (Ed.), *Encyclopedia of human intelligence* (Vol. 1, pp. 443-451). New York: Macmillan.
- Kaufman, A. S., Kamphaus, R. W., & Kaufman, N. L. (1985). The Kaufman Assessment Battery for Children (K-ABC). In C. S. Newmark (Ed.), *Major psychological assessment instruments* (pp. 249-276). Boston: Allyn and Bacon.
- Kaufman, A. S., & Kaufman, N. L. (1983a). *K-ABC administrator and scoring manual*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Kaufman, A. S., & Kaufman, N. L. (1983b). *K-ABC interpretive manual*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Kaufman, A. S., & Kaufman, N. L. (1990). *Kaufman Brief Intelligence Test manual*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Kaufman, A. S., & Wang, J. (1992). Gender, race, and education differences on the K-BIT at ages 4 to 90. *Journal of Psychoeducational Assessment*, 10, 219-229.
- Kleinmuntz, B. (1990). Why we still use our heads instead of formulas: Toward an integrative approach. *Psychological Bulletin*, 107, 296-310.
- Lah, M. I. (1989). New validity, normative, and scoring data for the Rotter Incomplete Sentences Blank. *Journal of Personality Assessment*, 53, 607-620.
- Lanyon, R. I. (1984). Personality assessment. *Annual Review of Psychology*, 35, 667-701.
- Laurent, J., Swerdlik, M., & Rybun, M. (1992). Review of validity research on the Stanford-Binet Intelligence Scale: Fourth Edition. *Psychological Assessment*, 4, 102-112.
- Lezak, M. (1995). *Neuropsychological assessment* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- Machover, K. (1949). *Personality projection in the drawing of the human figure*. Springfield, IL: Charles C Thomas.
- Matarazzo, J. D. (1986). Computerized clinical psychological test interpretations: Unvalidated plus all mean and no sigma. *American Psychologist*, 41, 14-24.
- Meehl, P. E. (1954). *Clinical versus statistical prediction*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Meehl, P. E. (1965). Seer over sign: The first good example. *Journal of Experimental Research in Personality*, 1, 29-32.
- Meehl, P. E. (1986). Causes and effects of my disturbing little book. *Journal of Personality Assessment*, 50, 370-375.
- Messick, S. (1989). Validity. In R. L. Linn (Ed.), *Educational measurement* (3rd ed., pp. 13-104). New York: American Council on Education/Macmillan.
- Millon, T. (1994). *Manual for the Millon Clinical Multiaxial Inventory-III*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.
- Naglieri, J., & Pfeiffer, S. (1992). Performance of disruptive behavior disordered and normal samples on the Draw A Person: Screening Procedure for Emotional Disturbance. *Psychological Assessment*, 4, 156-159.
- Phelps, L., & Ensor, A. (1986). Concurrent validity of the WISC-R using deaf norms and the Hiskey-Nebraska. *Psychology in the Schools*, 23, 138-141.
- Piedmont, R. L., & Weinstein, H. P. (1993). A psychometric evaluation of the new NEO-PIR Facet Scales for Agreeableness and Conscientiousness. *Journal of Personality Assessment*, 60, 302-318.
- Reid, D. B., & Kelly, M. P. (1993). Wechsler Memory Scale—Revised in closed head injury. *Journal of Clinical Psychology*, 49, 245-254.
- Reitan, R. M., & Wolfson, D. (1993). *The Halstead-Reitan Neuropsychological Test Battery: Theory and clinical interpretation* (2nd ed.). Tucson, AZ: Neuropsychology Press.
- Reynolds, C. R. (1994). Bias in testing. In R. J. Sternberg (Ed.), *Encyclopedia of human intelligence* (pp. 175-178). New York: Macmillan.

- Rorschach, H. (1921). *Psychodiagnostik*. Berne: Birchen.
- Rotter, J. B., & Rafferty, J. E. (1950). *Manual for the Rotter Incomplete Sentences Blank: College Form*. New York: The Psychological Corporation.
- Sattler, J. M. (1982). Age effects on Wechsler Adult Intelligence Scale—Revised tests. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 785-786.
- Sattler, J. M. (1988). *Assessment of children* (3rd ed.). San Diego, CA: Jerome M. Sattler, Publisher.
- Sparrow, S. S., Balla, D. A., & Cicchetti, D. V. (1984). *Vineland Adaptive Behavior Scales*. Circle Pines, MN: American Guidance Service.
- Stern, W. L. (1914). The psychological methods of testing intelligence (Über die psychologischen Methoden der Intelligenzprüfung). (G. M. Whipple, Trans.). *Educational Psychology Monographs*, No. 13. Baltimore: Warwick & York. (Original work published 1912)
- Stuss, D. T., Stethem, L. L., Hugenholtz, H., & Richard, M. T. (1989). Traumatic brain injury: A comparison of three clinical tests, and analysis of recovery. *The Clinical Neuropsychologist*, 3, 145-156.
- Terman, L. M. (1916). *The measurement of intelligence*. Boston: Houghton Mifflin.
- Thorndike, R. L., Hagen, E. R., & Sattler, J. M. (1986). *The Stanford-Binet Intelligence Scale: Fourth Edition, Guide for administering and scoring*. Chicago: Riverside Publishing Company.
- Wade, T. C., & Baker, T. B. (1977). Opinions and use of psychological tests. *American Psychologist*, 32, 874-882.
- Wechsler, D. (1987). *Wechsler Memory Scale—Revised manual*. New York: Psychological Corporation.
- Wissler, C. (1901). The correlation of mental and physical tests. *The Psychological Review*, Monograph Supplement, 3(6).
- Yerkes, R. M. (1919). Report of the Psychology Committee of the National Research Council. *Psychological Review*, 26, 83-149.

LECTURAS ADICIONALES

- Anastasi, A. y Urbina, S. (1997). *Psychological testing* (7a. edición) Nueva York: Macmillan. *Este libro se considera como una de las mejores y más académicas revisiones sobre las pruebas psicológicas.*
- Eyde, L., Robertson, G., Krug, S. y colaboradores (1993) *Responsible test use: Case studies for assessing human behavior*. Washington, DC: American Psychological Association. *Un compendio valioso y fascinante de los lineamientos para la aplicación responsable de pruebas. El libro también incluye docenas de casos estudiados que violan estos lineamientos.*
- Goldstein, G. y Hersen, M. (Eds.). (1990). *Handbook of psychological assessment* (2a. edición). Nueva York: Pergamon Press. *Un libro de un nivel relativamente alto que resume el estado actual de la evaluación psicológica.*
- Gregory, R. J. (1996). *Psychological testing: History, principles, and applications* (2a. edición). Boston: Allyn and Bacon. *Una introducción útil para el estudio de las pruebas que incluye una cobertura extensa de su historia.*
- Zeidner, M. y Most, R. (Eds.). (1992). *Psychological testing: An inside view*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press. *Los 12 capítulos de este libro incluyen varios temas que no se encuentran en otro lugar, tales como el uso de la retroalimentación de los examinados en la revisión de los procedimientos de prueba existentes.*

CAPÍTULO 4

ÉTICA Y RAZONAMIENTO ÉTICO

Mitchell M. Handelsman

Caso 4-1

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 (véase la tabla 4.1 para otros términos clave). Los estándares éticos son necesarios en la psicología clínica porque las relaciones profesionales en la psicología se basan en la confianza. Los psicólogos tienen conocimientos mucho más técnicos con los cuales hacer juicios; por tanto, los pacientes deben juzgar bien a los psicólogos para confiar en ellos.

**Tabla 4.1 Algunos términos clave en ética
(con definiciones breves)**

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. En el caso 4-1, el doctor Newman claramente dejó que su interés propio sobrepasara su juicio profesional y explotó a la señora Eldridge.

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.

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

Los comités y los códigos de ética

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

La profesión de la psicología, al igual que la medicina, la enfermería, la ingeniería y otras profesiones (Appelbaum y Lawton, 1990), tiene un código ético que establece requisitos básicos. El código original para los psicólogos fue publicado en 1953 por la APA y ha sido revisado varias veces. En la actualidad, los *Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct* de la APA (1992) abarcan dos secciones importantes, "un conjunto de principios que representan las aspiraciones e ideales profesionales, y un conjunto de normas obligatorias pensadas para ser muy específicas, a fin de ser utilizadas como reglas, dando por resultado sanciones si éstas se rompen" (Keith-Spiegel, 1994, p. 315). Hay seis principios que representan las aspiraciones y 101 normas específicas.

Después de que la señora Eldridge hable con el nuevo terapeuta acerca de sus experiencias con el doctor Newman, ella decidirá si debe quejarse de manera formal por el comportamiento del doctor, para que se le castigue por sus actos y evitar que siga dañando a otros pacientes en el futuro. La señora Eldridge tiene tres opciones: quejarse con los comités de ética profesional estatales y nacionales, puede pedir que se suspenda la licencia del doctor Newman y puede iniciar una demanda por negligencia. Exploraremos cada una de estas opciones.

Si la señora Eldridge decide quejarse ante el comité de ética de la APA, éste daría al doctor Newman la oportunidad de responder por escrito, y obtendría cualquier otra evidencia que pudiese servirle. Los miembros del comité entonces determinarían si el comportamiento del doctor violó una o más de las normas de la ética profesional. En este caso, el doctor parece haber violado la norma 1.04 referente a la práctica competente (véase la sección de Competencia para una discusión completa sobre este tema) y la norma 1.25, que indica que "los psicólogos no explotarán a quienes reciben los servicios... con respecto a sus honorarios" (APA, 1992, p. 1602).

En respuesta al comportamiento poco ético del doctor Newman, el comité de la APA ha tomado varias medidas, dependiendo del nivel de daño que se hizo o que pudo haberse hecho, sobre el expediente del doctor Newman de las anteriores violaciones de ética y "con base en las circunstancias que agravan o atenúan la culpabilidad del miembro" (Comité de ética de la APA, 1996, p. 537). Las penas menos severas serían cartas de reprimenda o de censura. La pena más severa disponible para el comité de ética es la expulsión de la APA

(Comité de ética de la APA, 1996). Una simple carta parece ser demasiado suave para el doctor Newman, pero la expulsión sería algo muy severo. La sanción más probable podría ser una carta de reprimenda, junto con un requerimiento de que el doctor Newman tome las medidas necesarias para evitar problemas futuros. Así, el doctor podría ser supervisado por varios años, obtener información sobre temas éticos y/o recibir una terapia personal.

Requisitos legales

Debido a que los psicólogos proporcionan servicios valiosos, pero potencialmente dañinos al público, todos los estados requieren que los psicólogos adquieran y mantengan una licencia para ejercer tal profesión en Estados Unidos. Esta licencia provee a los psicólogos de una situación de reconocimiento entre los pacientes, pero también exige requisitos legales incorporados en leyes y regulaciones estatales. Muchas de estas leyes son nuevas exposiciones de las normas éticas de la APA, junto con reglas sobre temas como la información confidencial y el contacto sexual con los pacientes.

Si la señora Eldridge decide apelar contra la licencia del doctor Newman, ella enviaría su queja al consejo disciplinario del estado para que investiguen la queja. El consejo del estado tiene el poder, similar al del Comité de ética, para reprender al doctor Newman, y requiere la solución por medio de la supervisión, la práctica monitoreada y la terapia personal. A diferencia de los comités de ética, el consejo también puede revocar la licencia del doctor Newman y prohibirle practicar.

El código de la APA (1992) establece que los psicólogos deben obedecer la ley. Pero el comportarse de manera legal no siempre es igual que comportarse en forma ética. Como indicaron Keith-Spiegel y Koocher, "las normas profesionales éticas también esperan un comportamiento más correcto o más riguroso del que es requerido por la ley" (1985, p. 7). Enumeran muchos ejemplos de comportamiento que serían juzgados como poco éticos pero que no serían ilegales, incluyendo "la administración de técnicas de evaluación psicológica sin la capacitación adecuada, no dar retroalimentación requerida u oportuna a los supervisados o diagnosticar a la gente que llama a un programa de entrevistas y debates en vivo (*talk show*) de radio" (p. 7). Tal vez la mayoría de la gente en nuestra sociedad convendría en que ser una persona moral es más importante que no violar alguna ley.

Negligencia

La tercera opción que tiene la señora Eldridge es iniciar una demanda por negligencia contra el doctor Newman. Para probar su caso y cobrar los daños materiales, ella tendría que demostrar cuatro cosas: (1) que llevaba una relación profesional con el doctor Newman, (2) que él actuaba en forma negligente, (3) que la dañaron y (4) que el daño fue causado por la negligencia del doctor Newman. Debido a estos criterios legales, aun cuando el doctor fuera culpable de un comportamiento poco ético, podría no ser culpable por negligencia.

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

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

Un segundo problema con los códigos de ética es que los psicólogos se encuentran a menudo en situaciones en las que tienen dos obligaciones en conflicto, cada una de las cuales se justifica en forma ética. Por ejemplo, las decisiones para hospitalizar a pacientes en forma involuntaria implican casi siempre un conflicto entre el requisito para respetar la dignidad y el valor de los individuos y el requisito de contribuir al bienestar de los mismos (Carroll *et al.*, 1985). En estos casos, el tema no es sólo lo correcto contra lo incorrecto, sino una decisión entre opciones que parecen igualmente correctas, pero que son exclusivas mutuamente. Esta opción se llama un *dilema ético*.

Tercero, incluso si los códigos profesionales respondieran a todas nuestras necesidades actuales, se pre-

sentarían nuevas decisiones y dilemas éticos. La profesión se hace más compleja cada vez: los papeles de los psicólogos practicantes se han ampliado respecto a los del investigador (Rosenthal, 1994; véase cap. 5), psicoterapeuta, asesor psicoeducativo (Lakin, 1991; véase caps. 2 y 3), terapeuta familiar (Vesper y Brock, 1991), consultor, testigo experto (Golding, 1990), psicólogo policia-co (Monahan, 1980), evaluador de custodia (APA, 1994) y líder de grupo (Gumaer y Scott, 1985; véase cap. 7). Además, la creciente diversidad cultural de los psicólogos y sus pacientes presenta nuevos desafíos éticos (Aponte y Crouch, 1995; Sue, 1983). El clima financiero en el cual trabajan los psicólogos clínicos, también está llegando a ser más complejo, conforme se ponen en ejecución las reformas de cuidado de la salud (Dougherty, 1992; Haas y Cummings, 1991). Por último, las nuevas tecnologías presentan temas que necesitan ser tratados. Por ejemplo, los psicólogos están discutiendo ahora la ética de las varias clases de psicoterapia conducidas por vía telefónica (Comité de ética de la APA, 1995; Haas, Benedict y Kobos, 1996), por vía fax, por e-mail, con grupos de noticias, y en la WWW. Estas preguntas no se habían anticipado sino hasta hace sólo algunos años.

Estas desventajas hacen difícil confiar exclusivamente en los códigos y las leyes de ética para proporcionar una guía en todos los casos. Muchos autores han desarrollado estrategias éticas para la toma de decisiones, y así poder ayudar a los psicólogos a explorar las trampas éticas obvias y sutiles en sus actividades profesionales (Carroll *et al.*, 1985; Handelsman, 1991; Kitchener, 1984; Tymchuk, 1981). Un ejemplo se muestra en la tabla 4.2.

Considere el caso siguiente:

Caso 4-2

El doctor Anderson enseña psicología clínica en un programa a nivel licenciatura. Para su curso de "Métodos de manejo del estrés", desea intentar algo innovador para conseguir que los estudiantes sientan lo que es estar estresado. Planea entrar un día a la clase y anunciar que la mitad de los alumnos ha fallado en la última prueba a tal grado que les pedirá que abandonen el programa al final del semestre. Pero después de un tiempo, el doctor Anderson les pediría que reflexionasen sobre su reacción ante esta noticia que, por cierto, es falsa. El doctor Anderson anticipa una vívida discusión acerca de las reacciones físicas, emocionales y cognoscitivas que tuvo cada estudiante.

Tabla 4.2 Procedimiento ético para la toma de decisiones

- I. Tentativamente declara el problema o la política que se desarrollará.
- II. ¿Cuáles son los hechos relevantes del caso?
 - A. ¿Qué preguntas empíricas están implicadas?
 - B. ¿Qué hechos pueden no ser relevantes?
- III. ¿Con quién estamos obligados (incluyendo el público en general, las instituciones, la profesión)? ¿Quién es nuestro paciente?
- IV. ¿Qué fuentes de dirección están disponibles?
 - A. Códigos profesionales de ética.
 - B. Leyes y reglamentos.
- V. ¿De qué modo son relevantes los principios éticos generales?
 - A. Sin malevolencia, con buena voluntad, autonomía y justicia.
 - B. Confidencialidad, fidelidad, veracidad.
 - C. ¿Cuáles son los derechos de las partes implicadas?
- VI. Exponer el problema en términos de los temas éticos implicados.
- VII. ¿Cuáles son las líneas de conducta alternativas, o las políticas alternativas?
- VIII. ¿Cuáles son las consecuencias de cada una de estas alternativas?
 - A. Consecuencias a largo y a corto plazos. Beneficios y riesgos.
 - B. ¿Cuáles son las probabilidades de estas consecuencias?
- IX. ¿Tiene cada una de estas posibles acciones consistencia moral?
 - A. ¿Elegiríamos esta opción si las posiciones fuesen invertidas?
 - B. ¿Cuál sería la decisión si no hubiera leyes?
 - C. ¿Qué pasaría si todas las acciones condujeran a resultados igualmente buenos?
- X. ¿Qué hechos tendrían que cambiar para que nuestra decisión se modifique?
- XI. ¿Cómo pueden nuestros valores influir en nuestras deliberaciones?
 - A. ¿Se pueden valorar de manera diferente las consecuencias?
 - B. ¿Qué hechos del caso pueden ser valores disfrazados?
 - C. ¿Cuáles son mis motivaciones personales?
 - D. ¿Cómo podría beneficiarme, de manera personal o profesional, de las líneas de conducta alternativas?

Fuente: Basado en Handelsman (1991).

El doctor Anderson consulta el código de ética de la APA y no encuentra algo que de manera específica prohíba esta actividad, pero siente cierto malestar con aplicarla. Decide consultar a varios colegas de la facultad, les menciona su idea antes de preguntarles, "¿creen que es ético mi plan?" ¿Qué aconsejaría usted al doctor Anderson?

Los pasos en el razonamiento ético

Aunque diversos autores han acentuado ciertos aspectos del razonamiento ético, conviene que los psicólogos sigan algunos pasos para reflexionar a través de sus decisiones. Inicialmente, los psicólogos deben determinar los hechos del caso. A menudo los desacuerdos sobre líneas de conducta éticas parecen estar basados en argumentos sobre los méritos de principios éticos cuando, de hecho, provienen del conocimiento incompleto de todos los hechos relevantes. Una vez que han mar-

cado los hechos tan claramente como sea posible, los psicólogos deben aclarar sus propios valores y los potenciales conflictos de interés, considerar un margen de decisiones alternativas, ponderar la naturaleza y la probabilidad de las consecuencias de las alternativas y aplicar las leyes relevantes, los códigos éticos y los principios a cada alternativa. También, una buena estrategia puede ser consultar con los colegas de mayor experiencia o con los comités de ética (Corey, Corey y Callanan, 1993), como lo hizo el doctor Anderson. Estos pasos ayudan a los psicólogos a clarificar la naturaleza y extensión de sus obligaciones para con sus pacientes, su profesión, el público y con ellos mismos.

El doctor Anderson sentía, de manera intuitiva, que su plan para la clase podría resultar absolutamente eficaz, pero estaba consciente de que podían surgir algunos problemas éticos. Sin embargo, Kitchener (1984) planteó que los psicólogos no deben confiar en su intuición para tomar decisiones éticas. Ella sugirió que un proceso comprensivo de razonamiento ético hace uso de los principios generales que se emplean tradicionalmente en la filosofía y la medicina (Beauchamp y Childress, 1994). Estos principios incluyen no malevolencia, buena voluntad, autonomía y justicia; cada uno de estos principios se analiza en la sección siguiente.

La incorporación de principios y reglas éticas generales

No malevolencia

Lo primero que aprenden en su formación académica los médicos, psicólogos y otros profesionistas es, "sobre todo, a no tener la intención de hacer algún daño a sus pacientes". Esto indica el principio ético de la *no malevolencia*. Las discusiones recientes sobre el suicidio asistido médicamente se centran en este principio cuando los opositores arguyen que los médicos no deben matar gente, ya que eso es dañino. Los autores no discuten que los doctores *deban* dañar a los pacientes, sino que hay daños peores que la muerte. El principio de la no malevolencia prohíbe a los psicólogos comportamientos, como actuar de forma incompetente y obtener un beneficio monetario de sus clientes, como vimos en el caso 4-1.

Buena voluntad

Mientras que la no malevolencia nos ayuda a decidir qué comportamientos se deben evitar, el principio de *buena voluntad* obliga a los psicólogos a llevar a cabo

comportamientos que: (1) eviten el daño, (2) eliminen el daño y (3) proporcionen beneficio. La mayoría de los psicólogos practicantes se incorporan a este campo debido a motivos benévolos; se supone que ellos tienen los más grandes deseos de aliviar el sufrimiento para ayudar a que la gente se enfrente a la vida, y así contribuir al bienestar de la humanidad, creando e impartiendo sus servicios. Así, la buena voluntad es a menudo el primer principio usado para justificar sus acciones; realizan terapia porque hace que la gente se sienta mejor; enseñan para que los estudiantes puedan tener vidas mejores; reportan sus sospechas de abuso de la profesión para prevenir daño a los niños. El principio de la buena voluntad justifica virtualmente cada actividad profesional.

Tomados juntos, los principios de no malevolencia y de buena voluntad se pueden utilizar para realizar "un análisis de costo-beneficio" de un comportamiento o de una política propuesta. Pocos beneficios vienen sin un cierto riesgo: los pacientes de la terapia pueden presionarse; los estudiantes necesitan cursar las materias y responder a los exámenes. El doctor Anderson desea que sus estudiantes se beneficien de su curso y también desea evitar el daño. Él debe preguntarse a sí mismo, "¿qué riesgo de daño existe en mi plan de enseñanza? y ¿los beneficios a los estudiantes compensan los riesgos?" Algunos colegas del doctor Anderson le dicen que los estudiantes se sobrepondrán a su "aviso" propuesto sin daño duradero, y que lo que aprenderán "en carne propia" valdrá la pena. Otros colegas le dicen al doctor Anderson que incluso si un estudiante sufre por más de algunos minutos, el beneficio del aprendizaje no vale la pena.

El respeto a la autonomía

La no malevolencia y la buena voluntad son siempre importantes, pero los psicólogos deben considerar otros principios antes de hacer juicios finales. Los juicios sobre riesgos y beneficios no suceden en un vacío; los psicólogos siempre están actuando en nombre de sus consumidores: estudiantes, clientes, pacientes. Ya que estos consumidores son participantes activos en la relación profesional, uno puede argumentar que la profesión entera de la psicología proviene de la dignidad y el valor inherentes de los individuos a quienes los psicólogos están ayudando.

El supuesto de que la gente es intrínsecamente digna de respeto conduce al principio ético de la *autonomía*. Beauchamp y Childress definieron la autonomía como "regla personal de uno mismo que está libre de interferencias de control por otros y de las limitaciones

personales que previenen la decisión significativa, como la comprensión inadecuada" (1994, p. 121). Debido a que las personas merecen respeto y a que tienen razones para sus acciones, los psicólogos están obligados a considerarlas como agentes libres, sin interferir en sus decisiones y acciones excepto bajo circunstancias inusuales. Entrar a una relación profesional no elimina la dignidad o la autonomía de las personas.

El principio de la autonomía protege el derecho de la gente de tomar las decisiones que otros consideran absurdas. Por ejemplo, uno puede creer que esquiar en montaña es imprudente y autodestructivo: las probabilidades de lesión son muy altas. Sin embargo, los juicios de las personas sobre los riesgos implicados no justifican la acción de poner barricadas para evitar que entren los esquiadores. Las personas que esquían lo hacen por sus propias razones, y esas razones y acciones deben ser respetadas.

Cuando la gente no es capaz de tomar sus propias decisiones, los profesionales necesitan intervenir por el bien de los pacientes. Cuando se arreglan los compromisos involuntarios, el principio de autonomía, debido a la competencia limitada, es reemplazado por el principio de buena voluntad. Los psicólogos sobrepasan algunas veces la autonomía de la gente, por razones benévolas, incluso cuando esa gente es competente. Por ejemplo, un psicólogo puede sugerir a un paciente que deje su matrimonio porque hacerlo sería "mentalmente sano". De hecho, cualquier opción, mantenerlo o dejarlo, tiene beneficios y riesgos potenciales, y el paciente debe ser el que decide finalmente; claro, teniendo de por medio las sugerencias profesionales del terapeuta. Desafortunadamente, por varias razones, los terapeutas pueden intentar tomar las decisiones por los pacientes. Quizá el terapeuta se esté enfrentando contra su propio matrimonio en forma indirecta a través del paciente; él puede creer que los beneficios de dejarlo compensan los sacrificios y por tanto apresura al paciente. O quizás un terapeuta tenga ideas políticas sobre lo que es el matrimonio y entonces desee ponerlas en práctica. Ninguna de estas razones son éticamente justificables.

El peso relativo dado a los principios de la buena voluntad y de la autonomía cuenta para muchas de las decisiones más difíciles del razonamiento ético profesional. El conflicto entre la autonomía y la buena voluntad conduce a preocupaciones de *paternalismo*, que se pueden definir como un juicio en el que la buena voluntad reemplaza a la autonomía. Las acciones paternalistas pueden ser justificadas o injustificadas, depen-

diendo de factores tales como el grado de información disponible para los pacientes, su nivel de capacidad para entender y para utilizar esa información para la toma de decisiones, así como los posibles intereses personales del psicólogo. Por ejemplo, en el caso 4-2, el doctor Anderson hace un juicio paternalista al considerar que el aprendizaje de los estudiantes compensa el engaño que sufren de manera temporal.

Una forma de concebir el respeto a la autonomía por parte de los psicólogos es facilitar y no inhibir las capacidades y las oportunidades de los pacientes al tomar las mejores decisiones posibles. Los psicólogos deben reconocer que pueden no convenir siempre con esas decisiones. Las decisiones de los clientes son autónomas cuando están libres de las restricciones inadecuadas puestas en ellos por los psicólogos. En el caso 4-1, el doctor Newman violó la autonomía de la señora Eldridge proporcionando información incompleta y engañosa sobre sus capacidades, de tal modo que restringía su decisión.

La obligación de respetar la autonomía conduce a tres reglas éticas específicas (Beauchamp y Childress, 1994). (Por supuesto, estas reglas también sirven para promover el bien y para prevenir el daño; así, la buena voluntad y la no malevolencia también pueden justificarlas.) Una regla es *Infidelidad*, o el cumplimiento de las promesas. Si los pacientes toman las decisiones basadas en promesas de los psicólogos, las decisiones serán buenas solamente si se mantienen dichas promesas. Por ejemplo, si los estudiantes se inscriben en un curso que promete ser sobre estadística, necesitan que se les enseñe estadística y no psicopatología, historia del arte o el más reciente pasatiempo del profesor.

Una segunda regla ética que proviene directamente del principio de la autonomía es la *veracidad*, o el decir la verdad: la información en la cual los pacientes basan sus decisiones necesita ser exacta. El plan del doctor Anderson para desconcertar a sus alumnos lleva a preguntas importantes en esta cuestión. Una regla final es la de la *confidencialidad* (a ser discutida), que se refiere a la obligación de los psicólogos de guardar las declaraciones en privado de sus pacientes.

Justicia

El cuarto principio ético general es la *justicia*. Aunque hay varios significados de justicia, el más importante para los psicólogos practicantes es la imparcialidad, es decir, la obligación de tratar por igual la igualdad y de manera desigual la desigualdad (Beauchamp y Childress, 1994). El tratamiento diferenciado se debe basar

en dimensiones éticas relevantes; si no, el resultado es un comportamiento poco ético que se puede llamar injusto o discriminatorio. Los profesores que califican el curso en funcionamiento de la examinación, ganancia en conocimiento y habilidad intelectual, así como otros indicadores de aprendizaje, se están comportando de manera justa. Los profesores que basan la calificación en el género, los antecedentes étnicos o el atractivo físico no se están comportando de manera justa porque toman como relevante algo sin importancia para el conocimiento de la materia. Terapeutas como el doctor Newman, que basan la frecuencia de las sesiones en la riqueza de los clientes, más que en la necesidad del tratamiento, están violando el principio de la justicia.

El razonamiento ético en la práctica

El razonamiento ético implica el hecho de poner en práctica los principios y las reglas generales precedentes, así como conocer los códigos profesionales relevantes y los requisitos legales. Sin embargo, aun cuando se tenga el completo conocimiento de estos principios, los psicólogos que presentan este razonamiento ético pueden encontrarse en discrepancia unos con otros acerca de qué principio o principios son primarios. También pueden sostener valores diferentes que pueden afectar sus decisiones. Por ejemplo, muchos psicólogos valoran los resultados de la investigación psicológica lo bastante como para justificar el engaño a voluntarios en aras de la investigación. Otros creen que los resultados de la investigación no son tan importantes (Baumrind, 1985). Asimismo, los pacientes y los terapeutas de diversos grupos culturales pueden sostener valores diferentes que conducen a diversas metas y estrategias psicoterapéuticas. Por ejemplo, los terapeutas y los pacientes pueden discrepar en el hecho de que un individuo de 20 años de edad que todavía esté viviendo con sus padres, muestre dificultad para emanciparse o que simplemente manifieste una necesidad poco saludable de la compañía familiar (McGoldrick, Pearce y Giordano, 1982).

A través de este capítulo exploraremos varios temas éticos importantes, para lo cual consideraremos varios casos adicionales. Los casos se centran sobre todo en la psicoterapia, pero el proceso de razonamiento se aplica también en el diagnóstico, evaluación, investigación, consulta, enseñanza y los demás papeles profesionales de los psicólogos. Dos puntos necesitan ser reforzados: en primer lugar, usted puede sentirse frustrado porque algunos de los casos no presentan respuestas claras;

puede llegar a pensar que los psicólogos justifican casi cualquier cosa dependiendo de la situación. En una situación dada, es a veces verdad que todas las alternativas son éticamente aceptables y ninguna es puramente ética. Sin embargo, incluso en las áreas grises, el razonamiento ético puede ayudar a los psicólogos a distinguir claramente el comportamiento poco ético y a elegir bien entre varias alternativas éticas.

En segundo lugar, el término *psicólogo poco ético* no aparece en este capítulo; resulta más apropiada una frase tal como "psicólogos que presentan un comportamiento poco ético". Relativamente son pocos los psicólogos que perjudican la imagen profesional de la psicología. Por lo general, los psicólogos que violan las normas éticas no son mal intencionados, incluso, casi todos resultan buenos psicólogos, lo que pasa es que pueden desconocer ciertas áreas de la psicología, o puede ser que estén pasando por una áspera crisis personal o profesional determinada, o simplemente se da el caso de que incurren en una equivocación que por desgracia tiene determinadas consecuencias serias (Keith-Spiegel y Koocher, 1985). El hecho de que sean compasivos, con buenas intenciones y que se dediquen a ayudar a la gente, no significa que los psicólogos no puedan ser considerados como profesionistas capaces de un comportamiento poco ético.

COMPETENCIA

Como vimos en el caso 4-1, los psicólogos deben tener la capacitación, experiencia, conocimiento y habilidades necesarios para trabajar con sus pacientes. Aquí está otro caso que gira en torno a los temas de capacidad:

Caso 4-3

La doctora Davis, psicóloga clínica en práctica privada de psicoterapia, ha estado trabajando con la señora Edison por casi un año en terapia individual. Han trabajado en varios temas, y ahora la señora Edison introduce a la terapia algunos problemas matrimoniales. La doctora Davis ha leído algunos artículos sobre técnicas de confrontación en terapia matrimonial, así que decide hacer que la señora Edison traiga a su marido para una sesión de terapia en la cual la doctora anime a los esposos a "dejar que todo salga" y compartir todas las quejas de uno y otro. Después de un tiempo de terapias, la doctora Davis consideraba que las sesiones iban bastante bien, pero recibe la sorprendente noticia de que el señor Edison deja a su esposa y se queja ante un comité local de ética de que la doctora Davis ha "arruinado nuestro matrimonio con su terapia a medio cocer".

El comité de ética necesitará ocuparse de varios temas en este caso, pero el primero es la capacidad profesional. El código de la APA establece: "los psicólogos proporcionan servicios, sólo dentro de los límites de su capacidad, basados en su instrucción profesional, capacitación, experiencia supervisada o experiencia profesional apropiada" (APA, 1992, p. 1600, norma 1.04) ¿La doctora Davis actuaba de forma competente?

La doctora Davis puede argumentar ser un médico competente y puede ofrecer evidencia enumerando varias de las maneras generales que la psicología tiene para reconocer la capacidad. Se graduó de una institución regionalmente acreditada; fue a un programa de capacitación en psicología clínica y terminó un internado, ambos acreditados por la APA, que es la institución que fija las normas para los programas clínicos e internados (así como para el asesoramiento y la escuela) (Sheridan, Matarazzo y Nelson, 1995). Obtuvo una licencia como profesionista en psicología en su estado, basada en sus estudios universitarios y en su experiencia posdoctoral supervisada, y también al aprobar exámenes orales y escritos. Con la intención de obtener más conocimientos en su profesión, estudió un diplomado en la Junta estadounidense de psicología profesional, lo que significa que era una persona con muchos estudios que le hacían accesible la consecución de una licencia. Aunque estos métodos de asegurar la capacidad profesional se han criticado (véase por ejemplo, Greenberg, 1978; Hogan, 1979), se reconocen por lo general como indicación necesaria, si no suficiente, de tener capacidad ante el público y ante las agencias que emplean psicólogos.

El comité de ética observará debidamente los antecedentes de la doctora Davis pero también reconocerá, como notan Corey, Corey y Callanan, que "la mayor parte de las licencias y de las credenciales son genéricas; es decir, no especifican a qué tipo de pacientes deben tratar o cuáles son los problemas para los que están capacitados a trabajar, ni las técnicas a utilizar" (Corey *et al.*, 1993, p. 182). No existe un cierto número de experiencia o capacitación mediante la cual se logre preparar a los psicólogos para que sean capaces de resolver todos los problemas posibles, ni entender perfectamente todas las modalidades de terapia que existen, o tener un entendimiento perfecto en cada una de las culturas. Todos los psicólogos tienen límites de capacidad y, aunque son gente muy brillante que goza enfrentando desafíos, necesitan prepararse en forma adecuada, a través de la capacitación y la experiencia supervisada, para enfrentar esos desafíos.

Para el comité de ética, permanece la pregunta: "en este caso, la doctora Davis, tan profesional que es en lo general, ¿fue más allá de los límites de su capacidad?" Dado que los temas matrimoniales de la terapia no son simplemente extensiones de sentido común de los temas individuales de la terapia, el comité deseará saber si ella tenía cursos en terapia matrimonial y si tenía alguna capacitación supervisada sobre tales temas, incluso el conocimiento de la ética en su profesión (Margolin, 1982; Vesper y Brock, 1991). El comité deseará saber si ella buscó consulta cuando decidió que la terapia matrimonial podía beneficiar a la señora Edison.

Existen tres posibilidades para catalogar el comportamiento de la doctora Davis. Primero, habría podido ser poco ético porque ella no era competente. Sin embargo, supongamos que la doctora Davis buscó la consulta de otro psicólogo con maestría en terapia matrimonial, un psicólogo que fue informado sobre el caso y que desarrolló un tratamiento junto con la doctora Davis. El consultor de la doctora Davis juzgó que el plan funcionaría; desafortunadamente, no sucedió así. En segundo lugar, existe la posibilidad de que el comportamiento fuera evidencia de un juicio pobre de parte de la doctora Davis y su consultor, aunque esto no significa necesariamente que los profesionales actuaban en forma poco ética. Tercero, la doctora Davis pudo haber utilizado un buen juicio pero que no tuvo el resultado pronosticado; la terapia, después de todo, no funciona todo el tiempo. La psicología, como cualquier profesión, no es una ciencia exacta, por lo que no siempre se dan los resultados positivos. Los pacientes pueden no mejorar, los estudiantes pueden no pasar un curso y la investigación puede no mostrar los resultados anticipados.

Para tomar su decisión, el comité deberá ver los hechos del caso, incluyendo el daño que se hizo o se pudo haber hecho a la pareja Edison. Procurará determinar si el daño debió haber sido anticipado y si la doctora Davis actuaba para evitar el daño. Puede también intentar juzgar por qué la doctora Davis pudo haberse comportado incompetentemente: ¿fue pereza, arrogancia, descuido, ignorancia, avaricia?

Si consideramos que la doctora Davis no era competente para practicar la terapia matrimonial, el comité juzgaría sus acciones como poco éticas y tomaría algunas acciones punitivas. También la instruiría sobre cómo los psicólogos pueden evitar la incompetencia profesional. A todos los psicólogos se les pide en ocasiones hacer cosas que están más allá de su capacidad, y ellos necesitan reconocer sus áreas de incompetencia. Deben

evitar comprometerse con estos comportamientos (no malevolencia) y tomar medidas alternativas para ayudar a su paciente (buena voluntad). En este caso, la doctora Davis hubiera podido referir a la señora Edison a una persona bien capacitada para la terapia matrimonial o, a pesar de su nivel de estudios académicos, la doctora Davis pudo haber buscado la supervisión para su trabajo con la pareja.

Los psicólogos necesitan reconocer que sus habilidades clínicas y de razonamiento ético pueden disminuirse temporalmente debido a sus propios problemas personales (véase la norma ética 1.13 de la APA). Por ejemplo, la doctora Davis pudo haber experimentado un divorcio reciente, que nubló su juicio lo suficiente como para hacerla inadecuada para confrontar al señor Edison. Los psicólogos, en especial aquellos que se encuentran en la práctica privada, evitan a menudo tales lapsos en el juicio permaneciendo profesionalmente activos, participando en los talleres, las conferencias y otras formas de educación continua, y también llevando a cabo sesiones regulares de consulta, así como intentando estar lejos de la oficina para relajarse y para satisfacer sus propias necesidades personales.

Los psicólogos necesitan cerciorarse de que están actuando según las normas validadas. Sin embargo, algunas veces no hay normas; en este caso, el código de la APA (1992) requiere que los psicólogos "tomen medidas razonables para asegurar la competencia de su trabajo y para proteger del daño a pacientes, a clientes, a estudiantes, a participantes de investigación y a otros" (p. 1600, norma 1.04). Los psicólogos deben actuar con precaución; su compasión por los pacientes y su deseo de intentar cualquier cosa que pudiera funcionar se debe templar con el reconocimiento del daño que puede hacerse. En estas situaciones, la no malevolencia sobrepasa claramente a la buena voluntad.

EL CONSENTIMIENTO CON INFORMACIÓN

Todos los servicios ofrecidos por los psicólogos contienen ciertos elementos de riesgo; a veces el servicio puede incluso no ser eficaz. Cuando los clientes entran en una relación con un psicólogo como pacientes de la terapia, pacientes de evaluación, estudiantes o participantes de la investigación, alguno de ellos puede no saber lo suficiente sobre la naturaleza de la relación, los resultados posibles, los riesgos implícitos o las alternativas disponibles para ellos. Al mismo tiempo, los pacientes tienen el derecho de rechazar la participación o de consentirla. El

derecho de los pacientes para consentir o para rechazar el tratamiento como agentes autónomos, y su derecho a tomar decisiones basadas en información adecuada proporcionada por el profesional, se llama doctrina del *consentimiento con información* (Appelbaum, Lidz y Meisel, 1987). Sobre la base de esta doctrina, los psicólogos tienen dos obligaciones relacionadas: (1) proporcionar información con la cual los pacientes puedan tomar buenas decisiones y (2) asegurar la autorización de los pacientes, su consentimiento para la participación en actividades tales como la terapia, la evaluación y la investigación. El concepto del consentimiento con información tiene componentes éticos, legales y clínicos. Consideraremos cada uno conforme sigamos el proceso de razonamiento ético de la doctora Baker.

Caso 4-4

La doctora Baker es una psicóloga joven que apenas se incorpora a la práctica privada. Uno de sus primeros clientes es la señorita Young, que parece no estar muy convencida de incorporarse a la terapia con la doctora Baker. "Esperaba a una persona mayor", dice la señorita Young. "¿Está usted segura de que puede ayudarme?" La doctora Baker simplemente responde, "parece que está usted muy alterada", y evita hablar mucho sobre qué es la terapia o lo que puede o no puede lograr. Ella sabe que está obligada éticamente a proporcionar cierta información al paciente sobre la naturaleza de la terapia, pero teme que si dice a la señorita Young sobre algunos de los riesgos de la terapia, ésta podría no continuar con el tratamiento. La doctora Baker piensa para sí, "¿le debo ocultar esta información para que ella pueda beneficiarse de la terapia, o le digo lo que puede esperar de la terapia y correr el riesgo de que no la siga?"

Leyes y códigos

La primera pregunta de la doctora Baker podría ser, "¿la doctrina ética del consentimiento con información se aplica a los psicólogos practicantes?" De hecho, esta doctrina no comenzó en la psicología sino en la medicina: los médicos tienen prohibido legal y éticamente tocar a los pacientes o realizar procedimientos médicos sin el consentimiento de los pacientes (Beauchamp y Childress, 1994; Lidz *et al.*, 1984). Lidz y otros establecieron el requisito legal: "a menos que un doctor divulgue a un paciente ciertos tipos de información antes de emprender un procedimiento de diagnóstico, terapéutico o de investigación, el paciente puede recibir daños

del doctor si el procedimiento lo daña, aunque el procedimiento en sí mismo haya sido realizado correctamente" (1984, p. 4). Los médicos están legal y éticamente obligados a proporcionar a los pacientes la información sobre la naturaleza y el propósito de un procedimiento, los riesgos y los beneficios de éste, los procedimientos alternativos, sus riesgos y beneficios, así como los riesgos y los beneficios de no hacer nada.

La doctrina del consentimiento con información también se ha vuelto parte de la práctica psicológica (Haas, 1991). El código de la APA declara: "los psicólogos obtienen el apropiado consentimiento con información de la terapia o de los procedimientos relacionados, usando el lenguaje que es razonablemente comprensible a los participantes. Cuando las personas son legalmente incapaces de dar consentimiento con información, los psicólogos obtendrán el permiso informado de una persona legalmente autorizada, si tal consentimiento sustituto es permitido por la ley" (APA, 1992, p. 1605, norma 4.02).

La justificación para el consentimiento con información, según lo observado, es la autonomía. El consentimiento también es justificado por los principios de la no malevolencia y de la buena voluntad. Un proceso eficaz de consentimiento protege contra la explotación de los pacientes (Hare-Mustin, Maracek, Kaplan y Liss-Levinson, 1979) y proporciona efectos positivos potenciales tales como facilitar la relación terapéutica, permitiendo que los pacientes se vuelvan más racionales y así tomen mejores decisiones, y aumentando el cuidado que los terapeutas toman respecto al tratamiento (Appelbaum y colaboradores, 1987).

Una vez que la doctora Baker entienda la ley, la norma de la APA sobre consentimiento con información y sus justificaciones teóricas, ella deberá formular su propia política sobre el consentimiento con información para su práctica. Para aplicar la doctrina adecuadamente, ella considerará las dos partes principales de la doctrina: información y consentimiento.

Información

La doctora Baker no necesita dar a su paciente un curso de graduación en terapia, sino que ella debe proporcionar cierta información para satisfacer su obligación. Ciertos lineamientos vienen de las cortes: dos normas jurídicas importantes se han utilizado para determinar si los psicólogos han proporcionado la información adecuada a los pacientes. La primera es la *norma de la*

práctica profesional, que indica que: "la manifestación adecuada es determinada por las prácticas comunes de una comunidad profesional" (Beauchamp y Childress, 1994, p. 147). Usando esta norma, la doctora Baker necesita saber lo que los psicólogos en situaciones similares divulgan por lo general. Aquí, los datos empíricos son desalentadores; los psicólogos parecen no tener completa su revelación sobre la información (Handelsman, Kemper, Kesson-Craig, McLain y Johnsrud, 1986; Somborg, Stone y Claiborn, 1993). De este modo, la norma de la práctica profesional no hace lo suficiente para mantener los principios de la autonomía y la buena voluntad.

La segunda norma jurídica y la más común es la *norma de la persona razonable* articulada en *Canterbury vs. Spence* (1972). Esta norma requiere que los psicólogos "divulguen toda la información posible sobre un tratamiento propuesto por ellos que cualquier persona razonable (que no está dañada de sus facultades mentales) y en calidad de paciente considere como material importante para tomar cierta decisión, ya sea para participar o para renunciar al tratamiento" (Lidz *et al.*, 1984, p. 14).

Consistente con la norma de una persona razonable, la información proporcionada necesita ser relevante y adecuada (Beauchamp y Childress, 1994). La *importancia* se refiere a la probabilidad de que la información tenga un impacto en la decisión para incorporar o rechazar un servicio determinado. La *suficiencia* significa que el psicólogo debe proporcionar bastante información que sea útil. La doctora Baker no puede elegir la omisión arbitraria de cierta información porque puede hacer que la señorita Young decida en forma errónea. La información que se le otorgue a la señorita Young probablemente sea lo que necesita para tomar una decisión con toda conciencia.

Existe muy poca investigación respecto a lo que la gente razonable desea saber sobre la terapia (Braaten, Otto y Handelsman, 1993). Sin embargo, los autores han sugerido que los psicólogos proporcionen información sobre varios aspectos de la terapia, además de la naturaleza, el riesgo y los beneficios de la terapia y sus alternativas, incluyendo la información sobre la duración, los honorarios, el archivo del expediente, el programa, la cobertura del seguro, la confidencialidad y sus límites (véase líneas abajo), las credenciales del terapeuta y hasta los procedimientos para quejarse ante las autoridades (Handelsman y Galvin, 1988; Kovacs, 1984). Los clientes evaluados también tienen el derecho a saber los propósitos y los resultados de la evaluación.

Algunos estados en la Unión Americana, incluyendo Washington y Colorado, han aprobado recientemente legislaciones que requieren que los psicólogos proporcionen cierta información específica a los pacientes de psicoterapia. Por ejemplo, la ley de Colorado (C. R. S. 12-43-214) requiere que los psicólogos indiquen, por escrito, las credenciales del terapeuta, la dirección y el número telefónico del consejo de quejas o agravios del estado y el derecho del paciente a una segunda opinión. Además, la forma de "revelación obligatoria" debe indicar que la "intimidad sexual nunca es apropiada" y que los pacientes tienen el derecho a recibir información sobre los métodos y la duración de la terapia, de los honorarios y de la confidencialidad.

Comprensión

La ley que se aplica en el estado de Colorado requiere que los terapeutas divulguen información, pero la ley no dice algo sobre hacer entender a los pacientes lo que leen en la forma. Con el fin de que la información alcance la meta de mejores decisiones de los pacientes, éstos necesitan entenderla.

Muchos autores han sugerido que la información importante sobre la terapia se presente en formato escrito, por razones que incluyen la mejor comprensión de la información (Handelsman *et al.*, 1986; Miller y Willner, 1974; Morrow, Gootnick y Schmale, 1978), la autonomía de los pacientes (Hare-Mustin *et al.*, 1979) e incluso la disminución de las demandas por negligencia contra los psicólogos (Austin, Moline y Williams, 1990; Kovacs, 1984). Desafortunadamente, la investigación ha encontrado que la mayoría de la información escrita dada a los pacientes es muy difícil de entender; muchas formas se escriben como si fueran un diario académico (Handelsman *et al.*, 1986, 1995). Resulta injusto y es discriminatorio escribir formas que no puedan ser leídas por gente de bajo nivel educativo.

La doctora Baker debe informar a sus pacientes en un lenguaje que sea claro. Por ejemplo, en vez de decir, "las comunicaciones sobre comportamiento perjudicial a los menores de edad rompen con los límites de la confidencialidad", ella podría decir, "si usted me dice que ha abusado de su niño, debo remitirlo al Departamento de servicios sociales". Ella debe evitar usar jerga de la materia y debe dar a los pacientes la oportunidad de hacer preguntas acerca de la información que proporciona. Sus respuestas deben ser pensadas para informar a los pacientes, no para persuadirlos de incorporarse al tratamiento. Si un paciente no es una persona que hable

en forma fluida el idioma, necesita tener especial cuidado en usar la expresiones coloquiales o figuras de discurso, que son particularmente difíciles de entender para la gente de otras culturas (Sue y Sue, 1990). Si la doctora Baker decide presentar la información a los pacientes por escrito, debe hacer la información legible (Sullivan, Martin y Handelsman, 1993), pero no debe sustituir la forma escrita por un proceso completo del consentimiento con información, que incluye hablar con los pacientes sobre la terapia y sobre cualquier pregunta que pudieran tener (Vaccarino, 1978). Dependiendo de la capacidad de sus pacientes para manejar el lenguaje, ella puede necesitar traducir cualquier información escrita al lenguaje primario de los clientes (APA, 1991).

Consentimiento

Voluntariedad

El consentimiento a la terapia u otros servicios de carácter psicológico debe ser voluntario; un paciente obligado o una condición impuesta no pueden resultar en un consentimiento válido. "Forzar a una persona es ponerla en una posición donde no hay alternativa importante, una posición en la cual la persona no pueda hacer nada sobre las opciones y es forzada a hacer una decisión fuertemente sesgada" (Carroll *et al.*, 1985, p. 30). Por ejemplo, hacer que dependa la calificación de un curso en una sola fuente de investigación, sin permitir que los estudiantes presenten otras fuentes y alternativas, es poco ético. También es coercitivo el caso en el cual la alternativa a la participación en la investigación es tan odiosa que ningún estudiante razonable la elegiría. A veces la línea entre la persuasión y la coerción es difícil de trazar. En muchas situaciones forenses, como la evaluación y el tratamiento ordenados por la corte dentro de prisiones, el consentimiento voluntario llega a ser más complicado, y los psicólogos deben tener cuidado de respetar los derechos de los pacientes (Clingempeel, Mulvey y Reppucci, 1980).

Si la doctora Baker omite información importante sobre riesgos o sobre fuentes alternativas, corre el riesgo de forzar a la señorita Young al tratamiento. Sin embargo, si la doctora Baker realmente piensa que su terapia hará algún bien a la señorita Young, puede dar su recomendación profesional; debe considerar y rechazar la posibilidad (quizás con ayuda de un consultor) de que está actuando fuera del interés propio. También necesita enmarcar su recomendación de una manera que no sea intimidante, sino respetuosa de la autonomía de

la señorita Young y de su derecho a rehusarse. El "recomendar un curso de acción se puede ver como promover el bienestar del paciente. Sin embargo, cuando el terapeuta insiste en uno, se disminuye el derecho del paciente a tomar una decisión libre" (Hare-Mustin *et al.*, 1979, p. 7).

Competencia para el consentimiento

Para que un consentimiento sea válido, el paciente debe ser competente para tomar una decisión racional. "La pregunta básica es, ¿puede la persona comprometerse a desarrollar pensamientos que sean adecuados para tomar decisiones competentes sobre su vida? Se asume la capacidad de una persona a menos que se le haya declarado en términos legales 'mentalmente incompetente'" (Everstine *et al.*, 1980, p. 831). No hay pruebas perfectas sobre la capacidad. Sin embargo, los psicólogos deben tener cuidado al juzgar a una persona incompetente sólo porque no están de acuerdo con ella. Una forma de juzgar la capacidad es considerar si los pacientes pueden dar en forma clara las razones de sus decisiones, teniendo presente que las opciones razonadas no necesitan ser perfectas.

Aunque la edad específica para el consentimiento varía entre diferentes estados, los menores de edad, por definición, son incompetentes para consentir el tratamiento. Las discapacidades de desarrollo y otros daños cognoscitivos significativos pueden también conducir a un juicio de incompetencia. Sin embargo, la capacidad no es siempre un juicio definitivo; incluso la gente con trastornos mentales severos puede tomar algunas decisiones en ciertas ocasiones.

En casos de la incompetencia para consentir, un apoderado, por lo general un miembro de la familia o alguien señalado por la corte como guardián, necesita dar consentimiento con información. Pero el consentimiento del apoderado no reduce la obligación de los psicólogos de proporcionar la información al apoderado y a la persona incompetente. Según el código de la APA, "los psicólogos: (1) informan a aquellas personas que sean legalmente incapaces de dar consentimiento con información... de una manera conmensurada con las capacidades psicológicas de las personas; (2) buscan su aprobación a esas intervenciones, y (3) consideran las preferencias y los mejores intereses de tales personas" (APA, 1992, p. 1605, norma 4.02). La gente por lo general "aprueba" en lugar de "consentir" cuando entiende que estará implicada en una relación con un psicólogo, aunque no tenga alguna oportunidad para rehusarse.

Excepciones al consentimiento con información

La doctrina del consentimiento con información incluye cuatro excepciones: incompetencia, emergencia, renuncia y privilegio terapéutico.

1. *Incompetencia*: cuando la incompetencia se utiliza para denotar una excepción al consentimiento con información, se refiere a la incapacidad de los pacientes para tomar una decisión razonada como resultado de la edad, la crisis, la enfermedad mental o de otros factores. Sin embargo, los psicólogos no deben suponer que todos los pacientes que vienen buscando el tratamiento están en una crisis severa suficiente para autorizar una excepción. Si la doctora Baker sintiera que la señorita Young estaba en crisis y que no entendería de manera cabal la información para tomar una buena decisión, o necesitase la ayuda antes de explicar todos los pros y contras de la terapia, la doctora Baker podría no tener que proporcionar información para conseguir el consentimiento.

2. *Emergencia*: la segunda excepción son las situaciones de emergencia. En medicina, los pacientes inconscientes traídos en ambulancia podrían morir antes de poder dar su consentimiento. En este caso, proporcionar tratamiento hasta que el paciente pueda ser capaz de dar consentimiento no sólo es justificable sino también éticamente obligatorio. Sin embargo, en psicoterapia, pocos pacientes están inconscientes, por lo que las situaciones de emergencia ocurren con poca frecuencia. Los psicólogos pueden tratar en emergencias a pacientes sin la obtención del consentimiento.

3. *Renuncia*: la tercera excepción al consentimiento con información es la renuncia. Los pacientes tienen el derecho a rechazar la información (*Cobbs vs. Grant*, 1972) y alguna investigación en medicina ha mostrado que algunos pacientes ejercitan ese derecho. Por ejemplo, Alfidi (1975) dijo a sus pacientes del hospital que sus procedimientos médicos próximos tendrían algunos riesgos. Cuando él preguntó a los pacientes que si deseaban que se les dijera cuáles eran los riesgos específicos, alrededor de 60% de ellos dijo que no. De este modo, renunciaron a sus derechos de la información sobre riesgos. Para ser válidas, las renunciaciones deben ser informadas y voluntarias; los pacientes deben saber que tienen un derecho a la información.

4. *Privilegio terapéutico*: La cuarta y más controversial de las excepciones al consentimiento con infor-

mación se llama privilegio terapéutico. En medicina, "un médico puede retener de forma legítima la información, basado en un juicio médico indudable de que divulgar la información sería potencialmente dañino a un paciente deprimido, agotado emocionalmente o inestable" (Beauchamp y Childress, 1994, p. 150). Esta excepción es controversial debido al potencial para el abuso; por ejemplo, la doctora Baker puede reclamar que todos sus pacientes vienen a su oficina muy consternados, por lo que cualquier información sería dañina. Los comités de ética sospecharían de tales argumentos y podrían solicitar a la doctora Baker que considerara que está utilizando esta excepción como cubierta para los motivos menos nobles, tales como el interés propio o el malestar al proporcionar la información. Las decisiones que los pacientes necesitan tomar son las importantes, y el proceso del consentimiento con información no necesita estar libre de dolor para ser eficaz.

CONFIDENCIALIDAD

Bersoff escribió: "a excepción del último precepto, sobre todo el de no hacer ningún daño, tal vez ningún valor ético en psicología sea más inculcado que el de la confidencialidad" (1995, p. 143). La primera justificación teórica para la confidencialidad es la buena voluntad; se cree de manera extensa que los pacientes tendrán una disposición más favorable hacia la terapia, y hacia el descubrimiento de uno mismo implicado, si saben que la información proporcionada se mantendrá en privado (Siegel, 1979).

La segunda justificación principal para la confidencialidad es el respeto de la autonomía, y se arraiga en la noción general en nuestra sociedad del derecho a la privacidad. La información divulgada por los pacientes todavía pertenece a ellos, y no a los terapeutas. Por tanto, éstos no están en libertad para decidir qué hacer con esa información. Este derecho fundamental a la privacidad se establece en el sentido común y en la ley constitucional.

Con estas dos justificaciones para la confidencialidad en mente, considere el caso siguiente:

Caso 4-5

El doctor Braff está viendo a un paciente, Joe, que está intentando manejar la tensión en el trabajo. Joe es un paciente muy cooperativo que ha logrado cierto progreso en las primeras etapas de la terapia. Pero el doctor Braff sabe que incluso con los mejores pacientes pueden presentarse situaciones inesperadas sobre la con-

fidencialidad. También ha leído la norma 5.02, la cual dice, en parte, "los psicólogos tienen la obligación principal de tomar precauciones razonables para respetar los derechos de confidencialidad de aquellos con quienes trabaja..." (APA, 1992, p. 1606). El doctor Braff considera los siguientes escenarios, de modo que tenga alguna idea de cómo actuar cuando se presentan.

1. Un compañero de trabajo de Joe, un tanto preocupado por la salud de éste, le llama para preguntar cómo está.
2. Joe dice al doctor Braff que se irá directo a su casa después de la sesión para matar a su madre con el cuchillo que trae.
3. Joe dice al doctor que él mató a su madre ayer por la noche, y que nadie sospecha.
4. Joe dice al doctor que planea desfalcar dinero de su compañía.
5. Joe dice al doctor que apenas se examinó y que es seropositivo, y que planea tener sexo sin protección con su compañera o compañeras sexuales.

El doctor Braff se pregunta, "suponiendo que Joe no me da permiso de contarle a alguien sobre estas situaciones, ¿bajo cuáles de estas circunstancias puedo o debería yo violar la confidencialidad de Joe?"

Este caso destaca algunas decisiones importantes que se harán relevantes a la confidencialidad, así como algunos elementos importantes sobre el razonamiento ético. Uno debe anticipar siempre lo inesperado para estar preparado para un margen de resultados. Una forma de estar preparado, y para entender la posición ética de uno, es considerar los escenarios alternativos que varían, comenzando con las situaciones en las cuales las obligaciones éticas están claras en cada lado. Por ejemplo, el doctor Braff no rompería ciertamente la confidencialidad en la situación 1. Según los principios de buena voluntad y autonomía, el doctor Braff no tiene ninguna buena razón para hablar sobre el progreso de Joe en dicha situación. El doctor Braff no puede incluso divulgar si Joe es o no un paciente. Sin embargo, él tiene un deber claro de romper la confidencialidad para proteger a la víctima en la situación 2. Una vez que se han establecido los escenarios "fáciles", uno puede proceder hacia las áreas difíciles (vea líneas abajo) en las cuales los juicios son más delicados. La situación 5 es una de esas áreas difíciles. Este procedimiento ayuda a definir los temas éticos de manera más exacta, define las áreas difíciles y permite la completa consideración empírica y ética.

Confidencialidad y privilegio

Mientras que la confidencialidad es una obligación ética y legal de mantener privadas las declaraciones, el privilegio es un derecho legal más limitado de los pacientes de no tener sus declaraciones reveladas en procesos jurídicos. Los estados conceden un estatus privilegiado a las comunicaciones en varias relaciones profesionales, incluyendo abogado-cliente, doctor-paciente y psicólogo-paciente. En algunos estados el privilegio se amplía a la terapia familiar y de grupo en las cuales más de un paciente está presente. En otros estados, no hay comunicación privilegiada bajo estas circunstancias.

El privilegio pertenece a los pacientes, y sólo ellos tienen la opción de renunciar al privilegio. Si lo hacen, los psicólogos podrían atestiguar en la corte incluso si su juicio profesional es que tal testimonio dañaría al cliente. De nuevo, la opción de los pacientes anula el bien posible que los terapeutas creen que pueden hacer.

Límites de la confidencialidad

Las excepciones a la confidencialidad ocurren sólo cuando los pacientes dan el permiso o cuando otras obligaciones éticas tienen precedencia. Los psicólogos nunca deben romper la confidencialidad simplemente para beneficiar al paciente, incluso cuando el beneficio sea significativo. Por ejemplo, si el doctor Braff comunicara a un compañero de trabajo sobre el progreso de Joe, éste podría ser seleccionado para un aumento. Sin embargo, sin su consentimiento, tal comportamiento sería poco ético al violar la regla de confidencialidad y el principio del respeto a la autonomía. La confidencialidad es un requisito riguroso. La buena voluntad hacia el paciente no compensa la autonomía; el paternalismo no se justifica en este caso.

El código de la APA dice a los psicólogos que informen a sus pacientes acerca de los límites de la confidencialidad. "Los psicólogos dialogan con las personas y las organizaciones con quienes establecen una relación científica o profesional respecto a... (1) las limitaciones relevantes en confidencialidad... y (2) las aplicaciones previsibles de la información generada a través de sus servicios" (APA, 1992, norma 5.01, p. 1606).

Renuncia

Los clientes pueden renunciar a su derecho a la confidencialidad. De hecho, éste es un acontecimiento relativamente común, pues los pacientes desearían que sus

terapeutas traspasaran la información a otros profesionales (médicos, otros terapeutas, etc.), a las compañías de seguros para recibir el pago de terceras personas y a los supervisores o a los consultores de los psicólogos. Si los pacientes catalogan su psicoterapia o su estado mental como tema en procedimientos de la corte tales como en las batallas de divorcio y de la custodia, acciones relativas al trabajo y procedimientos criminales, renuncian automáticamente a su derecho a la confidencialidad.

Abuso infantil

Otras situaciones implican el rompimiento de la confidencialidad sin el permiso de los pacientes. En estos casos a los psicólogos se les obliga a violar la confidencialidad debido a una obligación legal que la sociedad, vía las cortes y legislatura, ha juzgado más importante que los derechos de los pacientes a la privacidad. Tal situación es la sospecha de abuso: todos los estados tienen leyes que obligan a los psicólogos a señalar sus sospechas de abuso infantil o negligencia (Kalichman, 1993). Algunos estados también requieren señalar la sospecha de abuso a ancianos. La teoría detrás de estas leyes es que el bienestar del niño (o del anciano) sobrepasa las consideraciones de confidencialidad, y que los beneficios que obtiene el niño compensan el daño potencial hecho a la relación terapéutica. El que los beneficios compensen el daño sigue siendo una pregunta empírica abierta (Melton *et al.*, 1995), que es difícil de contestar.

Peligrosidad para uno mismo o hacia otros: El deber de proteger

Los psicólogos también deben tomar medidas para prevenir a los pacientes del suicidio. Si éstos parecen estar en peligro inminente de suicidarse, los psicólogos deben buscar la seguridad de los pacientes, lo que significa cualquier cosa, desde contactar con los pacientes hasta la hospitalización involuntaria (Bongar, 1991, 1992).

Muchos estados tienen leyes que obligan a los psicólogos y a otros a violar la confidencialidad cuando los pacientes han amenazado de daño físico inminente a una víctima o a víctimas razonablemente identificables, así como a tomar los pasos razonables para prevenir el daño a las víctimas previstas. Estas leyes fueron decretadas por el Tribunal supremo de California (*Tarasoff vs. Board of regents of California*, 1976), que encontró a un terapeuta culpable por no tomar medidas apropiadas para prevenir un asesinato después de que un paciente había amenazado con realizar esa acción.

La visión que prevalece en *Tarasoff* es que una amenaza inmediata de peligro físico inminente se considera suficiente para anular la confidencialidad. Debido a que esta excepción a la confidencialidad ocurre sólo en ocasiones y en circunstancias específicamente definidas, el nivel general de la confianza en el terapeuta no se disminuye en forma relevante.

El lado opuesto al caso *Tarasoff*, argumenta que la confidencialidad era una parte necesaria de la psicoterapia; la sociedad se beneficia más a largo plazo cuando los pacientes no están asustados para incorporarse a la terapia. Los pacientes se sentirán más libres de divulgar información personal en terapia cuando pueden confiar en sus terapeutas para mantener la privacidad. El supuesto empírico es que recibir terapia evita que la gente cometa crímenes, lo cual representa mayor seguridad para más gente.

Nótese que ambas partes invocan el principio de buena voluntad. Éste es un ejemplo en el cual la utilización de un principio, y no tanto el riesgo de perderlo, define el aspecto central del tema ético. La resolución de estos temas recae sobre preguntas empíricas, algunas de las cuales no se pueden contestar fácilmente, si no es que ninguna de ellas.

Debido a que el propósito principal de violar la confidencialidad es proteger a los pacientes o a terceros, no hay obligación de señalar los crímenes pasados que los pacientes han cometido, o los hechos actuales o futuros que no impliquen daño físico importante. El único daño ocurrido que debe ser señalado es el abuso infantil o del anciano si la ley del estado lo requiere. Así, el doctor Braff no debe violar la confidencialidad al reportar un asesinato ocurrido (punto 3) o una malversación (4).

La circunstancia (5), en la cual Joe es VIH-positivo, representa un área difícil en psicología actualmente. La primera obligación del doctor Braff es atender las necesidades clínicas de su paciente. La sensibilidad clínica y la confianza que se ha desarrollado entre el terapeuta y el paciente pueden prevenir un dilema ético si el doctor Braff puede convencer a Joe que informe a su(s) compañera(s) sobre su estado físico y que practique el sexo seguro.

Si hubiera precedentes legales claros, las decisiones de los terapeutas serían más fáciles. Sin embargo, en ausencia de tal dirección legal, los terapeutas deben seguir considerando sus obligaciones éticas (Knapp y Vande-Creek, 1990). Una forma en que algunos autores han procurado hacer esto es juzgando la magnitud a la cual una situación de SIDA es similar a la situación de

Tarasoff (Gray y Harding, 1988; Melton, 1988; Schlossberger y Hecker, 1996). De este modo, los terapeutas deben explorar las preguntas siguientes: ¿es el sexo sin protección un "peligro inminente"?; ¿cuál es el riesgo de infección de VIH en cada caso de sexo sin protección?; ¿es la infección del VIH un "daño físico significativo"? Finalmente, ¿qué tan identificable es la víctima? El daño, en forma de SIDA, toma tiempo para desarrollarse pero obviamente es importante. Si Joe es casado y amenaza tener sexo inseguro con su esposa, el doctor Braff tiene una obligación más clara de romper la confidencialidad que si Joe no es activo sexualmente y está hablando de posibles acontecimientos futuros. En ausencia de una guía clara, los terapeutas son impulsados a actuar con sensibilidad y franqueza clínica, a estar bien informados sobre leyes del estado, y a consultar con los colegas con mayor experiencia y/o con abogados (McGuire, Nieri, Abbott, Sheridan y Fisher, 1995).

La confidencialidad en otros contextos

Esta discusión sobre la confidencialidad se ha centrado sobre todo en situaciones de terapia, pero la confidencialidad también gobierna el trabajo de los psicólogos en la evaluación, la supervisión, la consulta y otros contextos. Sin embargo, las consideraciones de la confidencialidad pueden verse menos claras en varias circunstancias y necesitan ser discutidas por adelantado con las partes implicadas. Por ejemplo, la confidencialidad puede no existir entre los psicólogos y quienes están siendo evaluados, si la evaluación se hace a petición de terceros, como una corte o un negocio. Como se mencionó antes, los pacientes en la terapia de grupo y de familia pueden no estar protegidos en la misma magnitud que los pacientes individuales (Arthur y Swanson, 1993). Cuando los menores de edad son vistos para terapia o evaluación, los padres pueden tener acceso a la información revelada (Gustafson y McNamara, 1987).

Varios temas relacionados con la confidencialidad preocupan tanto a psicólogos como a profesores (Keith-Spiegel, Wittig, Perkins, Balogh y Whitley, 1993). Cuando los psicólogos utilizan ejemplos reales de casos de su propia práctica para ilustrar puntos en el salón de clase o durante talleres, están obligados éticamente a conseguir el permiso de esos pacientes, o bien de disfrazar la identidad de éstos. Las cuestiones de confidencialidad también se presentan cuando las calificaciones finales del curso se fijan en la pared del departamento. Por ejemplo, ¿son las calificaciones propiedad del estudiante y,

por tanto, privadas? ¿El publicar las calificaciones con referencia a los últimos dígitos del registro de seguridad social de los estudiantes es una garantía suficiente de anonimato?

El caso siguiente ilustra algunas de las decisiones difíciles que los profesores enfrentan respecto a la información que reciben de los estudiantes en las discusiones del salón de clase, en los artículos, y en las reuniones de oficina:

Caso 4-6

La doctora Gillespie, profesora de la universidad, se está acomodando para lo que ella espera sea una tarde tranquila calificando trabajos académicos para su clase de "psicología anormal". En el primer trabajo, un estudiante menciona que ha usado drogas. En el segundo, otro estudiante parece admitir haber plagiado su trabajo para otra clase. El tercer trabajo es de un estudiante seriamente deprimido.

Los estudiantes no gozan de la comunicación privilegiada o de la confidencialidad legal con sus instructores. Por tanto, mantener confidencialidad en el material escrito es una cuestión de ética más que de ley. En los tres casos, la primera opción de la doctora Gillespie puede ser reunirse con los estudiantes que escribieron los documentos. Porque no hay amenaza inmediata de daño, el impulso inicial de la doctora Gillespie a reportar a los primeros dos estudiantes y de alertar al centro de asesoramiento sobre el tercero, necesita sopesarse contra los derechos de los estudiantes a la privacidad además de las cuestiones de respeto. La doctora Gillespie puede justificarse al comentar con otro profesor porque su lealtad a la universidad o al bienestar de los estudiantes puede ser más fuerte que sus obligaciones de confidencialidad.

El dilema de la doctora Gillespie se hubiera podido evitar si hubiera razonado por anticipado a través de estos escenarios, desarrollando una política que podría comunicarse con los estudiantes por medio del programa de estudios. Por supuesto, necesita consultar con funcionarios y abogados de la universidad para ver si hay políticas que se relacionen con estos casos.

LÍMITES PROFESIONALES Y RELACIONES DUALES

La mayoría de las personas han escuchado o leído historias sobre terapeutas que tienen sexo con sus pacientes, y la mayoría de la gente está de acuerdo en que tal

comportamiento es poco ético. Los psicólogos deben saber que las relaciones sexuales con sus pacientes, estudiantes, participantes de investigación y otros están prohibidos. Pero hay muchos otros comportamientos que pueden o no tener lugar en una relación profesional, y los psicólogos tienen a menudo dificultad para juzgar cuándo puede ser que estén cruzando la línea entre la conducta profesional aceptable e inaceptable. El caso siguiente introduce preguntas específicas sobre el límite que los psicólogos enfrentan en su trabajo profesional.

Caso 4-7

El doctor Rodney es psicólogo en la práctica privada. Hace a su comité local de ética una serie de preguntas. Ha estado recibiendo, o piensa recibir, muchas clases de invitaciones de pacientes. Quisiera saber si debe o puede aceptar cualesquiera de estas invitaciones, y cuáles son los aspectos éticos. Algunas de las invitaciones que el doctor Rodney recibe suceden una sola vez; otros le invitan a que se haga participe de una clase diferente de relación. Todas estas invitaciones comienzan con "me gustaría que...

... viniera a mi boda."
 ...asistiera a mi reunión familiar; todos han escuchado acerca de usted."
 ...me acompañara al cine la noche del viernes."
 ...me acompañara a una cena privada; sólo nosotros dos."
 ...viniera a una reunión con mi abogado para discutir nuestro caso."
 ...me visitara en el hospital después de mi trasplante."
 ...viniera a una comida con barbacoa para los otros miembros de mi grupo de ayuda contra el cáncer, donde estarán también algunos terapeutas."
 ...usara mis boletos para asistir al juego del béisbol de esta noche; yo no puedo ir."
 ...guardase esta tarjeta de Navidad que le compré."
 ...colocase esta obra de Picasso en su oficina como símbolo de mi gratitud."
 ...me prestara \$1,000."
 ...contase algo de sus propios problemas, para variar."
 ...me abrazara."
 ...hiciera una evaluación de la custodia de mi hijo; mi marido y yo nos vamos a divorciar."
 ...se hiciera socio de mi nuevo negocio de sofás."

Los comités de ética están felices de responder a los psicólogos que buscan prevenir problemas éticos. Una consulta previa con los psicólogos puede ahorrar al comité la penosa tarea de investigar el comportamiento poco ético más adelante. Desafortunadamente, el comi-

té no siempre podrá proporcionar respuestas definitivas porque las decisiones se centran a veces en los hechos específicos de un caso dado, como son el tipo de terapia, los asuntos tratados en la terapia, el significado de un comportamiento en particular para el paciente, las cuestiones culturales implicadas y la situación personal del terapeuta. El comité puede proporcionar ayuda a los psicólogos mientras reflexionan sobre los casos destacando los temas éticos relevantes, incluyendo los conceptos de límites y de relaciones duales.

Los límites en las relaciones

El término *límites* se refiere a los parámetros que deben existir en las relaciones profesionales. Algunos comportamientos son claramente procedimientos estándares en los diversos tipos de relaciones profesionales. Por ejemplo, interpretar la transferencia, hacer hipnosis, pedir los honorarios y sugerir la terminación cuando la terapia no está funcionando son todos comportamientos apropiados para los psicoterapeutas. Tener horas de oficina, hacer exámenes y atender a ceremonias de graduación son comportamientos apropiados para los profesores. Por otra parte, algunos comportamientos no son claramente parte de tales relaciones. Por ejemplo, el ir al cine con los pacientes de la psicoterapia o enviarles tarjetas sentimentales de cumpleaños no es un comportamiento apropiado. Otros comportamientos, tales como visitar a los pacientes en el hospital, pueden ser o no apropiados.

Gutheil y Gabbard (1993) diferenciaron entre *cruzar* el límite, que sólo se refiere a los comportamientos que no se asocian con la relación en forma común, y las *violaciones* al límite, en las cuales se causa cierto daño. Las violaciones al límite afectan el principio de la no malevolencia y constituyen conflictos de interés. Hemos visto tal conflicto antes, cuando la doctora Baker (caso 4-4) consideraba retener la información para aumentar la probabilidad de que un paciente permaneciera en terapia. Siempre que las necesidades de los pacientes, de los participantes de la investigación, de los estudiantes y de otros consumidores lleguen a ser subordinadas a los intereses personales de los psicólogos, ocurre un conflicto de interés. También, satisfacer las necesidades de los psicólogos en vez de las de los pacientes es una violación a la fidelidad. Debido a que las violaciones al límite comprometen la capacidad de los psicólogos para proporcionar un servicio eficaz, éstos violan el principio de la buena voluntad. Ya sean reales

o imaginarios, estos conflictos pueden disminuir la confianza de los psicólogos ante los ojos de los clientes, de sus semejantes y del público.

Gutheil y Gabbard (1993) proporcionaron una larga lista de las violaciones y límites sobrepasados que pueden ocurrir en la psicoterapia orientada en forma psicoanalítica. Muchos de los límites se refieren a los aspectos estructurales de la relación: tiempo, espacio y dinero. Comenzar o terminar sesiones temprano o tarde, tomar llamadas telefónicas en horas no apropiadas, reunirse con pacientes durante el almuerzo o en el automóvil y dejar que el adeudo de un cliente se acumule demasiado se consideran actos que pueden sobrepasar los límites estructurales.

Otra acción que sobrepasa los límites es dar o recibir regalos; el significado y el valor de los regalos puede determinar si constituyen una violación. Un pequeño símbolo de agradecimiento puede ser aceptable, mientras que regalar una pintura invaluable no lo es. Dar regalos como parte de una relación profesional es también más característico de algunos grupos culturales que de otros. El doctor Rodney tendría que examinar cada uno de estos factores para determinar su política sobre aceptar regalos.

Otro tema polémico es que los psicoterapeutas hablen de sí mismos. Divulgar sus credenciales profesionales, por supuesto, es una parte esencial de la relación. Algunos comentarios sobre la vida de los terapeutas pueden tener un impacto positivo en la terapia (Hendrick, 1988). Sin embargo, los terapeutas deben examinar cuidadosamente sus propias motivaciones para evitar transgredir o violar un límite. Los terapeutas que hablan de sus propias vidas pueden indicar que están buscando "la satisfacción personal que está más allá de la satisfacción profesional, la cual se deriva del proceso terapéutico" (Smith y Fitzpatrick, 1995, p. 500). Además, el hecho de que los psicoterapeutas hablen de sí mismos es a menudo un precursor a la implicación sexual (Simón, 1991).

El contacto no erótico es otro tema muy polémico sobre los límites en las relaciones con los pacientes (Kertay y Reviere, 1993). Los apretones de manos generalmente se consideran una parte aceptable de una relación profesional (Pope, Tabachnick y Keith-Spiegel, 1987), pero las palmaditas en el hombro, abrazos y otras formas de contacto pueden ser fácilmente mal interpretadas por los pacientes como cierta connotación sexual. Sin embargo, una vez más la orientación teórica puede ser un factor importante: tocar a los clientes de ciertas maneras

puede ser aceptable en algunas terapias humanistas bajo algunas condiciones (Holub y Lee, 1990), pero cualquier otra cosa que esté más allá de un apretón de manos puede estar fuera de los límites en la psicoterapia psicoanalítica (Gutheil y Gabbard, 1993).

El mismo comportamiento puede sobrepasar los límites o violarlos dependiendo de lo que hace el terapeuta en forma clínica. "La diferencia entre sobrepasar los límites de una forma inofensiva a una forma dañina puede estribar en si es discutida o discutible; la exploración clínica de una violación a los límites desactiva a menudo su potencial para el daño" (Gutheil y Gabbard, 1993, p. 190). Por ejemplo, el ir a una reunión familiar puede ser aceptable si los propósitos, la naturaleza y los significados del acontecimiento fueron discutidos en terapia. Pero el hecho de que la sensibilidad clínica pueda disminuir el riesgo de sobrepasar los límites no absuelve a los psicólogos de la responsabilidad de evitar violaciones del límite.

Relaciones duales

Las relaciones duales son las violaciones exageradas del límite que añaden por completo una nueva relación a la ya establecida. La relación adicional viola los principios de la no malevolencia y la autonomía. Sonne (1994, p. 336) definió las relaciones duales como:

esas situaciones en las cuales el psicólogo funciona en más de una relación profesional, como podría ser en un papel profesional y en otro definitivo y previsto (en comparación con un papel limitado e inconsecuente que surge y se limita a un encuentro ocasional).

El código de ética de la APA (1992) obliga a los psicólogos a evitar las relaciones duales potencialmente dañinas, aunque el código reconoce que esto en ocasiones es difícil de lograr. Por ejemplo, en ciudades pequeñas, un paciente puede tener pocas opciones a los servicios de carácter psicológico; el único psicólogo en la ciudad puede ser un comprador en la tienda del paciente. Estas situaciones exigen precaución adicional y claridad cuando los psicólogos negocian las relaciones. De hecho, todas las cuestiones del consentimiento con información llegan a ser aún más importantes (Sleek, 1994).

El análisis que existe sobre la prohibición de las relaciones duales, como en otras violaciones al límite, es la no malevolencia. La objetividad necesaria para la buena toma de decisiones en una relación profesional se pierde

cundo está contaminada por las demandas de una segunda relación. Por ejemplo, el paciente no puede sentirse cómodo diciéndole a un amigo, que es también su terapeuta, que no se está beneficiando de la terapia y que desea terminarla. Bajo la misma óptica, los terapeutas pueden encontrar difícil el hecho de enfrentar los comportamientos inadecuados de los pacientes en terapia cuando dichos pacientes gozan o se benefician de esos mismos comportamientos como amigos, o cuando tales confrontaciones pueden comprometer la amistad. Incluso la objetividad en otras relaciones profesionales puede verse comprometida: los terapeutas no pueden proporcionar la mejor evaluación de la custodia cuando sus pacientes están implicados.

Las relaciones duales también violan el principio de la autonomía. Cuando ocurre una relación dual, los pacientes ya no saben si las acciones de los terapeutas están basadas en el juicio o perjuicio sexual, amistad profesional sana, dinero y cuestiones similares. Aún más, las obligaciones éticas de la autonomía y la fidelidad se comprometen cuando las relaciones duales llegan a explotar. Por ejemplo, un terapeuta que presta dinero al paciente puede estar tentado a mantener a éste en terapia hasta que el préstamo sea pagado.

Las relaciones duales pueden existir en forma simultánea o secuencial. Por ejemplo, los conflictos de interés reales o imaginarios son igualmente significativos si el doctor Rodney hace una evaluación sobre la necesidad que tiene el hijo de un paciente actual o anterior de acudir a terapia. En otras palabras las opiniones, las expectativas, las obligaciones y el poder implicado en las relaciones profesionales no terminan necesariamente cuando la relación se da por concluida.

Kitchener (1988) exploró los factores que hacen a las relaciones duales tan potencialmente dañinas. Ella aisló tres aspectos específicos de las relaciones, —expectativas, obligaciones y poder— y previo que cuanto mayor es la diferencia en estas tres variables entre cada una de las relaciones, mayor es el potencial de daño. Por ejemplo, las diferencias en expectativas entre el papel del terapeuta y el del amigo son por lo regular mucho mayores que las diferencias en las expectativas entre el papel de patrón y el de supervisor de investigación. Así, la relación dual previa puede ser más peligrosa que la última.

Relaciones sexuales

El código de la APA (1992) prohíbe específicamente las intimidades sexuales con los pacientes de psicoterapia

(norma 4.05), reconociendo que las relaciones sexuales en terapia son una forma muy severa de relación dual. Varios estados en la Unión Americana también han establecido que la relación sexual entre el terapeuta y el paciente sea ilegal (Strasburger, Jorgenson y Randles, 1991). La investigación ha mostrado que los pacientes de psicoterapia implicados en relaciones sexuales con sus terapeutas pueden sufrir efectos negativos muy severos, desde la pérdida de confianza hasta el suicidio (Pope, 1988; Pope y Bouhoutsos, 1986).

El tema de las relaciones sexuales entre el terapeuta y su ex paciente no fue tratada por los códigos de ética de la APA hasta que la versión actual fue publicada en 1992. El código actual prohíbe las relaciones sexuales con los ex clientes por dos años después de terminar la relación profesional. Incluso después de ese tiempo, es deber del psicólogo probar que la relación no es dañina o de explotación. El código establece, "debido a que tales intimidades minan la confianza pública en la profesión de la psicología y de tal modo disuaden al público del uso de servicios necesarios, los psicólogos no se comprometerán en intimidades sexuales con los pacientes previos de la terapia... incluso después de un intervalo de dos años excepto en las circunstancias más inusuales" (APA, 1992, p. 1605, norma 4.07). Esta disposición del código es muy polémica; algunos han argumentado que todas las relaciones sexuales posteriores a la terminación deben ser prohibidas (Gabbard, 1994).

La psicoterapia no es la única relación profesional que es incompatible con intimidades sexuales. El código de APA prohíbe explícitamente las relaciones sexuales con los estudiantes: "los psicólogos no se comprometerán en relaciones sexuales con los estudiantes o los supervisados sobre quienes el psicólogo tiene autoridad evaluativa o directa, debido a que es muy probable que tales relaciones deterioren el juicio o lleguen a crear un fuerte conflicto" (APA, 1992, p. 1602; norma 1.19b). Aunque el código de la APA calla sobre las relaciones con los ex estudiantes, a los profesores todavía puede considerárseles como susceptibles a estar en una relación con los estudiantes incluso después del final de cursos determinados o de programas de licenciatura; por ejemplo, los estudiantes pueden pedirles que escriban cartas de recomendación o que proporcionen referencias para trabajos.

Otras relaciones duales

Aunque las relaciones duales sexuales han recibido la máxima atención (Smith y Fitzpatrick, 1995) y son las

únicas mencionadas específicamente en el código de la APA, otras relaciones duales, incluyendo las de amistad y las de negocios, también pueden ser dañinas. Algunos autores consideran el trueque, en que los pacientes pagan la terapia con mercancías o servicios, como una relación dual. Incluso aceptar regalos costosos puede cambiar la relación a tal grado que puede ser juzgada como una relación dual (Keith-Spiegel y Koocher, 1985).

A veces una relación se desarrolla y da lugar a otras. Por ejemplo, cuando los estudiantes se gradúan de un programa clínico de licenciatura en psicología, interactúan a menudo con sus profesores anteriores como colegas en las reuniones profesionales, como colaboradores en la investigación, y a veces como miembros de la facultad en la misma institución. Sin embargo, algunos progresos de una relación profesional a otra no son tan naturales y deben evitarse. Por ejemplo, los supervisores clínicos no deben convertirse en terapeutas de aquellos a quienes supervisaron anteriormente.

El manejo de potenciales violaciones a los límites y las relaciones duales

Las preocupaciones acerca de las relaciones duales y otros temas sobre límites son muy comunes entre los psicólogos (Pope y Vetter, 1992). Smith y Fitzpatrick (1995) adoptan una postura conservadora: "ante la incertidumbre, se aconseja a los terapeutas actuar a favor de la precaución y abstenerse de sobrepasar los límites cuando su comportamiento, no obstante de que sea bien intencionado, se pueda interpretar por los pacientes o los colegas como una mala conducta" (p. 504). Por ejemplo, Gutheil y Gabbard (1993) observaron que los comités de ética y otros cuerpos disciplinarios concluyeron que el comportamiento sexual ocurre con más frecuencia en una relación terapéutica si un psicólogo programa rutinariamente al paciente para la última cita del día. Por otro lado, sobrepasar apenas los límites conduce a menudo a las relaciones duales dañinas. Aceptar invitaciones incluso para una taza de café puede ser mal interpretado tanto por el paciente como por el psicólogo como muestra de que la terapia puede o debe convertirse en una relación amistosa o hasta romántica. Incluso un comportamiento sutil como escribir una carta a favor de un cliente o vestir ropa determinada (por ejemplo seductora o demasiado casual) se puede considerar como una acción que sobrepasa los límites, especialmente cuando se combinan varios comportamientos conducentes (Gutheil y Gabbard, 1993).

Una forma en que el doctor Rodney puede determinar si un comportamiento constituye una violación al límite es hacer la pregunta siguiente: ¿es este comportamiento parte de la práctica profesional reconocida en este contexto? (Gutheil y Gabbard, 1993). Por ejemplo, los comportamientos románticos y sexuales no son parte de la psicoterapia; la ejecución de la psicoterapia no es parte de una evaluación de custodia. Las relaciones comerciales no son parte de la relación terapéutica. Otra pregunta que el doctor Rodney puede hacer es: "¿este comportamiento es una excepción a mis políticas, a mi manera general de hacer las cosas?" Tales excepciones son siempre tema de inquietud porque pueden estar basadas en sesgos más que en el juicio sólido. Por ejemplo, si un terapeuta psicoanalítico tiene una política que va en contra de hablar de sí mismo, pero "comienza a condescender e incluso a contar pequeñas intimidades de su vida, es una indicación para que recapacite con respecto a las motivaciones para salir de la postura terapéutica general" (Gutheil y Gabbard, 1993, p. 194).

La evidencia de juicios sesgados se muestra en excepciones o en el comportamiento basado en factores profesionalmente irrelevantes. Si el doctor Rodney argumentara que algunos pacientes necesitan de abrazos por razones terapéuticas, él necesita cuestionar su juicio si en la reflexión él encuentra, por ejemplo, que sólo los pacientes femeninos atractivos parecen necesitar de sus abrazos (Holroyd y Brodsky, 1980).

Cuando los psicólogos procuran determinar y etiquetar las relaciones duales, encontrarán siempre áreas difíciles o grises. Por ejemplo, profesores y estudiantes a menudo se comprometen en varios tipos de interacciones unos con otros. Un profesor puede ser instructor de la clase, consejero académico, supervisor de internado y un colaborador en la investigación con el mismo estudiante. Puede ser que esto no sea muy claro ya que son papeles múltiples o aspectos simplemente múltiples del mismo papel. En cualquier caso, los profesores deben tener cuidado de no llevar más allá sus relaciones con los estudiantes violando los límites de la relación profesor-estudiante, no importa qué tan ampliamente sean concebidos. Sin importar la etiqueta asociada a una "relación dual" o a una "relación profesional multifacética", el potencial de daño existe, y será todavía útil la perspectiva de Kitchener (1988) de buscar disparidades en las expectativas, las obligaciones y el poder.

En el caso del doctor Rodney, todas las invitaciones y comportamientos que él está analizando sobrepasan los límites; van más allá del contrato terapéutico. Aunque él no inició ninguna de las invitaciones en este caso, como psicólogo es siempre responsable de evitar violaciones a los límites (Smith y Fitzpatrick, 1995). Al considerar si debe ir a la boda de un paciente, a la reunión, al apartamento o a la oficina del abogado, su reflexión puede incluir lo siguiente: una visita con un abogado se puede relacionar con la terapia; las otras visitas no. La boda es un acontecimiento público y un ritual reconocido que puede ser aceptable, dependiendo de cómo fue manejado en la terapia. La reunión y la cena para dos son acontecimientos personales y privados que serían más difíciles de justificar.

Gottlieb (1993) formuló una estrategia para la toma de decisiones con el fin de ayudar a los psicólogos a juzgar si la adición de una nueva relación a una existente será problemática. Sugirió usar tres dimensiones de la relación: poder, duración y fin. El primer paso en el proceso de Gottlieb es considerar la relación existente; si el poder es alto, la duración larga y la terminación indefinida, ninguna otra relación debe ser considerada. Así, si el doctor Rodney hace terapia a largo plazo, debe tener especial cuidado de no aceptar invitaciones personales, regalos u oportunidades de negocio. Si el doctor Rodney estaba enseñando una sola sesión para dejar de fumar a una clase de 75 personas, el poder bajo, la duración corta y la terminación definitiva pueden significar que él podría considerar otra relación. Sin embargo, si el doctor Rodney hizo una evaluación de custodia, la duración es relativamente corta y la terminación es definitiva, pero el poder es muy alto. De este modo, los psicólogos evitarán muchos resultados desafortunados al analizar todas las violaciones posibles a los límites en términos de las dimensiones de Gottlieb, así como el potencial que existe para que la relación explote, el daño que se puede ocasionar y el compromiso que debe existir con la verdad.

Un asunto final relevante se presenta cuando un psicólogo aprende de un colega que se ha comprometido en relaciones duales. Considere el caso siguiente:

Caso 4-8

Una paciente viene a ver a la doctora Terry y le dice que tuvo sexo con su terapeuta anterior. La doctora inmediatamente dice a la paciente que este incidente necesita ser reportado al comité de ética del estado y al consejo de licencias. La paciente dice "preferiría no

hacerlo", y rechaza firmar un formato de liberación de información o iniciar una queja contra su terapeuta anterior. ¿Qué debe hacer la doctora Terry?

Las opciones para la doctora Terry incluyen: (1) hacer el informe ella misma, indicando el nombre de la paciente; (2) ir a ver al terapeuta anterior y enfrentarlo con los cargos de su paciente; (3) hacer un informe anónimo; (4) dejar que el paciente sepa sobre sus opciones y trabajar dentro de los límites clínicos para apoyar el reporte, y (5) ignorar el incidente por completo.

La doctora Terry primero debe buscar la orientación en el código de la APA. En la mayor parte de los casos, los psicólogos manejan violaciones éticas de manera informal "llamando la atención de ese individuo" (APA, 1992, p. 1611, norma 8.04). Sin embargo, ante serias violaciones a los límites como la conducta sexual forzada, el código requiere señalarlas a los comités de ética y/o a los consejos de licencia del estado. Estas guías de consulta parecerían dejar fuera a la opción 2 y requerir la opción 1 o 3. Sin embargo, el código de la APA también indica que la resolución informal o el reporte puede hacerse "a menos que tal acción esté en conflicto con los derechos de la confidencialidad, de tal modo que se afecten" (APA, 1992, p. 1611, norma 8.05). El derecho de la paciente a la confidencialidad, al que ella no desea renunciar, compensa la obligación del psicólogo de hacer el reporte. Recuerde que el daño cometido en épocas pasadas no es una excepción válida para la confidencialidad.

Aunque es frustrante para la doctora Terry, debido a la probabilidad de que el otro terapeuta esté afectando a otros pacientes, su mejor línea de conducta es dejar que su paciente conozca las opciones. Quizás la paciente se sentirá más segura y más cómoda después de que trabaje en la terapia y adquiera confianza con la doctora Terry, entonces es probable que se decida a redactar el informe.

TEMAS DE DIVERSIDAD CULTURAL

Hemos observado a través de este capítulo que las variables culturales afectan las decisiones que tomamos sobre temas éticos. La carencia de sensibilidad a la diversidad de las personas con las que trabajan los psicólogos conduce a problemas éticos serios. Considérese el caso siguiente:

Caso 4-9

La señora Cheatham, una terapeuta estudiante graduada, bajo la supervisión del doctor Armstrong, actualmente está viendo a dos familias en tratamiento. Por coincidencia, ambas familias tienen hijos que se graduaron hace poco en universidades distantes, pero que se mudaron a casas vecinas a las de sus padres. Sin embargo, las dos familias tienen reacciones muy diferentes. La familia A, que ha vivido en esta ciudad por generaciones, se presenta muy afligida a la siguiente sesión de terapia, debido a que su hijo se va a mudar muy cerca de ellos, entonces la señora Cheatham comienza a trabajar en forma entusiasta para que su hijo se sienta con la independencia suficiente como para mudarse más lejos. Cuando la familia B, que inmigró a este país hace varios años, llega a la sesión, la señora Cheatham se sorprende al saber que en poco tiempo ellos terminaran el tratamiento y ven la mudanza de su hijo cerca de ellos como la mejor solución posible a sus problemas.

Durante su asesoría profesional, la señora Cheatham le cuenta al doctor Armstrong acerca de su impulso de hablar con la familia B respecto a convencer al matrimonio de que tener a un hijo adulto viviendo en la casa vecina es una muestra de patología familiar. Discuten el hecho de que la señora Cheatham comparte los antecedentes culturales occidentales de la familia A y que debe darse cuenta de los valores y las actitudes de la familia B. El doctor Armstrong felicita a la señora Cheatham por estar abierta a sus propias reacciones y valores, y por su decisión de hablar con su asesor antes de imponer inadecuadamente esos valores en sus pacientes.

El potencial para imponer los propios valores de los psicólogos sobre los pacientes en detrimento de dichos pacientes existe en todas las relaciones profesionales (Corey *et al.*, 1993). La posibilidad de hacer daño imponiendo los valores aumenta cuando muchas de las suposiciones básicas, a menudo no verbales, que los psicólogos hacen, difieren de las de sus pacientes. Las diferencias en valores pueden ser mucho más probables cuando los psicólogos tratan con pacientes de grupos culturales distintos a los suyos.

El conocimiento de uno mismo

Los grupos de personas que pertenecen a lo que se considera *diversidad cultural* son diferentes para distintos psicólogos, dependiendo de sus propios antecedentes, valores y tolerancia. Las variables tales como naciona-

lidad, antecedente étnico, religión, género, preferencia sexual, edad, ubicación geográfica, clase social e incluso afiliación profesional pueden ser todas dimensiones a lo largo de las cuales la gente sea clasificada como diferente. Por ejemplo, la señora Cheatham pudo haber sentido diferente sobre la "patología", y con menos probabilidad de oponerse, si el muchacho que alquilaba una casa al lado de sus padres hubiera sido una mujer en vez de un hombre, un homosexual en vez de un heterosexual o un miembro de una familia rica, políticamente bien conectada, en vez de ser de una familia pobre, de clase trabajadora.

Para los psicólogos puede ser difícil admitir actitudes negativas, como la aversión o el miedo, hacia los miembros de otros grupos. Los comportamientos que demuestran estas actitudes son a menudo muy sutiles. Por ejemplo, los psicólogos pueden juzgar rápidamente si un paciente determinado no contestaría bien una prueba de inteligencia y, por tanto, podrían no esperar a ver las respuestas del paciente y en forma automática calificarlas como malas.

Incluso los psicólogos bien intencionados, compasivos, pueden tener dificultad en admitir su falta de capacidad para tratar o valorar a todos los pacientes. Los psicólogos no pueden trabajar con toda clase de pacientes debido a que no conocen todas las culturas ni pueden ocuparse de los diversos grupos y/o de sus propias actitudes. El trabajo con los miembros de diversos grupos culturales es más que una simple extensión de nuestro respeto incondicional y de la falta de prejuicio (Dana, 1993; Sue, 1990). Ramírez, Wassef, Paniagua y Linskey (1996) encontraron que los psicólogos sabían que era absolutamente importante reconocer las variables culturales al valorar a los pacientes, aunque no se sintieron competentes para manejar tales temas. Recomendaron más educación sobre temas multiculturales, y encontraron que cuando los psicólogos aprendieron más sobre diversos grupos culturales, reportaron más disfrute en el trabajo con miembros de esos grupos.

Conocimiento de los pacientes en su contexto

Sue y Sue (1990) discutieron sobre tres tipos de barreras para el asesoramiento intercultural eficaz; dichas barreras también existen en la evaluación, la enseñanza, la investigación y en otros esfuerzos profesionales. El primer tipo de barrera que analizaron concierne al lenguaje y la comunicación. Por ejemplo, el contacto visual puede significar compromiso, interés y consuelo

en la cultura occidental, pero puede significar falta de respeto en otra cultura. Si el contacto visual se utiliza en forma inadecuada, en un examen sobre la mente, los miembros de ciertos grupos culturales podrían estar sistemáticamente mal etiquetados.

El segundo tipo de barrera que Sue y Sue (1990) estudiaron concierne a variables de clase. De nuevo, los rasgos tales como la apatía, la indiferencia o la dependencia se podrían atribuir en forma inadecuada a ciertas personas, ya que no se consideraron los comportamientos que son debidos a la pobreza y al desempleo, más que a la psicopatología.

El tercer tipo de barrera consiste en las variables culturales. La psicoterapia y la evaluación tienen un alto valor cuando se trata de hablar de uno mismo, abrirse a los extraños sobre problemas personales, dar respuestas directas a las preguntas, y también en los procesos analíticos o racionales. Estos valores no son compartidos por todas las culturas. Los valores occidentales que son la base de la psicoterapia incluyen el individualismo, la decisión libre y la autoafirmación. Los valores orientales, por el contrario, incluyen la interdependencia, el colectivismo y la aceptación del propio ambiente (Saeki y Borow, 1985).

También, los objetivos de la terapia pueden variar mucho dependiendo de los valores culturales propios. La terapia tradicional se centra en el desarrollo de la independencia, la autonomía y el pensamiento racional. Estos objetivos no tienen lugar en las culturas que dan más valor a la vida colectiva, la espiritualidad y la íntima relación con el mundo.

Sue y Sue (1990) animaron a los psicólogos a darse cuenta de que la gente puede tener visiones del mundo bastante diferentes, basadas en sus experiencias y antecedentes culturales. En las culturas occidentales, mucha gente cree que su propio trabajo rendirá recompensas, y si no, debe estar fallando. Pero la gente que ha experimentado la opresión no ha visto que sus esfuerzos sean retribuidos, y ellos pueden creer que su carencia de recompensas se debe a las influencias de la sociedad más que a la pereza, los malos hábitos de trabajo o a una enfermedad mental.

No todos los miembros de cada grupo cultural tienen la misma visión del mundo. Los miembros de grupos determinados difieren entre ellos mismos con base en variables tales como modelos culturales secundarios, edad, clase social, geografía y nivel de asimilación cultural (aculturación) (Aponte y Bames, 1995). Suponer que existen diferencias entre grupos culturales es

tan peligroso como imaginarse que toda la gente es igual. Por ejemplo, miembros de un grupo minoritario que tiene un alto nivel de aculturación, es decir, que han adoptado los valores de la cultura de la mayoría, pueden ser más diferentes que los inmigrantes recientes que vienen de ese grupo minoritario que de aquellos miembros que pertenecen al grupo mayoritario.

Las diferencias en la visión del mundo reflejan experiencias vivenciales de varios grupos en nuestra sociedad y conducen a los psicólogos a volver a pensar en el papel que tiene la sociedad en la generación de la psicopatología. La visión del mundo interno de la psicología y de la psicoterapia occidentales crea la suposición de que muchos síntomas son el resultado de la dinámica individual y de malas opciones; de este modo, los cambios en los pensamientos y las emociones de la persona conducirán a la mejora. Sin embargo, los terapeutas feministas y otros han explorado el papel de la sociedad en el desarrollo de problemas emocionales y sobre el comportamiento (Lerman y Porter, 1990). Creer que muchos síntomas son generados no por procesos individuales imperfectos sino por la experiencia de la socialización, que incluye aspectos opresivos. Las reacciones a la opresión entonces serían más comunes entre mujeres y minorías, por lo que los miembros de la cultura de la mayoría pueden diagnosticar a dichas reacciones como una "enfermedad mental".

Parte de estar consciente culturalmente hablando es reconocer el significado del diagnóstico, la evaluación, y el trato que se le da a los individuos involucrados. Pero esta conciencia cultural también significa el reconocimiento del significado de estas funciones profesionales en el contexto social más amplio. (Véase el capítulo 15 para una discusión completa sobre temas culturales.)

Temas éticos y variables culturales

Hasta el punto en que la carencia de sensibilidad, y por consiguiente, la carencia de habilidad clínica compromete la eficacia de la evaluación, de la terapia y de otro trabajo clínico, los psicólogos violan los principios de la no malevolencia y de la buena voluntad. Hasta el punto de tratar a los miembros de todos los grupos por igual, en detrimento de algunos individuos, se están comportando en forma injusta. Hasta el punto en que los pacientes no puedan tomar buenas decisiones, los psicólogos comprometen el principio de la autonomía.

Los psicólogos necesitan estar conscientes de esos aspectos de su práctica, los cuales tienen que ver direc-

tamente con aspectos éticos. Como se mencionó con anterioridad, el trasfondo cultural va a influir en las percepciones del consentimiento con información, de los límites y de otros temas. Por ejemplo, en las culturas que tienen arraigados enfoques paternalistas sobre quién gobierna la familia, el pedir consentimiento para el tratamiento familiar de un hijo y de su madre de edad avanzada puede no tener sentido para los pacientes. Al discutir la confidencialidad, Arthur y Swanson alentaron a los terapeutas "a reconocer y seguir siendo sensibles a las diferencias culturales acerca de la privada y manifestaciones que pueden afectar las expectativas, interpretaciones y comprensión del paciente con respecto a la confidencialidad" (1993, p. 41).

El potencial de explotación aumenta al ocuparse de los grupos diversos debido a la naturaleza de la relación de poder. Pope y Vasquez (1991) observaron que "el poder diferenciado entre el terapeuta y el paciente... puede perder su fuerza curativa o terapéutica y se convierte en cambio en una reflexión sobre el diferencial de poder que se percibe con frecuencia entre los ricos y los pobres, entre la mayoría y las minorías raciales, y entre otras agrupaciones sociales, económicas o políticas" (p. 131). Los psicólogos pueden mantener involuntariamente el *statu quo* que incluya elementos de discriminación, de contraposición y de prejuicio. Sin duda los terapeutas necesitan balancear la tendencia a aceptar las opiniones estereotipadas de los pacientes sin cuestionarlas, así como la tendencia a transformar la visión del mundo de los pacientes en la suya propia (Margolin, 1982).

Por último, dado que el comportamiento de inadaptación puede estar influenciado por factores sociales además de individuales, la psicoterapia puede no ser la mejor manera de ayudar a los individuos que están experimentando dificultades en sus vidas. En lugar de eso, la acción social y política puede ser más efectiva para ayudar a la gente. Los psicólogos pueden tener cierta responsabilidad ética para comprometerse en tales acciones sociales, por ejemplo, cabildeando u organizando a la comunidad, para satisfacer su misión profesional de mejorar la condición de vida de las personas.

En un nivel más amplio, los psicólogos deben entender que algunas de sus nociones fundamentales sobre la ética basada en principios existen en un contexto cultural limitado. A continuación se analizan las alternativas al razonamiento ético basado en principios.

TEMAS Y TENDENCIAS EMERGENTES

La psicología clínica cambia rápidamente; nuevos temas, técnicas y descubrimientos hacen difícil predecir qué sucederá incluso dentro de pocos años. El razonamiento ético que los psicólogos han estado desarrollando necesitará ser aplicado a las áreas emergentes del involucramiento, tales como la prescripción de medicamentos (Buelow y Chafetz, 1996) y el trabajo con recuerdos recuperados (Handelsman, Bershenyi, Whetsel, Maestas y Boynton, 1996; Polusny y Follette, 1996). Sin embargo, en esta sección destacaremos varias tendencias que representan los cambios más significativos en la manera en que los psicólogos requieren reflexionar acerca de la ética en su trabajo: la administración del cuidado, la aplicación de los códigos de ética, y las alternativas al razonamiento ético basado en principios.

Práctica ética y la administración del cuidado mental

El contexto terapéutico en el cual los psicólogos practican está cambiando en forma drástica. Tradicionalmente, los psicólogos podían colgar su título y hacían que los pacientes los consultasen en confidencialidad buscando ayuda para solucionar problemas personales. Los pacientes o sus compañías de seguros pagaban a los psicólogos honorarios "razonables y personalizados". Esos días se acabaron.

En los últimos veinte años, la industria de la atención a la salud, incluyendo la salud mental, ha desarrollado nuevos modelos sobre la manera de administrar el servicio en una tentativa de contener los crecientes costos (Broskowski, 1991). La administración del cuidado mental se refiere a una variedad de agencias y de técnicas diseñadas para controlar los costos del tratamiento (Winegar, 1992). Las agencias para la administración del cuidado mental, como las organizaciones de mantenimiento de la salud y las organizaciones proveedoras preferidas, han instituido nuevos tipos de mecanismos para la contención del costo, los cuales crean problemas éticos a los psicólogos.

Quizás el cambio fundamental en dicha administración sea la "utilización de la revisión", que se refiere a las "técnicas usadas para evaluar la necesidad o la conveniencia del cuidado para los propósitos de la cobertura de seguro o del reembolso al proveedor" (Winegar, 1992, p. 331). Tradicionalmente, los pacientes y los psicólogos decidían entre ellos mismos qué clases y cuáles eran las frecuencias necesarias de los servicios.

Por lo regular, las compañías de seguros pagaban los servicios que los psicólogos juzgaban apropiados. Sin embargo, ahora las agencias para la administración del cuidado mental emplean por lo regular a administradores encargados del caso para decidir, antes o durante el tratamiento, si un servicio determinado es "medicamente necesario". Así, los encargados del caso se vuelven terceras personas activas en el aprovisionamiento para el cuidado de la salud mental (Haas y Cummings, 1991).

La revisión de los encargados del caso presenta varios problemas éticos potenciales. El primer problema se refiere a la autonomía: la mayoría de las agencias para la administración del cuidado mental ofrecen a los pacientes una opción limitada de proveedores y menos variedad en las clases de tratamientos disponibles. Un segundo problema se refiere a la confidencialidad: ahora se debe revisar por terceras personas la información que comúnmente era compartida sólo entre el psicólogo y el paciente.

El tercero y más importante problema ético que surge al emplear la revisión se refiere a la definición sobre la relación de ayuda y las lealtades potenciales de los psicólogos. ¿Quiénes son los pacientes en el típico escenario de la administración del cuidado mental, la gente que busca terapia o las agencias para tal administración, que en realidad son quienes contratan y pagan a los psicólogos? A menudo, el objetivo de ahorrar dinero está en conflicto con el de ayudar a los pacientes.

Aunque casi todos los psicólogos están implicados en conflictos potenciales porque ganan dinero, la administración del cuidado mental remite el conflicto a un enfoque más nítido. "Las entidades para la administración del cuidado a menudo dan a sus proveedores participantes incentivos financieros para mantener el costo real del cuidado" (Newman y Bricklin, 1991, p. 26). De este modo, los psicólogos pueden sentir más la tentación de terminar la terapia prematuramente, causando de esa manera daño a los pacientes. Otra estrategia para la administración del cuidado es poner los límites en el número de las sesiones de psicoterapia que pagarán. Los psicólogos entonces necesitan tratar ahora con pacientes que no pueden permitirse el tratamiento tan largo como lo tenían bajo sistemas existentes del seguro (Haas y Cummings, 1991). Sus opciones son referir al paciente a otro terapeuta o considerarlo con un honorario reducido. De hecho, el código de la APA (1992) prohíbe a los psicólogos abandonar a sus clientes y los anima a que proporcionen su servicio con poca o nula ganancia financiera.

Haas y Cummings (1991) precisaron correctamente que los tratamientos a corto plazo favorecidos por las agencias para la administración del cuidado mental no son necesariamente malos y proporcionan con frecuencia ayuda eficaz y eficiente. Sin embargo, el tratamiento limitado no resolverá todas las necesidades de los pacientes. De ese modo, los psicólogos en los sistemas de manejo para la administración del cuidado mental se arriesgan a violar la buena voluntad por dos razones. Primero, se incrementan los riesgos cuando los psicólogos que firman para trabajar en las agencias para la administración del cuidado no son competentes para proporcionar tratamientos cortos. El cambiante paradigma sobre el otorgamiento del cuidado presenta los desafíos éticos para los que capacitan a los psicólogos practicantes. Por ejemplo, la capacitación de los psicólogos para hacer solamente psicoterapia a largo plazo sin un conocimiento de las corrientes demandas para el tratamiento a corto plazo, puede conducir a la idea de que los graduados son incompetentes para practicar.

La segunda amenaza para la buena voluntad es que los psicólogos no son a menudo los que tienen que tomar las decisiones sobre la extensión del tratamiento. Los administradores del caso ponen límites en el cuidado por razones diferentes a la eficacia clínica. Los psicólogos que juzgan que la necesidad de los pacientes es mayor al número asignado de sesiones, deben solicitar a la agencia para la administración del cuidado mental más tiempo (Appelbaum, 1993) y apelar decisiones respecto a que ciertos tratamientos no son médicamente necesarios (*Wickline vs. State of California*, 1987). Este papel de abogado para el reembolso de un paciente es nuevo y con muchas áreas críticas (Appelbaum, 1993). Los comportamientos del "abogado" además de los del "psicoterapeuta" pueden constituir una violación del límite o una relación dual, dependiendo de la naturaleza del tratamiento, la intensidad de la defensa y otros aspectos de la situación.

También, se presentan las aplicaciones del consentimiento con información cuando algunas agencias animan o requieren a los psicólogos que no informen a los pacientes sobre ciertos arreglos, incluidos los financieros (Haas y Cummings, 1991). Los psicólogos necesitan informar a los pacientes sobre las situaciones que ocurrieron de manera ocasional bajo viejos paradigmas: los pacientes pueden quedarse sin beneficios antes de que la terapia termine, pueden ser remitidos a otros terapeutas después de un número limitado de se-

siones o bien se les puede negar el tratamiento " médicamente innecesario" incluso antes de que sus beneficios se acaben (Appelbaum, 1993).

Un paradigma en la administración del cuidado mental puede aumentar la importancia del razonamiento ético, como manera de asegurarse de que las preocupaciones por el costo no obstaculizan la misión de la profesión para rendir servicio a los pacientes.

Hacer cumplir los códigos de ética

Así como la crítica a los reducidos recursos para la atención a la salud y otras presiones sociales hacen que la atención a la ética sea tan importante como siempre (Wolf, 1994), varias tendencias han convergido para hacer cumplir los códigos de ética de tal forma que ahora es más difícil la situación para las asociaciones psicológicas de los estados. La sociedad se ha vuelto más litigante; los consumidores son más propensos a demandar a los psicólogos por negligencia, y los psicólogos lo son para demandar a los comités de ética y a los consejos que otorgan las licencias cuando se rinde una decisión desfavorable. De hecho, una corte de Carolina del Norte encontró que una versión anterior del código de ética de la APA era anticonstitucionalmente vaga y no se podía utilizar como argumento para revocar la licencia de un psicólogo (*White vs. North Carolina State Board of Examiners of Practicing Psychologists*, 1990). Dado que los campos legales y éticos se han fundido más y más, los psicólogos se encuentran con que tienen que enfrentar decisiones difíciles cuando simultáneamente se presentan demandas por negligencia y cuestiones éticas. Quisieran cooperar con sus comités locales de ética, pero tal cooperación puede aumentar su responsabilidad ante la corte.

Varias asociaciones del estado han decidido recientemente no investigar más quejas sobre violaciones de carácter ético. Seaman (1996) observó que muchos comités de ética comenzaron sus actividades investigadoras antes de que hubiera juntas estatales de licencia. Éstas pueden tomar acciones más eficaces, y las asociaciones del estado no tienen a menudo los recursos financieros y legales para apoyar a sus miembros voluntarios del comité (Nagy, 1996). Estos factores, combinados con un riesgo creciente de pleitos contra los comités de ética, han conducido a algunos comités de asociaciones éticas a elegir concentrarse exclusivamente en sus funciones de educación y de consulta.

Alternativas del razonamiento ético basado en principios

Virtud ética

Una manera estándar de acercarse al razonamiento ético es aplicar principios éticos a una serie de casos y de dilemas; de hecho, este capítulo ha seguido tal enfoque. Sin embargo, Jordan y Meara (1990) argumentaron que "el principio ético" es incompleto y dañino. La aplicación de principios éticos corre el riesgo de convertirse en demasiado intelectual y demasiado desconectada de los actores, o sea de los psicólogos que toman las decisiones.

Meara y sus colegas (Jordan y Meara, 1990; Meara, Schmidt y Day, 1996) han abogado por la introducción de la *virtud ética* como complemento al uso de principios éticos en psicología. "La virtud ética se centra en el ideal más que en la obligatoriedad y en el carácter del que actúa o del profesional más que en solucionar dilemas éticos específicos" (Meara *et al.*, 1996, p. 47). En el principio ético, la pregunta principal para definir el comportamiento ético es "¿qué debo hacer?" Los consejeros de la virtud ética consideran esa pregunta incompleta y señalan que un enfoque más comprensivo agrega la pregunta "¿quién debo ser?" Jordan y Meara postularon que, "alcanzando la madurez profesional e incorporando la virtud profesional se tienen prerrequisitos para la aplicación competente de los principios éticos" (1990, p. 109). Las virtudes se refieren a elementos del propio carácter. No hay un conjunto definitivo de virtudes, pero Meara y colaboradores (1996) propusieron una lista de cuatro virtudes básicas para ser consideradas. La primera es la *prudencia*, que incluye ser cauteloso, propositivo y "saber cuándo uno no sabe" (p. 39). La segunda virtud es la *integridad*, que se refiere a tener un sistema de valores estable y coherente a través del tiempo y que se debe actuar de acuerdo con él (Beauchamp y Childress, 1994). La tercera virtud es el *respeto total* de individuos y comunidades "en los términos en que ellos mismos (no los profesionistas) la definen" (Meara *et al.*, 1996, p. 44). La cuarta virtud es la *buena voluntad*, el deseo de ser bueno. Hasta el punto de que éstas y otras virtudes estén presentes, las decisiones y los comportamientos profesionales ganan terreno en un contexto ético sano.

Meara y colaboradores (1996) reconocieron que la virtud ética no es un sustituto, pero sí un complemento del principio ético. Mientras que el principio ético solamente proporciona una base para una serie de reglas

a las que debe adherirse, la virtud ética desafía a los psicólogos a explorar una idea ética a la cual puedan aspirar. Un énfasis en las virtudes e ideales también puede conducir al mejoramiento del comportamiento ético en un ambiente multicultural, poniendo más énfasis en el conocimiento propio y en el de las costumbres, los valores y las tradiciones de las comunidades que ayudan a definir las virtudes deseadas. Por ejemplo, Meara y colaboradores (1996) indicaron que "un individuo prudente se da cuenta que la definición de la situación de otra persona no es necesariamente la propia" (p. 40).

El concepto de virtud ética aplicado a la psicología todavía está en su primera etapa, y sigue habiendo muchas preguntas para ser contestadas (Kitchener, 1996; Vasquez, 1996). Este enfoque se ha criticado por ser demasiado idealista e incompleto (Bersoff, 1995). Sin embargo, la virtud ética puede ayudar a psicólogos a ampliar su capacidad para contrarrestar algunos de los problemas que acompañan una confianza exclusiva en los principios. La discusión de las virtudes necesarias en los buenos psicólogos puede ayudar a que la profesión articule y actualice sus valores fundamentales.

La ética en el cuidado

La *ética en el cuidado* surgió a partir de la investigación de Gilligan (1982) y otros que estudiaron cómo las mujeres desarrollan y articulan su postura ética. En general, las mujeres, a diferencia de muchos hombres, no son llevadas por el análisis desapasionado de los derechos y las obligaciones, lo que Gilligan llama la orientación de la *justicia*. En cambio, las mujeres tienden a concebir la ética en los términos de las relaciones en las cuales se encuentran; este concepto se llama la orientación hacia el cuidado. La ética fluye de las cuestiones internas, emocionalmente cargadas de la relación, lo que lleva más peso que la simple imposición de principios externos, intelectuales, teóricos. Los hombres y las mujeres pueden acercarse a temas éticos usando cualquier enfoque, pero es más probable que los hombres tomen la orientación de la justicia, mientras las mujeres tienden a la orientación hacia el cuidado (Gilligan, Ward y Taylor, 1988).

Existen algunas diferencias fundamentales entre las orientaciones de la justicia y el cuidado (Carse, 1991). Por ejemplo, el principio o la orientación de la justicia parece tratar las relaciones profesionales como si estuvieran siempre entre iguales, como si fueran agentes libres que eligen sus relaciones. No obstante, como atestiguará cualquier estudiante en un curso obligato-

rio, muchas relaciones de ayuda son involuntarias y basadas en la vulnerabilidad más que en la igualdad. Por tanto, "como marco para la decisión moral, el cuidado o atención se basan en el supuesto de que los demás y uno mismo son *interdependientes*" (Gilligan, 1982, p. 24, cursivas agregadas). Esta interdependencia crea una necesidad para los psicólogos de apreciar las especificidades de cada relación y sus responsabilidades hacia individuos determinados, además de las cualidades abstractas y universales de los derechos y las obligaciones (Carse, 1991).

Como la virtud ética, la ética en el cuidado estudia aspectos deseables de los profesionistas, pero se centra en los rasgos o las características que ocurren sobre todo en lo referente a los demás; rasgos tales como la condolencia, la compasión y el amor. La ética en el cuidado también acentúa el papel de las emociones; el ser un profesional responsable tiene tanto que ver con la experiencia emocional de la relación como las cogniciones del análisis ético imparcial. Por ejemplo, en el caso 4-4, en el cual la doctora Baker debatió qué decir a la señorita Young sobre los riesgos de la terapia, los sentimientos de la doctora Baker, incluyendo la sensación de condolencia, la preocupación y la frustración con la señorita Young, serían una parte integral para una toma de decisiones ética, más que para obstáculos a ser superados por el empleo de ciertos principios. "Nuestra experiencia moral sugiere que nuestras respuestas descansan en nuestras emociones, nuestra capacidad para la condolencia, nuestro sentido de la amistad y nuestro conocimiento de cómo la gente se cuida y se comporta" (Beauchamp y Childress, 1994, p. 88).

Los principios éticos y del cuidado no son mutuamente excluyentes. Por ejemplo, como Carse (1991) observó, "todavía necesitamos articular un conjunto claro de normas por las cuales podamos distinguir entre una moral buena y una moral problemática (o incluso una moral devaluada) para el 'cuidado' de los demás" (p. 24). Sin embargo, el peso relativo dado al cuidado en contraste con los principios sigue siendo polémico. Los siguientes diez años deben considerar la discusión creciente sobre el papel de la orientación del cuidado en psicología, las aplicaciones prácticas de dicha orientación y la integración de las orientaciones del cuidado y de la justicia.

Ni la ética en el cuidado ni la virtud ética por sí mismas guían las consultas concretas de los psicólogos para que actúen correctamente en situaciones determinadas. Sin embargo, estos dos enfoques pueden ser parte

de un procedimiento de toma de decisiones completo, que es relevante cuando los psicólogos necesitan tomar decisiones del mundo real. Obligan a los psicólogos a reflexionar desde nuevas perspectivas y a cuestionar las suposiciones que son tan fáciles de darse por asentadas. Una apertura a la sabiduría de diversos enfoques a los temas complejos puede ayudar para no caer en la miopía profesional y la arrogancia.

CONCLUSIÓN

Como cualquier profesión, la psicología evoluciona constantemente. A medida que los psicólogos continúan enfrentando los desafíos de nuevas tecnologías, nuevos paradigmas y nuevas perspectivas, continuarán ciertamente cosechando recompensas maravillosas de una profesión diseñada para permitir el crecimiento y el desempeño óptimo de la gente. En un clima social pluralista y siempre cambiante, los psicólogos tienen la certeza de continuar enfrentando regulaciones, junto con apremios prácticos, legales y éticos. La clave del desempeño profesional es considerar estas reglas solamente como parte de un proceso más grande por medio del cual los psicólogos se esfuerzan por perfeccionar su arte y su ciencia. Como lo señalaron Smith y Fitzpatrick, "en el análisis final, la práctica ética está gobernada menos por las proscripciones que por el juicio político cierto que concierne... las intervenciones que mejorarán el bienestar del cliente" (Smith y Fitzpatrick, 1995, p. 505). Las decisiones éticas exigen más que simples buenas intenciones y capacidad técnica. Las capacidades para pensar, sentir, razonar, reflexionar y explorar serán siempre críticas para la práctica de la psicología clínica.

REFERENCIAS

- Alfidi, R. J. (1975). Controversy, alternatives, and decisions in complying with the legal doctrine of informed consent. *Radiology*, 114, 231-234.
- American Psychological Association. (1953). *Ethical standards of psychologists*. Washington, DC: Author.
- American Psychological Association. (1987). *Casebook on ethical principles of psychologists*. Washington, DC: Author.
- American Psychological Association. (1991). *Guidelines for providers of psychological services to ethnic, linguistic, and culturally diverse populations*. Washington, DC: Author.
- American Psychological Association. (1992). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologists* 47, 1597-1611.
- American Psychological Association. (1994). Guidelines for child custody evaluations in divorce proceedings. *American Psychologist*, 49, 677-680.
- American Psychological Association Ethics Committee. (1996). Rules and procedures: June 1, 1996. *American Psychologist*, 51, 529-548.
- APA's ethics committee adopts statement on telephone therapy. (1995, October). *APA Monitor*, p. 15.
- Aponte, J. E., & Barnes, J. M. (1995). Impact of acculturation and moderator variables on the intervention and treatment of ethnic groups. In J. F. Aponte, R. Y. Rivers, & J. Wohl (Eds.), *Psychological interventions and cultural diversity* (pp. 19-39). Boston: Allyn and Bacon.
- Aponte, J. E., & Crouch, R. T. (1995). The changing ethnic profile of the United States. In J. F. Aponte, R. Y. Rivers, & J. Wohl (Eds.), *Psychological interventions and cultural diversity* (pp. 1-18). Boston: Allyn and Bacon.
- Appelbaum, D., & Lawton, S. V. (1990). *Ethics and the professions*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Appelbaum, P. S. (1993). Legal liability and managed care. *American Psychologist*, 48, 251-257.
- Appelbaum, P. S., Lidz, C. W., & Meisel, A. (1987). *Informed consent: Legal theory and clinical practice*. New York: Oxford University Press.
- Arthur, G. L., Jr., & Swanson, C. D. (1993). *Confidentiality and privileged communication*. Alexandria, VA: American Counseling Association.
- Austin, K. M., Moline, M. E., & Williams, G. T. (1990). *Confronting malpractice: Legal and ethical dilemmas in psychotherapy*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Baumrind, D. (1985). Research using intentional deception: Ethical issues revisited. *American Psychologist*, 40, 165-174.
- Beauchamp, T. L., & Childress, J. F. (1994). *Principles of biomedical ethics* (4th ed.). New York: Oxford University Press.
- Bersoff, D. N. (1995). *Ethical conflicts in psychology*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bongar, B. (1991). *The suicidal patient: Clinical and legal standards of care*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Bongar, B. (1992). The ethical issue of competence in working with the suicidal patient. *Ethics and Behavior*, 2, 75-89.
- Braaten, E. B., Otto, S., & Handelsman, M. M. (1993). What do people want to know about psychotherapy? *Psychotherapy*, 30, 565-570.

- Brokowski, A. (1991). Current mental health care environments: Why managed care is necessary. *Professional Psychology: Research and Practice*, 22, 6-14.
- Buelow, G. D., & Chafetz, M. D. (1996). Proposed ethical practice guidelines for clinical pharmacopsychology: Sharpening a new focus in psychology. *Professional Psychology: Research and Practice*, 27, 53-58.
- Canterbury v. Spence, 464 F.2d 772 (D.C. Cir. 1972).
- Carroll, M. A., Schneider, H. G., & Wesley, G. R. (1985). *Ethics in the practice of psychology*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Carse, A. L. (1991). The "voice of care": Implications for bioethical education. *Journal of Medicine and Philosophy*, 16, 5-28.
- Clingempeel, W. G., Mulvey, E., & Reppucci, N. D. (1980). A national study of ethical dilemmas of psychologists in the criminal justice system. In J. Monahan (Ed.), *Who is the client? The ethics of psychological intervention in the criminal justice system* (pp. 126-153). Washington, DC: American Psychological Association.
- Cobbs v. Grant, 502 P. 2d 1 (Cal. 1972).
- Corey, G., Corey, M. S., & Callanan, P. (1993). *Issues and ethics in the helping professions* (4th ed.). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Dana, R. H. (1993). *Multicultural assessment perspectives for professional psychology*. Boston: Allyn and Bacon.
- Dougherty, C. J. (1992). Ethical values at stake in health care reform. *Journal of the American Medical Association*, 268, 2409-2412.
- Everstine, L., Everstine, D. S., Heymann, G. M., True, R. H., Frey, D. H., Johnson, H. G., & Seiden, R. H. (1980). Privacy and confidentiality in psychotherapy. *American Psychologist*, 35, 828-840.
- Gabbard, G. O. (1994). Reconsidering the American Psychological Association's policy on sex with former patients: Is it justifiable? *Professional Psychology: Research and Practice*, 25, 329-335.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice: Psychological theory and women's development*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Gilligan, C., Ward, J., & Taylor, J. (Eds.). (1988). *Mapping the moral domain*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Golding, S. L. (1990). Mental health professionals and the courts: The ethics of expertise. *International Journal of Law and Psychiatry*, 13, 281-307.
- Gottlieb, M. C. (1993). Avoiding exploitive dual relationships: A decision-making model. *Psychotherapy*, 30, 41-48.
- Gray, L., & Harding, A. (1988). Confidentiality limits with clients who have the AIDS virus. *Journal of Counseling and Development*, 71, 297-305.
- Greenberg, M. D. (1978). The examination of professional practice in psychology (EPPP). *American Psychologist*, 33, 88-89.
- Gumaer, J., & Scott, L. (1985). Training group leaders in ethical decision making. *Journal for Specialists in Group Work*, 10, 198-204.
- Gustafson, K. E., & McNamara, J. R. (1987). Confidentiality with minor clients: Issues and guidelines for therapists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 18, 503-508.
- Gutheil, T. G., & Gabbard, G. O. (1993). The concept of boundaries in clinical practice: Theoretical and riskmanagement dimensions. *American Journal of Psychiatry*, 150, 188-196.
- Haas, L. J. (1991). Hide and seek or show and tell? Emerging issues of informed consent. *Ethics and Behavior*, 1, 175-189.
- Haas, L. J., Benedict, J. G., & Kobos, J. S. (1996). Psychotherapy by telephone: Risks and benefits for psychologists and consumers. *Professional Psychology: Research and Practice*, 27, 154-160.
- Haas, L. J., & Cummings, N. A. (1991). Managed outpatient mental health plans: Clinical, ethical, and practical guidelines for participation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 22, 45-51.
- Handelsman, M. M. (1991, August). An ounce of prevention: Proactive ethical reasoning. In D. J. Lutz (Chair), *Full-time academics in part-time practice: Ethical and legal concerns*. Symposium conducted at the meeting of the American Psychological Association, San Francisco.
- Handelsman, M. M., Bershenyi, K., Whetsel, D., Maestas, D., Jr., & Boynton, K. (1996, April). *Thanks for the memory?: Ethical judgments of memory recovery strategies*. Paper presented at the meeting of the Rocky Mountain Psychological Association, Park City, Utah.
- Handelsman, M. M., & Galvin, M. D. (1988). Facilitating informed consent for outpatient psychotherapy: A suggested written format. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19, 223-225.
- Handelsman, M. M., Kemper, M. B., Kesson-Craig, P., McLain, J., & Johnsrud, C. (1986). Use, content, and readability of written informed consent forms for treatment. *Professional Psychology: Research and Practice*, 17, 514-518.
- Handelsman, M. M., Martínez, A., Geisendorfer, S., Jordan, L., Wagner, L., Daniel, R., & Davis, S. (1995). Does legally mandated consent to psychotherapy ensure its ethical appropriateness? The Colorado experience. *Ethics and Behavior*, 5, 119-129.
- Hare-Mustin, R. T., Marecek, J., Kaplan, A. G., & Liss-Levinson, N. (1979). Rights of clients, responsibilities of therapists. *American Psychologist*, 34, 3-16.

- Hendrick, S. S. (1988). Counselor self-disclosure. *Journal of Counseling and Development*, 66, 419-424.
- Hogan, D. B. (1979). *The regulation of psychotherapists* (Vols. 1-4). Cambridge, MA: Ballinger.
- Holroyd, J. C., & Brodsky, A. (1980). Does touching patients lead to sexual intercourse? *Professional Psychology*, 11, 807-811.
- Holub, E. A., & Lee, S. S. (1990). Therapists' use of non-erotic physical contact: Ethical concerns. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 115-117.
- Jordan, A. E., & Meara, N. M. (1990). Ethics and professional practice of psychologists: The role of virtues and principles. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 107-114.
- Kalichman, S. C. (1993). *Mandated reporting of suspected child abuse: Ethics, law, and policy*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Keith-Spiegel, P. (Ed.). (1994). The 1992 ethics code: Boon or bane? [Special section]. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25, 315-387.
- Keith-Spiegel, R., & Koocher, G. P. (1985). *Ethics in psychology: Professional standards and cases*. New York: Random House.
- Keith-Spiegel, R., Wittig, A. F., Perkins, D. V., Balogh, D. W., & Whitley, B. E., Jr. (1993). *The ethics of teaching: A casebook*. Muncie, IN: Ball State University.
- Kertay, L., & Reviere, S. L. (1993). The use of touch in psychotherapy: Theoretical and ethical considerations. *Psychotherapy*, 30, 32-40.
- Kitchener, K. S. (1984). Intuition, critical evaluation and ethical principles: The foundations for ethical decisions in counseling psychology. *The Counseling Psychologist*, 12(3), 43-55.
- Kitchener, K. S. (1988). Dual role relationships: What makes them so problematic? *Journal of Counseling and Development*, 67, 217-221.
- Kitchener, K. S. (1996). There is more to ethics than principles. *The Counseling Psychologist*, 24, 92-97.
- Knapp, S., & VandeCreek, L. (1990). *What every therapist should know about AIDS*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Kovacs, A. L. (1984). The increasing malpractice exposure of psychologists. *The Independent Practitioner*, 4(2), 12-14.
- Lakin, M. (1991). *Coping with ethical dilemmas in psychotherapy*. New York: Pergamon Press.
- Lerman, H., & Porter, N. (Eds.). (1990). *Feminist ethics in psychotherapy*. New York: Springer.
- Lidz, C. W., Meisel, A., Zerubavel, E., Carter, M., Sestak, R. M., & Roth, L. H. (1984). *Informed consent: A study of decisionmaking in psychiatry*. New York: Guilford Press.
- Margolin, G. (1982). Ethical and legal considerations in marital and family therapy. *American Psychologist*, 37, 788-801.
- McGoldrick, M., Pearce, J., & Giordano, J. (Eds.). (1982). *Ethnicity and family therapy*. New York: Guilford Press.
- McGuire, J., Nieri, D., Abbott, D., Sheridan, K., & Fisher, R. (1995). Do Tarasoff principles apply in AIDS-related psychotherapy? Ethical decision making and the role of therapist homophobia and perceived client dangerousness. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 608-611.
- Meara, N. M., Schmidt, L. D., & Day, J. D. (1996). Principles and virtues: A foundation for ethical decisions, policies, and character. *The Counseling Psychologist*, 24(1), 4-77.
- Melton, G. B. (1988). Ethical and legal issues in AIDS-related practice. *American Psychologist*, 43, 941-947.
- Melton, G. B., Goodman, G. S., Kalichman, S. C., Levine, M., Saywitz, K. J., & Koocher, G. P. (1995). Empirical research on child maltreatment and the law. *Journal of Clinical Child Psychology*, 24(Suppl.), 47-77.
- Miller, R., & Willner, H. S. (1974). The two-part consent form. A suggestion for promoting free and informed consent. *New England Journal of Medicine*, 290, 964-966.
- Monahan, J. (1980). *Who is the client? The ethics of psychological intervention in the criminal justice system*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Morrow, G. R., Gootnick, J., & Schmale, A. (1978). A simple technique for increasing cancer patients' informed consent to treatment. *Cancer*, 42, 793-799.
- Nagy, T. F. (1996, January/February). Ethics committees: Investigate or educate? *The National Psychologist*, pp. 15-16.
- Newman, R., & Bricklin, P. M. (1991). Parameters of managed mental health care: Legal, ethical, and professional guidelines. *Professional Psychology: Research and Practice*, 22, 26-35.
- Payton, C. R. (1994). Implications of the 1992 ethics code for diverse groups. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25, 317-320.
- Polusny, M. A., & Follette, V. M. (1996). Remembering childhood sexual abuse: A national survey of psychologists' clinical practices, beliefs, and personal experience. *Professional Psychology: Research and Practice*, 27, 41-52.
- Pope, K. S. (1988). How clients are harmed by sexual contact with mental health professionals: The syndrome and its prevalence. *Journal of Counseling and Development*, 67, 222-226.
- Pope, K. S., & Bouhoutsos, J. (1986). *Sexual intimacy between therapists and patients*. New York: Praeger.
- Pope, K. S., Tabachnick, B. G., & Keith-Spiegel, P. (1987). Ethics of practice: The beliefs and behaviors of psychologists as therapists. *American Psychologist*, 42, 993-1006.

- Pope, K. S., & Vasquez, M. J. T. (1991). *Ethics in psychotherapy and counseling*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Pope, K. S., & Vetter, V. (1992). Ethical dilemmas encountered by members of the American Psychological Association. *American Psychologist*, 47, 397-411.
- Ramirez, S. Z., Wassef, A., Paniagua, F. A., & Linskey, A. O. (1996). Mental health providers' perceptions of cultural variables in evaluating ethnically diverse clients. *Professional Psychology: Research and Practice*, 27, 284-288.
- Rosenthal, R. (1994). Science and ethics in conducting, analyzing, and reporting psychological research. *Psychological Science*, 5, 127-133.
- Saeki, C., & Borow, H. (1985). Counseling and psychotherapy: East and West. In P. Pedersen (Ed.), *Handbook of cross-cultural counseling and therapy* (pp. 223-229). Westport, CT: Greenwood Press.
- Schlossberger, E., & Hecker, L. (1996). HIV and family therapists' duty to warn: A legal and ethical analysis. *Journal of Marital and Family Therapy*, 22, 27-40.
- Seaman, H. (1996, January-February). Future of ethics complaint investigations by state associations is questioned. *The National Psychologist*, pp. 8-9.
- Sheridan, E. R., Matarazzo, J. D., & Nelson, P. D. (1995). Accreditation of psychology's graduate professional education and training programs: An historical perspective. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 386-392.
- Siegel, M. (1979). Privacy, ethics, and confidentiality. *Professional Psychology*, 10, 249-258.
- Simon, R. I. (1991). Psychological injury caused by boundary violation precursors to therapist-patient sex. *Psychiatric Annals*, 21, 614-619.
- Sleek, S. (1994, December). Ethical dilemmas plague rural practice. *APA Monitor*, p. 26.
- Smith, D., & Fitzpatrick, M. (1995). Patient-therapist boundary issues: An integrative review of theory and research. *Professional Psychology: Research and Practice*, 26, 499-506.
- Somberg, D. R., Stone, G. L., & Claiborn, D. C. (1993). Informed consent: Therapists' beliefs and practices. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 153-159.
- Sonne, J. L. (1994). Multiple relationships: Does the new ethics code answer the right questions? *Professional Psychology: Research and Practice*, 25, 336-343.
- Strasburger, L. H., Jorgenson, L., & Randles, R. (1991). Criminalization of psychotherapist-patient sex. *American Journal of Psychiatry*, 148, 859-863.
- Sue, D. W. (1990). Culture-specific strategies in counseling: A conceptual framework. *Professional Psychology: Research and Practice*, 21, 424-433.
- Sue, D. W., & Sue, D. (1990). *Counseling the culturally different: Theory and practice* (2nd ed.). New York: Wiley.
- Sue, S. (1983). Ethnic minority issues in psychology: A reexamination. *American Psychologist*, 38, 583-592.
- Sullivan, T., Martin, W. L., Jr., & Handelsman, M. M. (1993). Practical benefits of an informed consent procedure: An empirical investigation. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 160-163.
- Tarasoffv. Board of Regents of California, Cal. Rptr. 14, No. S.F. 23042 (Cal. Sup. Ct., July 1, 1976) 131.
- Tymchuk, A. J. (1981). Ethical decision-making and psychological treatment. *Journal of Psychiatric Treatment and Evaluation*, 3, 507-513.
- Tymchuk, A. J. (1982). Strategies for resolving value dilemmas. *American Behavioral Scientist*, 26, 159-175.
- Vaccarino, J. M. (1978). Consent, informed consent, and the consent form. *New England Journal of Medicine*, 298, 455.
- Vasquez, M. J. T. (1996). Will virtue ethics improve ethical conduct in multicultural settings and interactions? *The Counseling Psychologist*, 24, 98-104.
- Vesper, J. H., & Brock, G. W. (1991). *Ethics, legalities, and professional practice issues in marriage and family therapy*. Boston: Allyn and Bacon.
- Welfel, E. R., & Lipsitz, N. E. (1984). The ethical behavior of professional psychologists: A critical analysis of the research. *The Counseling Psychologist*, 12(3), 31-42.
- White v. North Carolina State Board of Examiners of Practicing Psychologists, 97 N.C. App. 144, 388 S.E.2d 148 (1990), review denied, 326 N.C. 601, 393 S.E.2d 891 (1990).
- Wickline v. State of California, 239 Cal. Rptr. 805, 741 P.2d 613 (1987).
- Winegar, N. (1992). *The clinician's guide to managed mental health care*. New York: Haworth.
- Wolf, S. M. (1994). Health care reform and the future of physician ethics. *Hastings Center Report*, 24(2), 28-41.

LECTURAS ADICIONALES

Para los estudiantes interesados en ahondar profundamente en la ética, Bersoff (1995) presenta una colección de lecturas sobre un tratamiento comprensivo de la ética en psicología. Corey y colaboradores (1993) miran la ética de manera más general desde la perspectiva de ayudas profesionales, y presentan excelentes casos, preguntas e instrumentos de autoevaluación para discusión. APA (1987) publicó un libro de casos éticos que es útil pese a estar basado en una versión previa de un código de ética.

Varios buenos libros tienen que ver de manera específica con la psicoterapia, incluyendo el de Lakin (1991) y el de Pope y Vasquez (1991). Austin y colaboradores (1990) presentan los asuntos desde una perspectiva legal, y Lerman y Porter (1990) presentan perspectivas feministas. Vesper y Brock (1991) se especializan en asuntos éticos y legales pertenecientes a la terapia familiar y matrimonial.

El mejor libro sobre la ética en la enseñanza es el de Keith-Spiegel *et al.* (1993).

Para poner en perspectiva a la ética en la psicología, los estudiantes pueden leer el texto clásico de Beauchamp y Childress (1994) sobre la ética biomédica. Appelbaum y Lawton (1990) miran la ética en una variedad de profesiones, incluyendo la atención a la salud, los negocios y la justicia criminal.

CAPITULO 5

CÓMO EVALUAMOS LO QUE HACEMOS

David L. Streiner

POR QUÉ DEBEMOS EVALUAR

Como se ilustra en los capítulos de este libro, la psicología clínica abarca una amplia gama de actividades, entre las que se encuentran: llevar a cabo la terapia individual y de grupo con personas que padecen de una diversidad de problemas psicológicos; diseñar programas de rehabilitación para personas que han experimentado alguna lesión cerebral causada por accidentes o embolias; implementar intervenciones que ayuden a las personas a cambiar conductas inadaptables, como fumar o abusar de las drogas; evaluar la vocación profesional de los individuos; evaluar a padres y a niños para tomar decisiones en cuestiones de custodia y postestad; y utilizar el bagaje de otras técnicas para una variedad diversa de propósitos.

Del mismo modo que ha aumentado la gama de actividades en las cuales los psicólogos practicantes están comprometidos, también ha aumentado el número de técnicas terapéuticas y de evaluación disponibles. Por ejemplo, hasta principios de los años sesenta, si un paciente llegaba con un psicólogo quejándose de ansiedad, era tratado con cierta técnica de psicoterapia, basada muy probablemente en la teoría psicoanalítica o analítica del Yo. Aunque los psicólogos discutieron ampliamente los detalles de las teorías, un observador externo habría tenido gran dificultad para distinguir entre una forma de terapia y otra. Por otra parte, en la actualidad, parece como si hubiese tantos tipos de terapias

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

Si nos preguntamos: "¿ha sido bueno o malo este crecimiento del número de técnicas?", tendríamos que contestar: "ha sido bueno". Por una parte, varios de estos novedosos procedimientos han sido más eficaces que los antiguos en términos de la cantidad de personas que pueden ser ayudadas y de la rapidez con que pueden ser tratadas. Por otra parte (siempre hay "otra parte"), algunos de los nuevos métodos son menos que provechosos, y algunos pueden hacer realmente más daño que bien. La abundancia de terapias disponibles pone una carga adicional a los psicólogos: ¿cómo seleccionan las técnicas que deben utilizar y cuáles tienen que evitar? En otro nivel, ¿cómo saben si una determinada forma de terapia, la cual funcionó en una gran cantidad de pacientes estudiados, es realmente funcional cuando se aplica a los pacientes individuales que llegan a su consulta? El psicólogo clínico más orientado a la investigación a menudo se hace el primer tipo de pregunta y diseña estudios que incluyen grandes grupos de pacientes, asignados de manera aleatoria para recibir un tipo de terapia u otro, valiéndose de sofis-

ticadas estadísticas para analizar los resultados. El psicólogo más orientado a lo clínico (que podría ser la misma persona, pero utilizando un sombrero distinto) está más interesado en el segundo tipo de problema: evalúa si determinada terapia está funcionando apropiadamente en un paciente en particular. No es necesario decir que aunque este ejemplo se ha centrado en técnicas terapéuticas, se aplican las mismas consideraciones a los procedimientos de evaluación, intervenciones basadas en comunidades o cualquier otra cosa que se haga que esté diseñada para plantear la diferencia en las vidas de las personas que se atienden.

Además de esta razón altruista de evaluar lo que hacemos, para asegurarnos de que realmente estamos ayudando a la gente que lo solicita (y que paga por ello) con nuestros servicios, existe otra razón importante para evaluar. Puede sonar brusco, pero estamos en una era en la cual los servicios de salud son vistos como mercancía, y en la que el acceso a estos servicios viene bajo el escrutinio y control de contadores y de "administradores de control de costos". Las compañías de seguros y otras terceras personas que pagan por los servicios no aprobarán el pago de los servicios a menos que pueda probarse que las intervenciones en realidad son efectivas y que marcan la diferencia en las vidas de las personas que son nuestros pacientes. No basta decir: "confíen en mí, soy psicólogo"; ahora nos tenemos que ganar esa confianza con pruebas sólidas. En los últimos años, las intervenciones médicas, como la terapia de quelación para la sobrecarga del calcio, y los procedimientos quirúrgicos, como la cirugía de puente extracraneal/intracraneal, han sido suprimidas de las pólizas de reembolso por las compañías de seguros (y por tanto, de forma eficaz, son eliminadas de la práctica) debido a que no puede demostrarse su eficacia. Muchos terceros que pagan por los servicios también tienen procedimientos en los cuales peritos externos revisan los registros de las psicoterapias, si piensan que se han realizado demasiadas sesiones sin mostrar algún progreso en los pacientes. Para continuar con lo que estamos haciendo (y esperamos seguir mejorando lo que hacemos), debemos estar en una posición de demostrar que nuestras técnicas funcionan en general y que son aplicadas con eficacia en nuestros casos en particular.

En este capítulo, cubriremos algunas de las estrategias de investigación que pueden utilizarse tanto por el investigador como por el psicólogo clínico: cómo evaluar con sentido crítico estudios de la eficacia terapéutica y del diagnóstico, así como los temas éticos que se

presentan cuando conducimos alguna forma de evaluación. Se han escrito libros de texto completos sobre cada uno de estos temas, así que todo lo que podemos hacer es examinarlos someramente y destacar los puntos importantes. Para aquellos que tienen hambre de mayor conocimiento, existe una sección al final de este capítulo, llamada "lecturas complementarias", en la cual se enumeran algunos libros que cubren estos temas con mayor profundidad.

CÓMO EVALUAR NUESTRAS INTERVENCIONES

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

Diseños adecuados para estudios más amplios

Fortalezas y debilidades de diversos diseños de estudio

Existen varias maneras de determinar si una intervención terapéutica es eficaz y si cada uno de estos procedimientos cuenta con fuerzas y limitaciones. Quizá el tipo más fácil de estudio a realizar es uno que utiliza *controles históricos*, en los cuales los resultados de los pacientes que han recibido un cierto tipo de terapia se compara con el pasado, cuando esa terapia no estaba aún disponible. Por ejemplo, con base en este tipo de diseño, se concluyó que ya que el número de pacientes crónicos en grandes hospitales estatales y provinciales cayó dramáticamente, justo por la época en que los medicamentos psicoactivos como la clorpromazina (CPZ) fueron introducidos a mediados de los años cincuenta, estos medicamentos debieron ser los responsables de la dramática disminución del número de pa-

cientes. La desventaja principal de este diseño es el supuesto de que nada más cambió durante este periodo, lo que hubiera podido afectar al fenómeno observado. De hecho, algunos investigadores han postulado que los hospitales comenzaron a quedarse vacíos *antes* de que la CPZ fuera introducida en la comunidad médica, como resultado de cambios en las políticas administrativas y de una tendencia hacia la apertura de más hospitales (Kiesler y Sibulkin, 1987; Mechanic, 1980; Warner, 1994). La realidad es que no sólo es extremadamente difícil asegurar que nada más ha cambiado, sino también bastante irracional hacerlo. Requeriríamos un conocimiento completo sobre cuáles se consideran los otros factores que pueden influir en los resultados, y qué sucedió con esos factores a lo largo de la década o incluso separando los casos tratados de los no tratados. En su mayor parte, los estudios que usan grupos de control históricos pueden ser útiles para la generación de hipótesis, pero rara vez pueden probar que el cambio en el resultado se debió a la intervención en particular.

Íntimamente relacionado con el diseño de control histórico está el ensayo *pre-test/post-test*, también conocido como estudio de *grupo único pre-test/post-test*. Sin embargo, en el diseño *pre-test/post-test* cada persona es comparada con la situación que presentaba el paciente antes de la terapia, según se muestra en la figura 5.1. Por ejemplo, se ha planteado la hipótesis de que los pacientes fóbicos están selectivamente atentos a las señales en su ambiente que pueden significar una amenaza. Lavy, van den Hout y Arntz (1993) aplicaron pruebas en pacientes fóbicos antes y después de la terapia conductual para determinar si hubo algunos cambios en sus sesgos de atención respecto a información atemorizante (sí hubo). Hay un número de ventajas de este diseño sobre los controles históricos; la principal es el breve tiempo de aplicación, de modo que hay menos oportunidad para que otros factores influyan. Además, la misma persona es comparada en ambas ocasiones, eliminando la posibilidad de que las características propias de los pacientes pudieran haber cambiado a lo largo del periodo en cuestión (por ejemplo, debido a una más amplia disponibilidad del seguro, ahora se ven perso-

nas menos perturbadas que antes). Sin embargo, la pregunta es muy similar a la que se encuentra en los controles históricos: ¿hubiera podido mejorar la gente sin la terapia, sólo debido a otros cambios en sus vidas o por la naturaleza de la condición en sí misma? Sabemos que muchos trastornos, tales como las formas sutiles de depresión, son de tiempo limitado (Hankin y Locke, 1982; Mann, Jenkins y Belsey, 1981). Si estos pacientes buscasen ayuda cuando se encuentran más alterados, entonces la historia natural del trastorno establece que mejorarán con el tiempo, *ya sea que la terapia funcione o no*, y podríamos estarnos engañando a nosotros mismos (y al público) atribuyendo su progreso a nuestra intervención. Sin embargo, este diseño *pre-test/post-test* puede funcionar, si sabemos de otros estudios en donde la historia natural del trastorno sea que éste permanecerá igual o que empeorará sin el tratamiento. Por ejemplo, éste parece ser el caso, en algunas formas del trastorno de ansiedad (Turner y Beidel, 1989; Wittchen y Essau, 1993), de modo que es relativamente seguro concluir que, sin terapia, los pacientes no habrían mejorado.

Un diseño algo más sofisticado implica un *grupo de control no equivalente*. Este es denominado como un "diseño cuasi experimental" e incluye estudios "que involucran tratamientos, medidas de los resultados y unidades experimentales, pero no utilizan la asignación aleatoria para crear comparaciones a partir de las cuales se infiere el cambio inducido por el tratamiento" (Cook y Campbell, 1979, p. 6). En un estudio de grupo de control no equivalente, como el que se muestra esquemáticamente en la figura 5.2, las personas que recibieron la terapia son comparadas con otras que, por una razón u otra, no la han recibido. En la investigación epidemiológica, esto es denominado *estudio de cohorte* (Streiner y Norman, 1996). En uno de los primeros ejemplos de este diseño en la investigación terapéutica, Eysenck (1952) comparó el resultado de pacientes neuróticos (quienes serían diagnosticados hoy en día con un trastorno relacionado con la ansiedad) que recibieron psicoterapia con un grupo de personas que llenaron demandas de discapacidad por psiconeurosis para compa-



Figura 5.1 Diseño de un ensayo pre-test/post-test

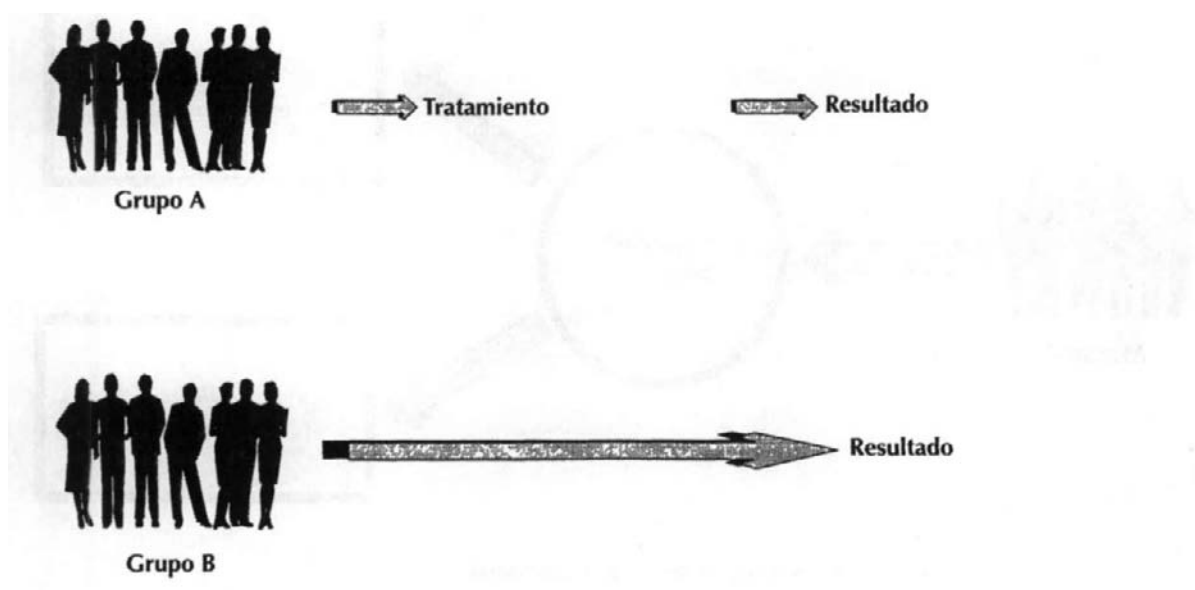


Figura 5.2 Diseño de un ensayo de grupo no equivalente

nías de seguros, y quienes fueron atendidas "por sus propios médicos con sedantes, tónicos, sugestión y reafirmación" (p. 320). Eysenck encontró que cerca de dos tercios de cada grupo mostró mejoría sustancial después de dos años y concluyó que la psicoterapia fue ineficaz.

El problema principal del diseño de grupo de control no equivalente es asegurar que los dos grupos de personas son similares en cuanto al resto de los aspectos que puedan afectar los resultados; es decir, que los factores que influyen para saber cuáles personas buscan terapia y cuáles no, no tienen impacto en su resultado eventual. Sin embargo, hemos sabido desde hace un buen tiempo que los pacientes que buscan terapia se diferencian de aquellos que no lo hacen en una cantidad de variables, muchas de las cuales, como la desesperanza, el aislamiento social, la desmoralización y un sentimiento de fracaso y de poca valía, se relacionan con el resultado del tratamiento (Galassi y Galassi, 1973; Garfield, 1986; Kellner y Sheffield, 1973; Vaillant, 1972). Es posible, entonces, que los pacientes que recibieron terapia hubieran podido estar peor desde el principio que los que no buscaron ayuda. En este caso, los grupos parecían similares al término de dos años porque la terapia los elevó efectivamente al nivel de los

que no necesitaron terapia. Así, mientras que la conclusión de Eysenck resulta atractiva, no puede ser considerada concluyente.

El diseño de investigación más poderoso para evaluar la eficacia de una intervención se denomina *experimento verdadero* o, en epidemiología, un *ensayo de asignación aleatoria controlada* (EAC; Streiner y Norman, 1996). En este tipo de estudio, ilustrado en la figura 5.3, las personas son asignadas *aleatoriamente por el experimentador* a diversas condiciones. Por ejemplo, para determinar si la terapia funciona del todo, las personas son asignadas ya sea al grupo de terapia o a uno de control. A menudo, el grupo de control consta de personas que reciben un tratamiento de placebo, uno que no debe afectar su condición. Por ejemplo, Kemp, Hayward, Applewhaite, Everitt y David (1996) quisieron determinar en todo caso si el acatamiento al tratamiento farmacológico podría aumentar entre pacientes psicóticos. Aleatoriamente asignaron a 47 pacientes a un grupo de "terapia de acatamiento al tratamiento", o bien, a una condición de placebo que consistía en un consejo no específico. Ambos grupos necesitaron menos medicación después de la intervención, pero el grupo experimental tomó sus medicamentos con

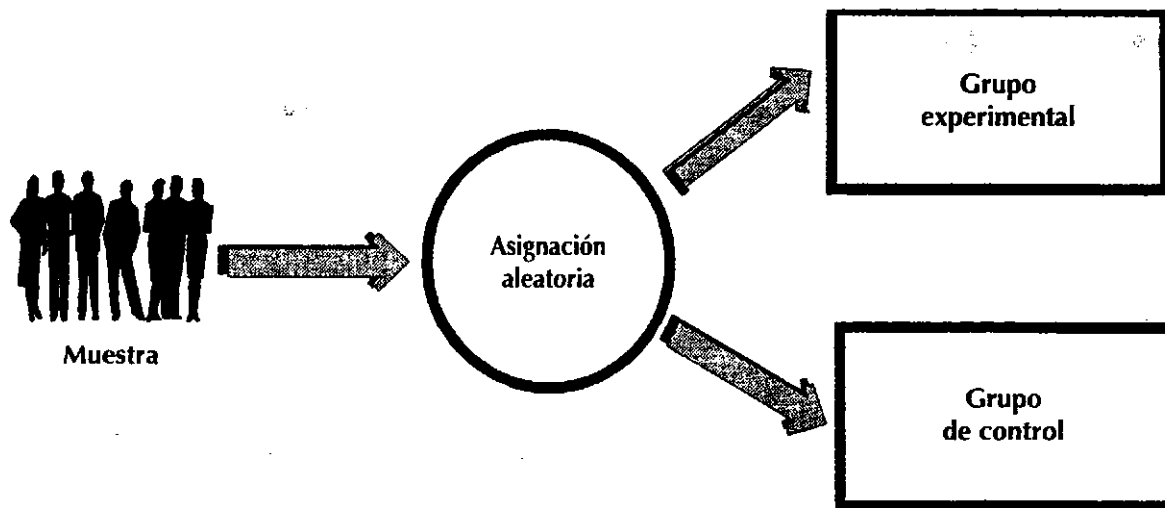


Figura 5.3 Diseño de un ensayo de asignación aleatoria controlada

mayor regularidad, mostró mayor mejoría en sus síntomas y tuvo menos hospitalizaciones subsecuentes.

Cuando el objetivo del estudio es determinar cuál de las dos formas de terapia es mejor, se asigna aleatoriamente a la gente para que reciba un tratamiento u otro. Por ejemplo, un estudio importante comparó dos formas de psicoterapia breve (interpersonal y cognoscitivo-conductual) entre sí y contra el manejo clínico con y sin el uso de medicación antidepresiva (Elkin, Parloff, Hadley y Autry, 1985; Elkin, *et al.*, 1989). Asignaron en forma aleatoria a un total de 250 pacientes a uno de estos cuatro tratamientos. Todos los pacientes mejoraron; aquellos en la condición de medicamento con manejo estaban mejor, mientras que aquellos que recibieron sólo el manejo clínico tuvieron la menor mejoría. Las otras dos terapias mostraron niveles intermedios de mejoría.

La razón de que este diseño sea preferido sobre todos los demás es que *minimiza* los sesgos entre los grupos. El sesgo en este contexto significa cualquier factor, distinto a la intervención en sí misma, que pueda afectar los resultados. Estos factores pueden incluir la severidad del trastorno, la edad, la habilidad verbal o la motivación. Debido a que el grupo al que se pertenecerá se determina aleatoriamente y bajo control del investigador, éstos otros factores deberán, a largo plazo, ser equitativamente distribuidos entre los grupos. Aún más, la mayor parte de nuestras pruebas estadísticas se

basa en el supuesto de asignación aleatoria. Por ejemplo, a pesar de todo nuestro cuidado en asignar aleatoriamente las personas a los grupos, aún encontramos que difieren en la línea base respecto a algunas variables cruciales. Si se hubiese usado la asignación al azar, entonces técnicas tales como el análisis de la covarianza pueden ser utilizadas para tomar en cuenta estas diferencias; si la asignación no fuese al azar, entonces habría muy poco que pudiéramos hacer después del hecho de ajustamos a ellas.

Validez interna y externa del estudio

Diferencias entre la validez interna y externa. El diseño apropiado es un ingrediente necesario para que un estudio evalúe la eficacia terapéutica, pero no es suficiente. Un diseño sólido permite que tengamos más confianza en la *validez interna* del estudio (Cook y Campbell, 1979), esto es, tener mayor certeza de que los resultados se deben a la intervención y no a otros factores como el sesgo en la asignación de sujetos a las diversas condiciones de tratamiento, o a cambios en el paciente debido a factores diferentes a la intervención. De igual modo, si no es que de mayor importancia, es la *validez externa* del estudio: ¿a qué grado podemos hacer generalizaciones a la vida real a partir de las condiciones algo artificiales de un estudio experimental? Existe muy a menudo un rompimiento entre estos dos

tipos de validez. Para reducir al mínimo las fuentes potenciales de error, tenemos que sacrificar la verosimilitud. De manera inversa, cuanto más intentamos reflejar la realidad del encuentro terapéutico, mayores son las oportunidades de que factores fuera de nuestro control (y quizá de nuestro conocimiento) puedan ser responsables de los resultados. La diferencia entre la "vida real" y el laboratorio fue bien documentada por Weisz, Donenberg, Han y Weiss (1995). Combinando los resultados de muchos estudios bien controlados de psicoterapia infantil, se encontró que los niños en condición de tratamiento registraron cerca de 0.75 desviaciones estándar más en varias medidas del resultado, que los del grupo control, lo que resultó en una mejoría muy respetable. Sin embargo, al revisar estudios que fueron conducidos en clínicas tradicionales (y que, por tanto, probablemente reflejaron más de cerca lo que los terapeutas hacen en realidad y con quién lo hacen), la diferencia entre los dos grupos desapareció virtualmente. Así, el cuidadoso control experimental sobre lo que ocurre en la terapia y a quién le ocurre, aumenta la validez interna del estudio (según lo evidenciado por la gran diferencia), pero compromete la validez externa (observada en la distinción que existe entre los estudios de laboratorio y los de base clínica); lo que se ha llamado la carencia de "transportabilidad" de los resultados de la investigación al servicio (Kendall y Southam-Gerow, 1995). Ahora pondremos más atención a algunos de los factores que pueden afectar la validez interna y externa de los estudios de terapia.

Control sobre los procedimientos. Con mayor frecuencia al pasar de los años, los estudios de terapia han llegado a presentarse en manuales, por lo que los terapeutas deben seguir una guía estructurada que regula lo que pueden o no hacer o decir durante las sesiones (Clarke, 1995; Luborsky y DeRubeis, 1984). A manera de verificar qué tanto se lleva a cabo el tratamiento, las sesiones son a menudo grabadas de modo que un evaluador externo pueda determinar si el terapeuta se desvió del procedimiento. Por ejemplo, en un estudio comparativo de la terapia cognoscitiva-conductual con la terapia expresiva de apoyo en trastornos alimenticios (Gamer *et al.*, 1993), cada terapeuta tenía un manual del tipo de terapia que estaba aplicando. Para verificar aún más la conformidad al tratamiento por parte de los terapeutas, se dio a los pacientes ciertos cuestionarios al final de la terapia para conocer sus percepciones respecto a lo que los terapeutas hicieron. Algunos de los

reactivos cuestionaban acerca de las cosas que un terapeuta tendría que haber hecho como parte de la terapia utilizada, y otros reactivos cuestionaban acerca de las cosas que el terapeuta no debió haber hecho. El propósito de esta estandarización es doble. Primero, si se encuentran diferencias entre los tratamientos, entonces es más fácil determinar qué aspectos de la terapia pudieron haber sido responsables. Segundo, si los terapeutas en una circunstancia determinada usan técnicas de otro tipo de terapia, los efectos específicos de cada intervención tenderían a diluirse. La última consecuencia de esto sería hacer a los dos grupos similares entre sí disminuyendo las posibilidades de encontrar diferencias. La desventaja es que, en realidad, los terapeutas no son así de rigurosos; pueden combinar técnicas, sacrificar la pureza teórica por la mejoría terapéutica, y basar sus juicios de qué hacer en cualquier caso, desde los estudios empíricos hasta las "corazonadas" (Clarke, 1995; Persons, 1991).

El número de sesiones. Un problema relacionado tiene que ver con el número de sesiones: ya sea que haya un número fijo de sesiones para todos los pacientes, o si se ve a éstos tantas veces como sea necesario. El argumento a favor de un número fijo de sesiones es que estamos estudiando una intervención conocida, es decir una forma específica de terapia para un número determinado de sesiones. La desventaja es, nuevamente, que rara vez se hace así la terapia. Algunas personas progresan en la terapia con más rapidez que otras, ya sea porque sus problemas no son tan severos o porque realizan cambios más rápidos, o por cualquier otra razón. Incluso si el terapeuta y el paciente convienen de antemano con respecto a cuánto tiempo debe durar el tratamiento, pueden presentarse otros asuntos que requieran sesiones adicionales. El apegarse a un número fijo de sesiones significa que algunos pacientes deben permanecer bajo terapia después de haber recibido todo el beneficio posible, mientras que otros pueden finalizar antes de haber confrontado todos los aspectos. Por otra parte, un número variable de sesiones no solamente hace que lo que se esté estudiando sea un blanco móvil, sino que también hace más difícil para los pacientes en el grupo comparativo recibir la misma cantidad de atención. De igual manera que con las muchas decisiones que tienen que ser tomadas en la investigación de la terapia, no hay respuestas correctas o incorrectas, solamente intercambios entre las ventajas y las desventajas.

Selección de sujetos. Otro aspecto que afecta la validez interna y externa de un estudio es el conjunto de criterios usados para seleccionar a la gente que fungirá como sujetos de estudio. En un intento por obtener una mejor comprensión del procedimiento en estudio, y por reducir la variabilidad dentro del grupo, los investigadores intentan formar grupos homogéneos y pueden excluir, por ejemplo, a la gente que tiene dos o más diagnósticos, que estuvo en terapia previamente o que ha utilizado cualquier medicamento psicoactivo durante los últimos seis meses. Estos criterios de exclusión son maneras sensibles de mejorar la validez interna del estudio y de aumentar las oportunidades de encontrar una diferencia significativa, si es que existe. Sin embargo, al mismo tiempo, también limitan la posibilidad de generalizar los resultados. Los terapeutas rara vez tienen la libertad de rechazar pacientes por estas razones, así que la pregunta que permanece es el grado en que las conclusiones de la investigación pueden aplicarse a la situación clínica. La comparación de los pacientes se hace cada vez más intensa cuando los actores no son siquiera pacientes. Es muy común en los estudios de pruebas psicológicas usar a estudiantes universitarios (por ejemplo, Frost, Steketee, Krause y Trepanier, 1995; Roper, Ben-Porath y Butcher, 1995) y, aunque es menos común, esto también sucede en la investigación de la terapia (Heller, 1971). Sin embargo, la generalización a una población clínica de los resultados de este grupo formado en su mayoría por jóvenes de clase media, bien instruidos y que no son pacientes clínicos, puede ser tenue en el mejor de los casos.

La elección de un grupo de control. Como se mencionó con anterioridad, la característica del ensayo de asignación aleatoria controlada (EAC) es la asignación aleatoria al tratamiento o a las condiciones de control. Sin embargo, el problema es: ¿a qué nos referimos por control? Si estamos comparando dos o más formas de terapia, la cuestión es simple: el "control" es sencillamente otra forma de terapia, por lo general, la más antigua y más tradicional. Vimos este diseño con anterioridad en el estudio de varios tratamientos para la depresión (Elkin, *et al.*, 1985, 1989). Sin embargo, en algunas situaciones, el objetivo es determinar si la terapia tiene algún efecto. En esta situación, el grupo de control adecuado sería uno que no reciba ninguna terapia (por ejemplo, la mitad de los sujetos se pone en una lista de espera para la duración del estudio), o bien, un tratamiento placebo simulado. A estas personas se les

proporciona cierta forma de actividad estructurada considerada inefectiva terapéuticamente para el problema actual. El propósito de esto es el control de cualquier efecto no específico de la terapia, tal como la atención, o lo que se ha llamado el efecto Hawthorne (que probablemente nunca existió pero que continúa como una rúbrica muy práctica; Bramel y Friend, 1981; Jones, 1992). A pesar de todo, existen numerosos problemas con este tipo de grupo de control. Las personas buscan el tratamiento porque necesitan (o por lo menos desean) ayuda. A menudo están poco dispuestos a esperar de 6 a 12 meses si las alternativas están disponibles, de modo que los que permanecen en la lista de espera están menos perturbados que el grupo en su totalidad. Incluso si permanecen en la lista, la gente puede buscar otros consejeros menos formales, como clérigos, amigos, cantineros o peluqueros. Finalmente, en realidad no estamos seguros de qué es un "placebo" en terapia. Simplemente verá un individuo al que el paciente percibe como terapeuta, o conocerá gente en un grupo; puede proporcionar elementos que son terapéuticos, como por ejemplo, tener la sensación de ser comprendido o el tener contacto social (Clarke, 1995; Strupp, 1977). El resultado de que la gente derive beneficios no específicos de condiciones de placebo es para disminuir cualquier diferencia entre los grupos experimentales y los de control, así como para aumentar la probabilidad de un error de tipo II (concluir erróneamente que no hay diferencia). Así, si se encuentran diferencias, podremos estar aún más confiados de que son verdaderas. Pero si no se encuentra alguna diferencia, no podemos saber si es porque la terapia fue ineficaz o porque había una cierta forma de cointervención en el grupo de control. Por otra parte, la gente más sana que renuncia a una lista de espera daría lugar a un grupo de control más trastornado que el grupo de tratamiento, lo que conduce posiblemente a una diferencia significativa, pero falsa. De este modo, las renunciaciones pueden: (1) hacer al grupo de control más parecido al grupo de tratamiento; (2) hacerlo menos parecido al grupo de tratamiento o (3) no tener algún efecto. No hay solución fácil, excepto reducir al mínimo las renunciaciones y la cointervención tanto como sea posible. Los métodos para evaluar los efectos de la reducción serán estudiados más adelante en este capítulo.

La elección de los resultados

En muchas situaciones, el resultado de un estudio es dictado por la naturaleza del problema tratado. Si la te-

rapia se diseña para ayudar a bulímicos, entonces las medidas de los resultados se centrarían en el número de episodios de vómito y purga; una terapia para la agorafobia se centraría en la habilidad de la persona para aventurarse fuera de casa; y las intervenciones para ayudar a niños con trastorno por déficit en la concentración y con hiperactividad podrían considerar el desempeño en la escuela. Sin embargo, hay muchas situaciones en las cuales los resultados conductuales no están disponibles o no son suficientes. Por ejemplo, los programas diseñados para mejorar la autoestima deben basarse en gran parte en los sentimientos de valía que reportan los pacientes. Algunos de los criterios usados en la evaluación de las propiedades psicométricas de escalas se han analizado en el capítulo 3; aquí el énfasis estará en otros tres temas: la *amplitud* de los resultados, lo que ha sido llamado el *juego de la sustitución* y si el resultado debe ser *continuo o discreto*.

Amplitud. Incluso cuando la terapia se dirige a conductas-objetivo específicas, como el aumento de peso en los anoréxicos o la reducción del miedo en los pacientes fóbicos, por un número de razones, el cambio rara vez se limita únicamente a estas áreas. Primero, con excepción de los ermitaños y de los aislados sociales (quienes rara vez buscan terapia en cualquier caso), las personas están envueltas dentro de una matriz social: sus amigos, la familia, los compañeros del trabajo y otros. Los síntomas de los pacientes afectan tanto a ellos mismos como a aquellos que les rodean. Si una mujer agorafóbica no puede salir sola de casa, entonces los otros miembros de la familia deben cambiar sus hábitos para ajustarse a esto. Deben hacer las compras o acompañarla cuando ella sale; las visitas a la familia y a los vecinos se hacen problemáticas, y las vacaciones se pueden acortar o eliminar totalmente. De la misma manera, el marido puede estar secretamente tranquilo de saber que su esposa nunca se divorciará, puesto que ella encontraría casi imposible el vivir sola. En segundo lugar, los trastornos se presentan a menudo reales o simulados como una reacción a las áreas de conflicto. Por ejemplo, algunas personas han establecido la hipótesis de que la anorexia resulta de miedos sobre la sexualidad adulta (Crisp, 1980). Al matarse de hambre, la mujer sigue siendo prepúber, con el desarrollo detenido de sus características sexuales secundarias y amenorreica. Como consecuencia de ello, cualquier cambio de peso puede también afectar la percepción de la paciente sobre sí misma y cómo ve a la gente, especial-

mente a los varones que interactúan con ella. En tercer lugar, el tratamiento en sí mismo implica costos. Incluso si las sesiones son cubiertas por un régimen de seguros (y éstos rara vez cubren todos los cargos), la persona incurre en costos indirectos, como el tiempo de trabajo perdido, pagos por cuidado de los niños, cuotas del transporte, etcétera.

La implicación de esto es que pocas veces es suficiente para que las medidas de los resultados se centren solamente en las conductas-objetivo. Los cambios ocurren en muchos aspectos de las vidas de los pacientes y de sus familias. Algunos de estos otros cambios pueden ser positivos y consolidarán más la eficacia de la terapia. Otros, sin embargo, pueden ser negativos y pueden empañar la imagen total. Por ejemplo, una reducción en la ansiedad fóbica puede tener la ventaja adicional de aumentar la autoestima de la mujer, de modo que pueda afirmarse mejor. Al mismo tiempo, esto puede conducir a un mayor desequilibrio matrimonial, porque se ha roto el equilibrio familiar. De manera ideal, los estudios de la eficacia de la terapia deben incluir la evaluación de tantas de las siguientes características como sea posible:

- Disfunción (dificultades en el funcionamiento psicosocial)
- Discapacidad (la incapacidad de llevar a cabo las actividades diarias)
- Malestar (síntomas)
- Enfermedad (morbilidad y efectos colaterales del tratamiento)
- Desequilibrio armónico (problemas en el funcionamiento matrimonial)
- Deuda (costos indirectos y directos al paciente y a la sociedad)
- Insatisfacción (infelicidad otorgada por la terapia misma)
- Muerte (en estudios, por ejemplo, del tratamiento para la depresión o de los programas de prevención del suicidio)

Naturalmente, ningún estudio puede examinar todos los resultados potenciales, pero deben ser tan exhaustivos como sea posible y tomar en cuenta los efectos negativos potenciales.

Sustitución. Otro aspecto de la medición de resultados es *lo que se mide*. La gente no se incorpora a la terapia porque su calificación en una escala de depresión es demasiado alta o porque su tiempo de reacción en una

tarea de discriminación es demasiado lento. En vez de eso, buscan ayuda debido a la desorganización en sus vidas causada por la depresión, o porque tienen alguna lesión cerebral o bien por otro factor que ha afectado la vida cotidiana. Muchas de las medidas usadas para evaluar la terapia que son sustitutas de los problemas subyacentes se utilizan porque tienen la ventaja de estar disponibles, ser manejables, consumir menos tiempo o ser estándar. Sin embargo, estas ventajas no deben cegarnos al hecho de que ha ocurrido una sustitución: sustituimos lo que *quisiéramos* medir con lo que *podemos* medir. Por ejemplo, Brubaker y Wickersham (1990) reportaron el "éxito" de un programa para mejorar el autoexamen testicular para la detección temprana del cáncer. Sin embargo, su medida de resultados era una escala que mostraba la *intención* de los hombres de realizar el procedimiento; no se evaluó si ellos realmente siguieron o no el procedimiento y si *realizaron* el examen. Aunque la intención es un componente necesario en un comportamiento que cambia, es solamente un primer paso de avance y no debe ser utilizado como un sustituto del resultado deseado. En un ámbito diferente, Rudd y colaboradores (1996) evaluaron un programa dirigido a adultos jóvenes suicidas. Sus medidas de resultados consistieron en escalas de ideación suicida, desesperación, depresión, abuso de sustancias y otros índices del afecto y la cognición pero no, desafortunadamente, de la conducta suicida real.

Es fácil ver por qué ocurrieron estas sustituciones. Es difícil medir la fidelidad del autoexamen, excepto por el reporte personal, que en sí mismo es susceptible al sesgo por aceptación social (Edwards, 1957). Afortunadamente, la conducta suicida es un tanto rara, incluso en los grupos de alto riesgo, por lo que sería necesario un seguimiento a largo plazo, con una muestra muy grande de pacientes, para determinar la eficacia del programa. Los puntos finales sustitutos no pueden considerarse adecuados para lo que deseamos medir, a menos que la asociación entre ellos sea muy fuerte y se haya demostrado en estudios anteriores.

Continuo contra discreto. En algunas situaciones puede haber una opción de resultados, algunos de los cuales son continuos y otros discretos. Por ejemplo, si evaluásemos un programa de prevención de recaída para los alcohólicos, podríamos evaluar si la persona volvió a beber o no (resultado discreto); si fue arrestada posteriormente con cargos relacionados con el alcohol (resultado discreto); el lapso en que la persona volvió a

beber (resultado continuo); el número de litros de alcohol que consumió por semana un año después del arresto (resultado continuo) o un sinfín de otros resultados. Una ventaja de los resultados discretos es que rara vez existe ambigüedad acerca de ellos (la persona fue o no admitida, o si volvió o no a beber). Por otra parte, con medidas continuas, la persona puede admitir haber tomado algunas copas, pero puede reducir al mínimo el reporte de su consumo, conduciendo a un cierto grado de error. De forma semejante, podemos saber que condenaron a la persona por conducir en estado de ebriedad, pero no podemos saber exactamente cuándo. Una segunda ventaja de las medidas discretas es que cada persona tiene un resultado definido: sí o no, presente o ausente. Pero si el resultado es el tiempo de recaída, podemos estar en una posición de tener que terminar el seguimiento porque el estudio ha finalizado, pero podemos saber solamente que la persona no había recaído hasta ese momento. La persona puede mantenerse sobria por el resto de su vida o puede volver a beber al día siguiente. Por tanto, cualquier número que registremos para el lapso de su sobriedad (por ejemplo, el intervalo entre el arresto y el final del estudio) es arbitrario y representa solamente un límite más bajo.

Compensar estas ventajas de los resultados discretos es una desventaja importante: son mucho menos poderosas que las medidas continuas. Con esto queremos decir que para encontrar relevancia estadística, necesitaríamos a muchos más sujetos con resultados discretos en vez de continuos. Por ejemplo, un resultado dicotómico tiene, en el mejor de los casos, solamente 67% de eficiencia en relación con el resultado continuo (Suisa, 1991); si necesitamos 100 sujetos por grupo para mostrar la importancia con relación a una medida continua, necesitaríamos por lo menos 150 sujetos si los resultados fueran medidos como dicotomías. Además, cuanto más difieran los dos resultados de una división de 50:50 en los sujetos, tanto más poder se pierde (Hunter y Schmidt, 1990). Un poder bajo compromete la validez interna del estudio porque aumenta la probabilidad de un error de tipo II. La conclusión, entonces, es utilizar medidas continuas siempre que sea posible.

Manejo del agotamiento y abandono en el seguimiento

Otro tema en la investigación de la terapia es cómo manejar los datos de los pacientes que abandonan en forma prematura la terapia o de quienes se pierden en el seguimiento. Aunque recientemente se han desarrolla-

do técnicas sofisticadas para manejar los problemas estadísticos (que son muchos y complicados), todas asumen en un grado u otro que los pacientes se pierden al azar; esto es, que las razones por las que dejaron la terapia no tienen relación con el tratamiento que recibieron (o no recibieron, si estaban en un grupo de control en lista de espera), o a cualquier otro factor que pudiera afectar el resultado. Sabemos que esto es poco realista; la gente rara vez abandona por razones triviales. Por ejemplo, Hansen, Hoogduin, Schaap y de Haan (1992) encontraron que, en comparación con la gente que terminó el tratamiento conductual para el trastorno obsesivo-compulsivo, los que abandonan indican más a menudo que la terapia no cumplió sus expectativas, que los terapeutas fueron poco o nada comprensivos con ellos y que fueron menos presionados por la familia para conseguir ayuda. De manera similar, Emmelkamp y van den Hout (1983) encontraron que los agorafóbicos que dejaron la terapia eran menos capaces de permanecer en situaciones fóbicas hasta que la ansiedad disminuía, que los pacientes que terminaron el tratamiento.

El problema con quienes dejan la terapia y los pacientes perdidos en el seguimiento es aún más agudo cuando la razón del agotamiento puede estar relacionada con una falla del programa de tratamiento. "En especial al ocuparse de trastornos que amenazan la vida; no puede suponerse que la imposibilidad de encontrar a una persona significa que simplemente se ha cambiado de casa; puede estar relacionado con una falla del programa, que culminó en el suicidio del paciente" (Streiner y Adam, 1987, pp. 98-99).

Higginbotham, West y Forsyth (1988) delinean un procedimiento de tres pasos que los investigadores pueden seguir para detectar los posibles sesgos introducidos por el agotamiento diferenciado de los diversos grupos. Primero, la tasa de abandonos se compara a través de los grupos. Si hay una diferencia importante, entonces el agotamiento se debe quizá a los efectos de la terapia o la permanencia en un grupo de control. Desafortunadamente, cualquier otro resultado puede deberse a un agotamiento desigual. El segundo paso es comparar a los participantes del estudio en términos de las características de la línea de base, usando análisis donde la membresía al grupo es un factor, y el abandono contra la permanencia en el estudio es el otro. Por último, si los datos están disponibles, las razones del abandono deben ser comparadas entre aquellos que se encuentran en la condición activa del tratamiento contra

aquellos que están en el grupo de control. Sin embargo, la dificultad con todas estas estrategias es que puede no haber suficiente gente en los grupos para detectar las diferencias importantes (por ejemplo, el problema de un error tipo II).

El problema para los consumidores de la investigación es determinar cuánto pudieron los abandonos sesgar los resultados, puesto que no se tienen los datos en bruto para hacer los análisis sugeridos por Higginbotham y colaboradores (1988). Una buena regla de los tres pasos es asumir que todos los incidentes de abandono constituyen fracasos del tratamiento. Si no atribuimos alguna mejoría a ellos, y los resultados todavía parecen buenos, entonces éstos pueden ser confiables, si no, tendríamos que concluir que el estudio no mostró que el tratamiento fuera eficaz.

La significancia estadística y la importancia clínica

La conclusión en todos los estudios de la eficacia es el nivel p : ¿fueron significativas o no las diferencias entre los grupos estadísticos? Si el estudio encontró que p era menor que .05, entonces la conclusión es que, bajo el supuesto de la hipótesis nula de que no hay diferencias de grupo, es muy poco probable, menor a una posibilidad en 20, que estos resultados se hayan debido al azar. Pero hay tres factores que afectan al nivel p : (1) la opción del nivel de error tipo I (por ejemplo, la probabilidad de encontrar una diferencia significativa cuando no hay ninguna), (2) la razón de la diferencia entre las medias en relación a la variabilidad dentro de los grupos (que se llama tamaño del efecto [TE]) y (3) el tamaño de la muestra. Esto significa que si establecemos el nivel de error tipo I en 5% acostumbrado, entonces hay una relación recíproca entre el TE y el tamaño de la muestra. Si éste es pequeño, entonces encontraremos la significancia estadística solamente si el TE es grande; tendríamos que encontrar una diferencia grande entre las medias respecto a cuánto difiere la gente en cada uno de los grupos. A la inversa, si tenemos un número muy grande de gente en el estudio, entonces los TE muy pequeños serán estadísticamente importantes.

La implicación de esta relación inversa es que es posible tener significancia estadística, pero la magnitud del efecto de la intervención es muy pequeña. La pregunta que entonces surge es si esa diferencia de tamaño es *clínicamente importante*. ¿Qué queremos decir con clínicamente importante? En esencia, ¿vale la pena cambiar lo que hacemos, e instrumentar el nuevo pro-

cedimiento para alcanzar esos resultados? Por ejemplo, Thompson, Nanni y Schwankovsky (1990) diseñaron un programa para animar a los pacientes a hacer preguntas a sus obstetras/ginecólogos con respecto a sus condiciones médicas. Al final, las mujeres en los grupos experimentales hicieron un promedio de 5.2 preguntas; aquellas que estaban en la condición de control temían una media de 4.9 preguntas hechas. Aunque esta diferencia era estadísticamente importante, la cuestión que permanece es que, en promedio, por cada 10 mujeres, tres hicieron una pregunta adicional a los doctores.

El inverso de la importancia estadística con TE muy pequeños, es lo que se llama el *problema del poder*. Los estudios que tienen tamaños de muestra muy pequeños necesitan TE muy grandes para producir importancia estadística, de modo que un estudio pequeño puede terminar con un efecto de tratamiento que aparenta ser importante clínicamente, pero con poder insuficiente para rechazar la hipótesis nula. Cohen (1962), quien desarrolló la técnica para determinar el tamaño de la muestra *a priori* para alcanzar un poder dado en un experimento, lo hizo así porque su revisión de la bibliografía indicó que la media del poder para detectar un TE promedio era solamente de .48; esto es, que "la probabilidad de obtener un resultado importante era igual a lanzar una moneda al aire" (Cohen, 1992, p. 155). Esto era así en los estudios *publicados*; es imposible determinar cuántos de los estudios nunca llegaron a conocerse porque el bajo poder condujo a resultados no importantes, y hay un sesgo en contra de publicar los resultados nulos (Dickersin, 1990; Greenwald, 1975). Un estudio realizado 24 años más tarde encontró que la situación no había cambiado en absoluto (Sedlmeier y Gigerenzer, 1989).

¿Qué podemos concluir de los estudios que producen resultados clínicos importantes pero estadísticamente no significativos? En sentido estricto, no mucho. Usando la lógica de significación de prueba, no podemos concluir que la diferencia entre los grupos sea distinta a cero. De hecho, es tan probable, desde una perspectiva estadística, que los grupos podrían diferenciarse por esta cantidad en la dirección opuesta. Pero, como veremos en una sección más adelante sobre meta-análisis, los estadísticos, siempre inventivos, han encontrado métodos para combinar los resultados de muchos estudios no significativos para determinar si, en general, la intervención tiene algún efecto.

Diseños apropiados para la práctica clínica

Como Weisz y colaboradores (1995) precisaron, los TE de los estudios hechos bajo condiciones muy controladas son considerablemente más grandes que los de los estudios realizados bajo condiciones más naturales. Las lecciones de esa revisión son tranquilizantes: puede haber una marcada diferencia entre lo que una intervención *puede* hacer en las circunstancias ideales (denominada *eficacia*) y lo que *hace* cuando se aplica en el mundo real al intervalo de los pacientes que llegan (conocida como *efectividad*). Incluso si usted busca en forma diligente en la bibliografía para encontrar el tratamiento más eficaz para un trastorno dado, no hay garantía de que funcionará cuando lo ponga en práctica con el paciente específico al que usted está viendo. Puede ser que usted no haya tenido el mismo entrenamiento en la técnica que tuvieron los terapeutas en los estudios, o el paciente puede ser diferente de alguna manera a aquellos que sirvieron como sujetos, o incluso algunas otras razones pueden dar lugar a un resultado más pobre (o de mejoría) en el caso individual. La implicación de esto es que es necesario evaluar la propia eficacia, preferentemente con cada persona que se atiende o, por lo menos, cada vez que se modifica la práctica misma. Las técnicas que son apropiadas para hacer estudios profundos (por ejemplo, EAC, diseños de cohorte) claramente no pueden ser utilizadas cuando sólo se está atendiendo a unas pocas personas en un momento dado.

Quizá la manera más simple y más extensamente utilizada de evaluar el cambio en un paciente individual es el diseño *pre-test/post-test*: se evalúa al paciente al inicio de la terapia y después en la conclusión. Por razones que serán estudiadas en el capítulo 6, las evaluaciones se deben hacer usando un instrumento validado en lugar de simplemente validar la declaración del paciente de que se siente mejor. Dos temas surgen inmediatamente: (1) ¿cómo medir el cambio lo mejor posible? y (2) ¿cuánto cambio es clínicamente importante? El simple hecho de restar la calificación de una prueba y pasarla a otra no es suficiente, porque todas las calificaciones tienen cierto error de medición asociado a ellas (Streiner y Norman, 1995). Para determinar si el cambio es mayor del que se esperaría, con base en el error de medición, podemos utilizar la fórmula sugerida por Christensen y Mendoza (1986) para evaluar el cambio significativo (CS):

$$CS = \frac{X_2 - X_1}{EE_D} \quad (5.1)$$

donde X_1 es la calificación de la pre-test, X_2 la calificación de la post-test y EE_D es el error estándar en la diferencia entre las dos puntuaciones, definido como:

$$EE_D = \sqrt{2 (EEM)^2} \quad (5.2)$$

donde EEM es el error estándar de medición de la prueba. A diferencia de otras ecuaciones, ésta no supone que la puntuación de la pre-test o de la post-test se mida sin error. Si el CS excede de ± 1.96 , entonces el cambio en las calificaciones es más de lo que podría esperarse simplemente sobre la base de un error de medición. Pero, ¿es esto suficiente? Aquí, desafortunadamente, la estadística no puede ayudarnos. Una recomendación (Jacobson, Follette y Revenstorf, 1984) es decir que ha ocurrido el cambio clínico si (1) la puntuación de la pre-test está en el intervalo disfuncional, (2) la calificación de la post-test es similar a la de la población funcional y (3) el índice del cambio es estadísticamente significativo. Sin embargo, esto supone que existen normas para la gente que funciona correctamente, lo que no siempre es el caso. En estas situaciones, Jacobson y colaboradores recomiendan que el segundo criterio sea sustituido usando una calificación que esté por lo menos dos desviaciones estándar sobre la media de los pacientes.

Sin embargo, la amenaza principal para la validez de ensayos previos y posteriores largos también se aplica cuando se observan individuos en terapia: no puede eliminarse el hecho de que el cambio pudo ocurrir debido a factores diferentes al tratamiento, como la historia natural del trastorno u otros acontecimientos en la vida de la persona. Se han propuesto otros métodos para reducir al mínimo este sesgo (Barlow y Herson, 1984; Cook y Campbell, 1979), pero aquí nos enfocaremos sólo en tres: el diseño *reversible*, las *series de tiempo interrumpidas* y los diseños de *líneas base múltiples*.

Estudios reversibles. Los estudios reversibles, también llamados diseños A-B-A o A-B-A-B, se utilizaron por primera vez de modo sistemático para evaluar la capacidad de los programas de modificación conductual para eliminar conductas inadaptables (por ejemplo, los niños que golpean sus cabezas), o para establecer conductas positivas (por ejemplo, las economías de fichas usadas en las salas de los hospitales psiquiátricos, que

se dirigieron a mejorar las interacciones sociales). El diseño básico implica primero el determinar el nivel de la línea base de la conducta antes de la terapia (A); después, instituir el programa para hacer surgir o para suprimir la conducta objetivo (B); y, finalmente, remover la intervención (A). Si el cambio se debió a la terapia, entonces la conducta debe volver a la línea de base durante la tercera fase. Por supuesto, esto se puede repetir varias veces, conduciendo al diseño A-B-A-B, y a cualquier número de otras variantes, tales como A-B-A-C-A, donde C es una intervención distinta. Un ejemplo de un diseño A-B-A-B usado para evaluar un programa conductual es el estudio de Dugan y colaboradores (1995), que se fijó en la capacidad de los grupos de aprendizaje cooperativo (GAC) para integrar a niños autistas en clases regulares, centrándose en la cantidad de aprendizaje y el tiempo dedicado a la interacción con los compañeros. Los resultados de los dos niños en el programa se muestran en la figura 5.4. Es obvio que el tiempo de la interacción se incrementó en el GAC y regresó a la línea base cuando sacaron a los niños de los grupos. También la carencia de cualquier análisis estadístico formal es típica de este tipo de estudio. En vez de eso, se centra en la lectura de la gráfica; la conducta deseada aumentó durante la intervención y alcanzó un nivel juzgado como clínicamente importante. Sin embargo, una dificultad, que puede ser clínicamente importante para una persona puede parecer trivial a otra; la carencia de la estadística da lugar a un cierto grado de subjetividad. Por tanto, se recomendaría usar procedimientos estadísticos; en especial pruebas aleatorias (Edgington, 1996; May y Hunter, 1993) usadas en éste y otros ensayos de un solo sujeto.

El principal supuesto del diseño reversible es que el cambio de conducta no es permanente, sino que volverá al nivel preterapéutico cuando se retire el reforzamiento. Por tanto, no puede ser utilizado, por ejemplo, para evaluar la eficacia de la desensibilización para la agorafobia. Si la conducta de evitación vuelve cuando se detiene la terapia, entonces el paciente podría, de manera justificable, solicitar un reembolso. El diseño reversible es también difícil de utilizar para evaluar la terapia que incluye medicamentos antidepresivos y antipsicóticos, que tienen periodos relativamente largos de vida y permanecen en el flujo sanguíneo durante días o semanas después de que se tomó la última pildora (Hardman y Limbird, 1996), aunque se han hecho algunos estudios en esta área (Cook, Guyatt, Davis, Willan y McIlroy, 1993). Desde una perspectiva ética,

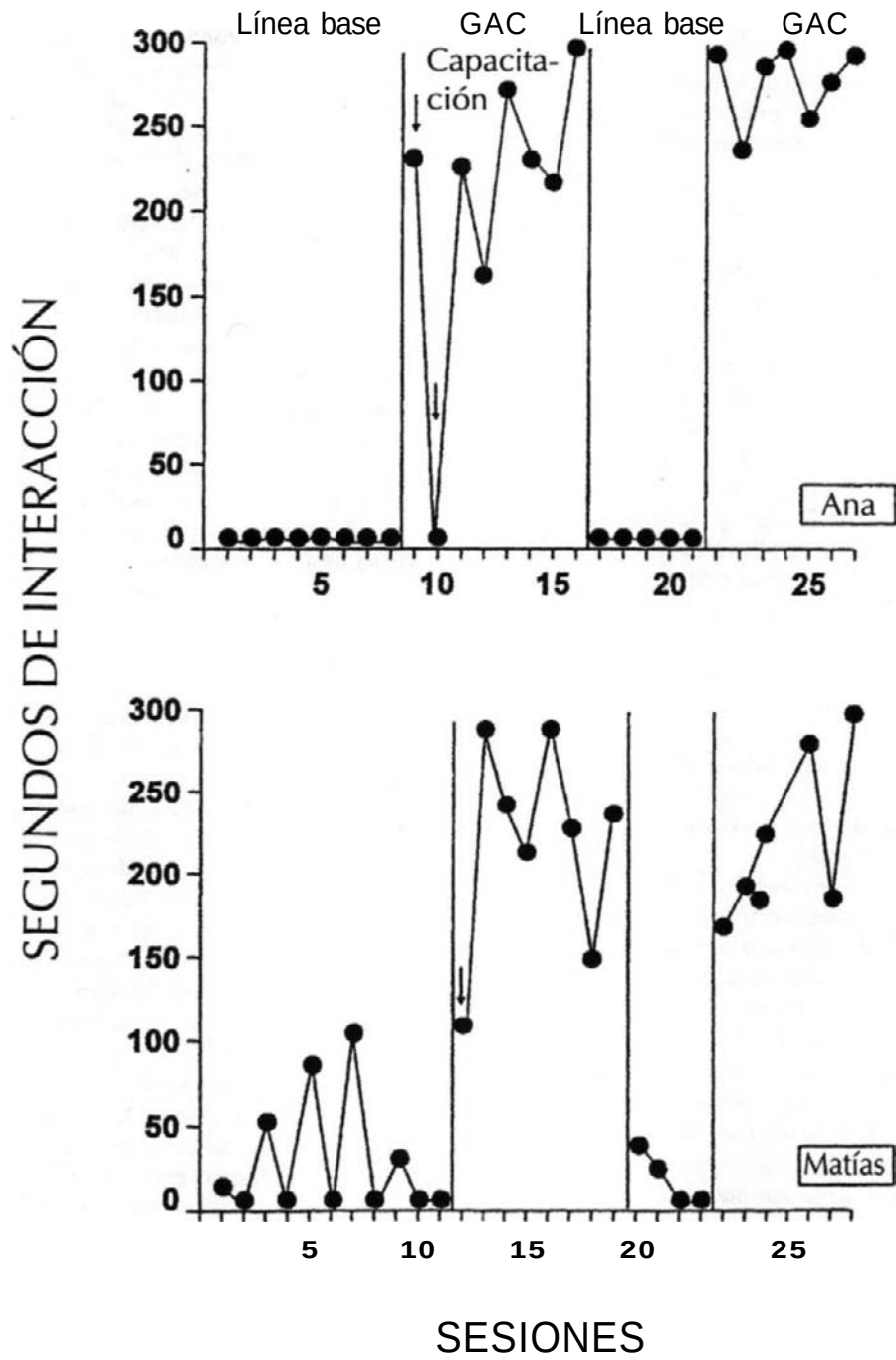


Figura 5.4 Ejemplo de los resultados de un diseño A-B-A-B.

Fuente: De Dugan, E. y colaboradores (1995). Efectos de los grupos de aprendizaje cooperativo durante estudios sociales de estudiantes con autismo y compañeros de cuarto grado. *Journal of applied behavior analysis*, 28, 175-188.

también puede ser problemático retirar el reforzamiento si éste da lugar a un aumento en la conducta autodestructiva (Barlow y Hersen, 1984). Por último, el psicólogo clínico nunca estará seguro de que simplemente porque cambió la conducta después de la intervención; el cambio se debió a la intervención. Como se estudió con anterioridad dentro del contexto de los grupos de control histórico y de los diseños pre-test/post-test, algún otro acontecimiento pudo haber sucedido en paralelo que condujo a la modificación. Sin embargo, cada vez que ocurre una reversión seguida por un cambio en la conducta-objetivo, es menos probable que algo más esté afectando el resultado. En las situaciones donde los supuestos pueden cumplirse y los problemas éticos pueden evitarse, el diseño reversible puede ser un método poderoso y cuantas más reversiones ocurran, más poderoso será.

Series de tiempo interrumpidas. Cuando la intervención da lugar a un resultado irreversible, de modo que un diseño de reversión no sea factible, es a veces posible utilizar *series de tiempo interrumpidas*. Un ejemplo de éstas se muestra en la figura 5.5, donde la intervención fue la ley de 1974 (en EE.UU.) la cual fijaba los límites de velocidad en las carreteras federales a 55 millas por hora, y la variable dependiente (VD) es la proporción de automóviles que exceden las 65 millas por hora. Como puede verse, hay una serie de puntos de datos de la preintervención, la intervención en sí misma y otra serie de puntos posteriores a ella. En este caso, hay un cambio claro en la pendiente de la línea, desde un lento incremento hasta alrededor de 50% antes de 1974, cayendo a 10% inmediatamente después de que la ley fue aprobada, y con lo cual se quedó en ese nivel. Sin embargo, la figura 5.6 muestra una imagen algo diferente. La tasa de muertes iba disminuyendo incluso antes de 1974, y no hay indicios de que comenzara a bajar con más rapidez después; en todo caso, la disminución en las muertes parece bajar su ritmo después de 1974, pero no puede deducirse una causalidad a partir de esta correlación. Por los resultados puede concluirse que la ley fue eficaz en modificar la conducta de conducir, pero sería difícil atribuir a su aplicación cualquier reducción de las muertes.

Los requisitos para este diseño son una medida de resultados que se puede tomar en varias ocasiones, así como bastantes datos de pre-test/post-test para reducir al mínimo las variaciones y para obtener una estimación estable de las pendientes. Para analizar los datos

estadísticamente, por lo regular se requieren, cuando menos, 30 observaciones antes y 30 después del cambio (Norman y Streiner, 1997). Pero, al igual que el caso de los diseños A-B-A, los psicólogos clínicos confían a menudo en pruebas de significancia a "simple vista". Por tanto, las medidas posibles podrían incluir los pesos diarios para el tratamiento de la anorexia o de la obesidad, el número de cuadras que se aleja de su hogar cada día el paciente con problemas de agorafobia o las calificaciones diarias de la severidad del dolor de cabeza antes y después de recibir la retroalimentación biológica de los músculos frontales. No sería posible utilizar series de tiempo interrumpidas para medir los efectos de la educación temprana de la niñez sobre la inteligencia, porque sería poco práctico administrar pruebas del CI tan a menudo a fin de conseguir estimaciones estables de la pendiente. Se requeriría un diseño pre-test/post-test en este caso.

Líneas base múltiple. Otra solución al problema de separar los efectos del tratamiento de la historia natural es utilizar las *líneas base múltiples*. Como su nombre lo indica, este diseño implica el conseguir medidas de dos o más conductas, pero interviene cambiando solamente una de ellas a la vez. La lógica razonada es que si la persona está mejorando por razones diferentes a la terapia, debe mostrar mejorías en todas las áreas. Por otra parte, si la terapia se enfoca a una conducta específica, entonces sólo esa debe cambiar, mientras las otras conductas independientes deben permanecer constantes. Así pues, si la terapia fuese dirigida a ayudar a una persona a superar una timidez extrema, una medida (el objetivo o meta) podría ser contar el número de veces que una persona inicia una conversación. Un segundo síntoma, como la ansiedad al conducir, también sería evaluada, porque se espera que esta fobia no se relacione (o solamente se relacione en forma leve) con la timidez y, por tanto, debe mostrar un pequeño cambio. Sin embargo, no tendría sentido seleccionar un problema como la autoestima como segundo síntoma, puesto que se supondría que mejoraría al tiempo en que se supera la timidez. Como muestra la figura 5.7, puede comenzarse la terapia para el segundo problema en una fecha posterior. Ahora se tiene la demostración de los datos que señalan que: (1) el tratamiento del primer síntoma fue seguido de una mejoría, (2) la terapia no afectó el segundo síntoma y (3) la terapia que tuvo como objetivo el segundo síntoma condujo a su mejoramiento. Esto no garantiza que la terapia fuese el fac-

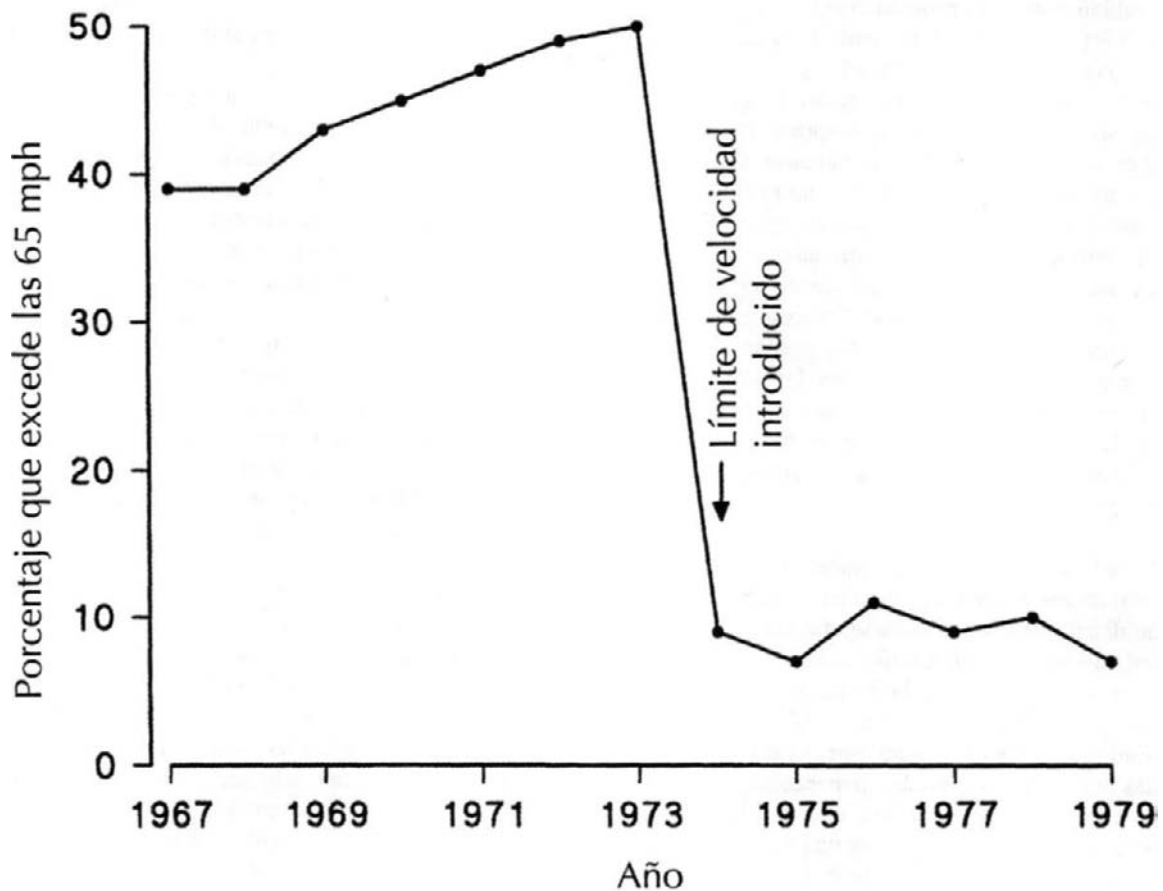


Figura 5.5 Series de tiempo interrumpidas que muestran que la ley sobre el límite de la velocidad redujo el porcentaje de quienes conducen a más de 65 mph.

tor importante del cambio, pero es relativamente convincente.

Barlow y Hersen (1984) afirman que la técnica de líneas base múltiples es mucho más débil que el diseño A-B-A, porque los efectos del tratamiento se deducen de las conductas no tratadas y no se demuestran directamente. Es decir, se supone que si la conducta-objetivo cambió y las otras no, la historia natural o la maduración no habrían podido desempeñar un papel. Pero si las conductas son independientes entre sí, es muy posible que estos factores hayan podido influir en la conducta objetivo y no en las otras. La ausencia de cambio en estas otras áreas no imposibilita que la maduración afecte sólo a dicha conducta. Sin embargo,

cuando no es factible el diseño reversible, las líneas base múltiples proporcionan una evidencia más sólida de la eficacia que sólo medir la conducta objetivo. Como en el diseño reversible, entre más se emplee, mejor. En este caso, entre más áreas se midan y se traten posteriormente (hasta cuatro, que es el límite de la viabilidad), se puede tener más confianza de que los cambios se debieron a los tratamientos.

Cómo se evalúan los meta-análisis

Si algún aspecto de la psicología se puede entender como una industria en crecimiento, entonces esa parte debe ser los meta-análisis. Éstos son estudios de estudios,

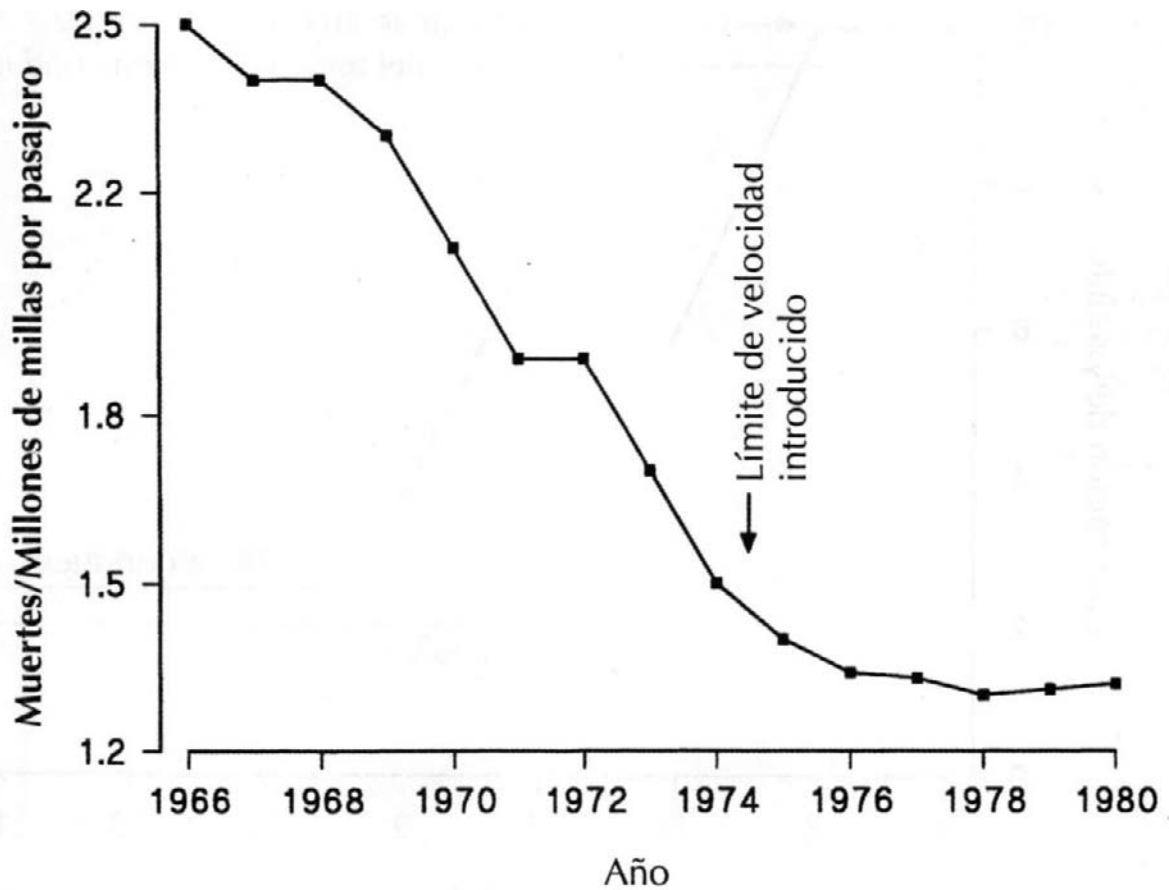


Figura 5.6 Series de tiempo interrumpidas que muestran que la ley de límite de velocidad no afectó la tasa de mortalidad en los vehículos de motor.

o sea, síntesis exhaustivas y sistemáticas de la investigación anterior. Una de las principales publicaciones en psicología, el *Psychological Bulletin* se ha convertido virtualmente en un compendio de estos análisis. Las razones de este relativamente reciente brote de interés son muchas y obligadas. Primero, si debe basarse cualquier cambio en lo que se hace en estudios empíricos (como se debería), entonces si un estudio proporciona buena evidencia, el peso de muchos estudios con resultados similares daría un terreno mucho más firme en el cual basar una decisión. Segundo, la manera tradicional de resumir la bibliografía, con un supervisor que sólo confía en su juicio experto sobre cuáles artículos debe incluir en un estudio y lo que concluyen,

puede introducir un sesgo. Por ejemplo, Munsinger (1975) y Kamin (1978) revisaron el mismo conjunto de artículos que trataban el tema de los efectos del ambiente en la inteligencia de los niños, y llegaron a conclusiones diametralmente opuestas. No es de sorprender que lo que encontraron sea consistente con su creencia sobre este tema, que habían expresado antes de sus revisiones. Tercero, simplemente el hecho de contar el número de los artículos que reportan resultados en una dirección u otra, aunque mejora el uso de métodos no cuantitativos, todavía conduce a dificultades. Sobal y Stunkard (1989) encontraron 27 artículos que reportaban una asociación entre la obesidad y el nivel socioeconómico en hombres. De ellos, 12 repor-

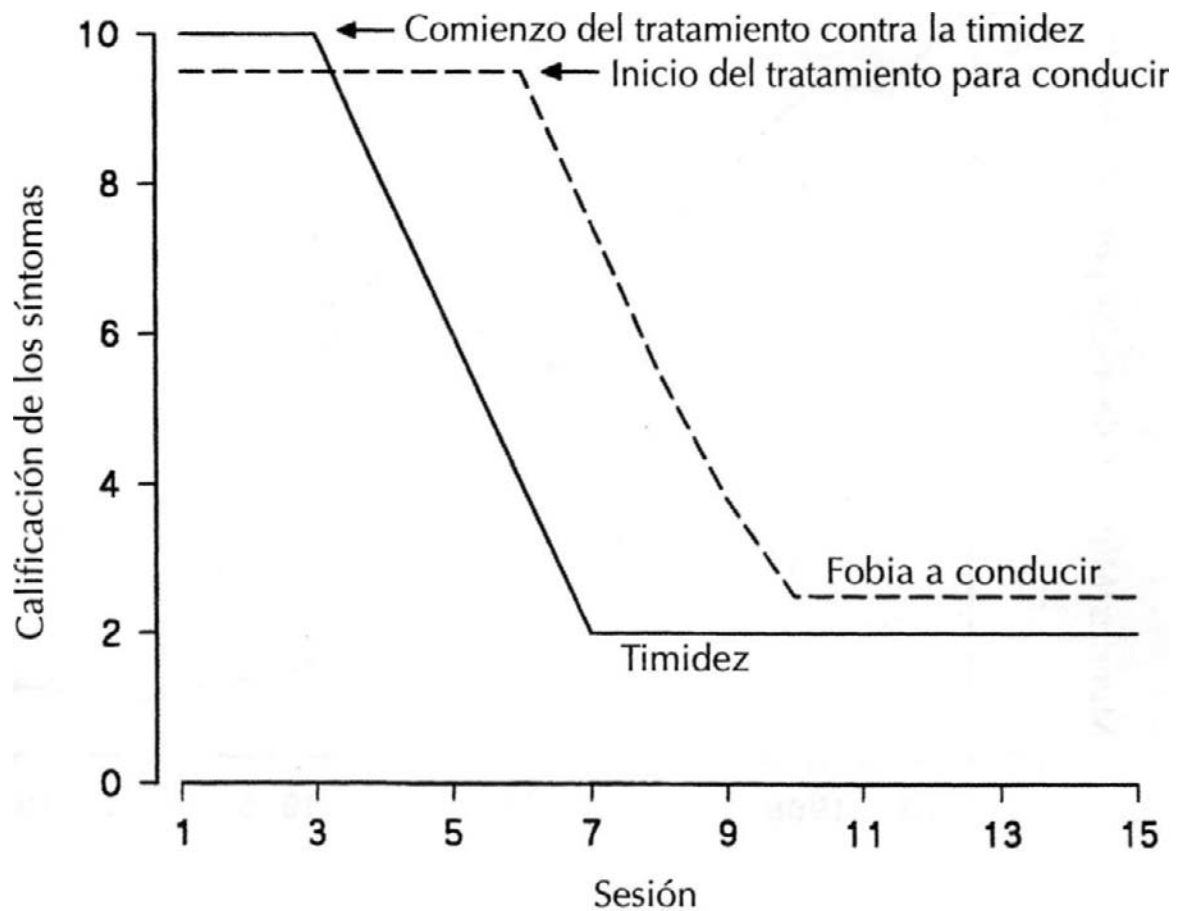


Figura 5.7 Un ejemplo hipotético de un diseño de líneas base múltiples.

taron una correlación positiva, 12 una negativa y los 3 restantes no encontraron asociación alguna. Además, este método de conteo de votos no considera la magnitud de los resultados. Por ejemplo, es posible que todos los estudios que reportaron resultados en una dirección hayan tenido TE muy pequeños, mientras que aquellos que mostraron resultados en la dirección opuesta hayan tenido TE mucho más grandes; a todos los estudios se les dio el mismo peso, si eran simplemente contados.

El meta-análisis trata de evitar estos problemas de muchas maneras. Primero, la búsqueda de los artículos debe ser exhaustiva y sistemática. Los puntos de partida generalmente son bases de datos computariza-

dos: *PsychInfo*, que cubre la mayor parte de la bibliografía psicológica; *Medline*, que hace lo mismo para la bibliografía médica y mucho para la bibliografía psicológica clínica; *CINAHL* (*Cumulative index of nursing and allied health literature*), y algunas otras. Aunque éstas han hecho mucho más fácil la búsqueda de artículos para no tener que revisar cada volumen de los *Psychological Abstracts* (resúmenes psicológicos) y del *Index medicus* a mano, no es suficiente detenerse aquí. Debido a que la indexación de los artículos en las bases de datos por palabras claves es hecha por gente que pudo haber tenido experiencia limitada en el tema de estudio, rescatar un artículo es en gran parte una propuesta de ensayo y error. Algunos estudios han encontrado que

solamente 20% de los artículos relevantes son encontrados de esta manera, aun por la gente experta en la búsqueda en bases de datos (McKibbin, *et al.*, 1990). Indudablemente, los usuarios inexpertos lo hacen mucho peor. Para aumentar la cobertura, se busca en las listas de referencia de los artículos rescatados para los estudios, los cuales pudieron haber faltado en las búsquedas automatizadas. Si el campo es relativamente pequeño, con sólo un número limitado de personas que trabajen activamente en ellas, algunos meta-analistas consultan a estas personas para determinar si saben de otros estudios en el área, o si tienen algunos manuscritos inéditos en un cajón de archivo. Más adelante veremos por qué esto puede ser importante.

A la vez que los artículos se están extrayendo de la biblioteca, los analistas deben elaborar una lista de criterios de uso, para incluir o excluir los artículos. Dependiendo del tipo de meta-análisis que se haga, éstos pueden incluir el tipo de estudio (por ejemplo, en los ensayos de la terapia, revisar sólo los que utilizaron asignación aleatoria de sujetos, o que compararon el tratamiento con una condición del placebo, o que compararon dos tratamientos); qué hacer con los estudios con resultados múltiples (por ejemplo, seleccionar uno solamente o utilizar un promedio de todos los resultados); el tamaño de la muestra (por ejemplo, sólo usar los estudios que tenían cierto número mínimo de sujetos); y los sujetos mismos (por ejemplo, pacientes verdaderos contra estudios análogos, diagnósticos de pacientes establecidos a través de entrevistas estructuradas). Al usar estos criterios, por lo menos dos revisores deben evaluar un número suficiente de artículos de manera independiente, para determinar la confiabilidad de la decisión para aceptar o rechazar los estudios entre evaluadores. Este procedimiento, algo elaborado, asegura que los artículos no se excluyen sólo porque sus conclusiones no corresponden con los sesgos preconcebidos de los revisores.

El paso siguiente es calcular un TE para cada estudio. Si las medias del grupo y las desviaciones estándar (DE) están dadas, entonces esto es relativamente simple, puesto que el TE es:

$$TE = \frac{\bar{X}_{\text{Grupo1}} - \bar{X}_{\text{Grupo2}}}{DE_{\text{agrupada}}} \quad (5.3)$$

y la DE agrupada es:

$$DE_{\text{agrupada}} = \sqrt{\frac{(n_1 - 1)s_1^2 + (n_2 - 1)s_2^2}{n_1 + n_2 - 2}} \quad (5.4)$$

Hay maneras de estimar el TE sobre la base de otros datos tales como proporciones, correlaciones, el valor de una prueba t , o incluso el nivel de p (Glass, McGaw y Smith, 1981; Hedges, 1985). El último paso para resumir cada estudio es sopesar cada TE con el tamaño de la muestra del estudio (Rosenthal y Rubin, 1982), de modo que los estudios más grandes contribuyan más a las conclusiones generales que los más pequeños.

Estos TE ponderados ahora se pueden combinar para determinar si la evidencia combinada indica que hay o no un efecto. Debido a que está en unidades de DE, el TE promedio también refleja el tamaño de ese efecto. Por ejemplo, un TE promedio de 0.5 muestra que hay una diferencia de media desviación estándar entre los grupos o las condiciones que son comparadas. Una tabla de la curva normal nos dice que el área hasta 0.5 de la DE es de 0.69, así que podemos concluir que la mitad de la gente en un grupo tiene calificaciones más altas que 69% del otro. Los TE de los estudios individuales también se pueden utilizar como variables dependientes, para descartar el hecho de que algunos estudios encontraron diferencias grandes y otros las encontraron pequeñas o simplemente no las encontraron. Por ejemplo, Joffe, Sokolov y Streiner (1996) reportaron que en estudios sobre medicamentos antidepresivos, los que utilizaron entrevistas estructuradas para determinar el diagnóstico tenían TE significativamente más grandes que los estudios que confiaron en el juicio de los psiquiatras.

Previamente, mencionamos el problema del "cajón de archivo", en el que puede haber estudios guardados que nadie quiere y que permanecen inéditos en los archiveros de los investigadores. Dado que hay un sesgo en contra de publicar estudios que no muestren resultados importantes (Greenwald, 1975), éstos tenderían a aminorar la magnitud del TE final o a hacerlo desaparecer totalmente. Puede ser nada práctico escribir a todos los investigadores en el área para pedirles que recuperen estos manuscritos; incluso mucha gente pudo no haber publicado en el área porque sus estudios iniciales eran muy decepcionantes. Sin embargo, Rosenthal (1979) ha encontrado una manera de resolver este

problema. Derivó una ecuación para determinar cuántos estudios inéditos deben existir con TE de cero para hacer los resultados de los meta-análisis no significativos. Si el número es grande, entonces puede asegurarse al revisor que sería muy improbable que muchos de estos estudios existan en realidad; pero si el número es pequeño, el supervisor debe preocuparse un poco. Desafortunadamente, nadie sabe en realidad lo que este número mágico "grande" significa.

Si usted busca una manera rápida de revisar la bibliografía respecto a la eficacia de una cierta intervención, un meta-análisis bien conducido puede ahorrar tiempo considerable. Pero considere que este método no es infalible. Dado que varios revisores pueden buscar diversas bases de datos, utilizan distintos criterios para seleccionar los artículos o combinan de diferente manera el TE; por lo cual no siempre coinciden. Abrami, Cohen y d'Apollonia (1988) revisaron seis meta-análisis de la validez de las evaluaciones de los estudiantes respecto a la eficacia de la enseñanza y encontraron diferencias importantes en sus conclusiones, al igual que Chalmers y colaboradores (1987), quienes revisaron una variedad de meta-análisis en medicina.

ASPECTOS ÉTICOS EN LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Hasta principios de la década de los años setenta, realizar investigaciones en psicología clínica era relativamente sencillo: el investigador formulaba una idea, quizá la discutía con algunos colegas para quitar cualquier problema en el diseño y entonces comenzaba el estudio. Si la investigación podía realizarse usando estudiantes universitarios, mucho mejor, puesto que eran una audiencia cautiva; muchas clases de introducción a la psicología requerían que los estudiantes participaran en un número mínimo de experimentos como parte de los requisitos del curso (de hecho, en 1946, McNemar llamaba a la psicología "la ciencia del comportamiento de los estudiantes de segundo año"). Incluso, investigaciones centradas en pacientes en psicoterapia eran realizadas con un descuido mínimo externo y sin necesidad de que la gente involucrada tuviera conocimiento de ser sujetos de un estudio (por ejemplo, Goldstein *et al.*, 1967). El día de hoy la situación es muy diferente. Los investigadores son responsables ante los consejos externos y existen reglas estrictas con respecto a lo que se puede y no se puede hacer para estudiar a los parti-

cipantes. En esta sección, exploraremos algo de la historia de esta transformación, y cuáles son las obligaciones del investigador.

El ímpetu principal para el cambio en la relación entre el investigador y los sujetos de estudio fue la Segunda guerra mundial y las revelaciones subsecuentes sobre los "experimentos médicos" espeluznantes que se realizaron en víctimas de campos de concentración. En respuesta a esto, la comunidad médica internacional decretó el código de Nuremberg, seguido poco después por la declaración en Helsinki para la Organización mundial de la salud (Levine, 1986). A pesar de revisiones y modificaciones posteriores, la esencia de estos documentos sigue sin cambiar, y sirve como piedra angular de todos los códigos éticos: la *autonomía del individuo*. Esta frase, aparentemente simple, que significa que la gente debe ser libre de decidir qué le sucede, tiene implicaciones importantes en la conducción de toda la investigación. Se ha manejado su significado de tal modo que todos los participantes potenciales del estudio (con algunas excepciones que serán mencionadas más adelante) deben dar su *consentimiento libre e informado* para participar en los estudios. Considere qué es lo que se quiere decir en el contexto de la investigación con los términos *libre* e *informado* (que fueron analizados más detalladamente en el capítulo 4 en lo referente a la práctica clínica).

El consentimiento *libre* significa que la persona puede rechazar participar o puede retirarse de un estudio sin miedo de cualquier consecuencia negativa. Aunque esto puede parecer tan evidente en sí que apenas necesita mencionarse, los psicólogos lo han ignorado en una cantidad de situaciones (y nosotros esperamos que *solamente* en el pasado). La violación más extensa de este precepto era el requisito de que los estudiantes en cursos de introducción a la psicología tuvieran que servir como sujetos por cierto número de horas o en un número mínimo de estudios. Aunque la mayor parte de los estudios son relativamente inofensivos, algunos pueden incluir preguntas acerca de las prácticas sexuales (por ejemplo, St. Lawrence *et al.*, 1994), implicar el uso del engaño (por ejemplo, Scher y Cooper, 1989); o el uso de una descarga eléctrica como estímulo incondicionado (Cacioppo, Marshall-Goodell, Tassinari y Petty, 1992), así como el uso de otros procedimientos que algunas personas pueden encontrar objetables a tal grado que no participarían si tuvieran la opción. El código más reciente de ética de la Asociación estadounidense de psicología (APA, 1992) ahora estipula que a

los estudiantes debe ofrecérseles una cierta alternativa para la participación en la investigación, tal como escribir un artículo.

Una forma más sutil de coerción existe cuando los profesores le piden a sus estudiantes de posgrado o a los asistentes de investigación actuar como sujetos de estudio. Debido a que habrá un momento en que el supervisor tenga que otorgar una calificación o escribir una carta de referencia, los subordinados pueden encontrar extremadamente difícil decir que no, incluso si tienen dudas sobre participar. La solución más sencilla es evitar por completo esta situación. Siempre que exista, aunque sea la percepción de un desequilibrio de poderes, aquellos que se encuentran en una posición superior nunca deben pedir que la gente bajo sus órdenes esté sujeta a un estudio. (Esta recomendación es realmente más fuerte que la de la APA [1992], que sólo indica que cuando haya un acercamiento a los estudiantes o a los subordinados, "los psicólogos deben tener especial cuidado en proteger a los posibles participantes contra las consecuencias adversas de declinar o de retirar su participación" [p. 1608].)

Otra situación en la cual la libertad de retirarse puede afectar ocurre cuando es pagada la participación de los sujetos; esto es especialmente verdadero si sólo se les paga si completan el estudio. Aunque esto es una práctica menos común en psicología que en la investigación biomédica, existe, y quizá sea necesario aplicarla cuando los sujetos tengan que ser alejados de una comunidad grande. Pocas personas trabajan gratis, y no puede esperarse que la gente participe en estudios simplemente por un sentido de altruismo, de obligación o por curiosidad. Lo menos que puede hacerse es reembolsar cualquier gasto, como el estacionamiento o el transporte; la mayoría de la gente espera una cierta remuneración por su tiempo de trabajo. Lo importante es determinar cuánto debe pagarse a los participantes del estudio. Debe ser suficiente para conseguir que se involucren, pero no tanto que los obligue a tomar riesgos o a soportar dolor (físico o psicológico) que no soportarían en forma ordinaria. Sobre todo si la investigación implica malestar o inconveniencia, puede también ser éticamente cuestionable pagar a gente sólo si ella permanece hasta que se termine el estudio. Es comprensible entender por qué el investigador quisiera que los participantes terminaran el estudio: si los sujetos abandonan temprano un experimento, esto resulta en datos y tiempo perdido, así como un posible sesgo de los resultados, puesto que quienes abandonan el estudio muy

a menudo se diferencian de quienes continúan. Una solución más satisfactoria sería pagar a la gente en proporción a su tiempo de participación, y quizás con un "bono" por terminar el estudio. Una vez más la compensación está entre tratar con justicia a la gente, por una parte, contra ejercer coerción sobre ella, por la otra.

Sin embargo, el tener la libertad de participar o retirarse de un estudio no significa mucho si la gente no sabe qué está consintiendo. Por tanto, el *libre consentimiento* también implica consentimiento *con información*. Debe informarse a los sujetos potenciales de qué trata el estudio, qué puede sucederles, cuánto tiempo tomará, así como cualquier cosa que pudiera afectar su decisión para participar o no. Sin embargo, como en el caso de la libertad de consentimiento, lo que parece simple en principio llega a ser problemático en la práctica. Existen por lo menos tres situaciones donde no es posible el consentimiento con información: (1) cuando el estudio implica observaciones naturalistas de una gran cantidad de gente, (2) cuando se les explica a los sujetos que el propósito del estudio afectaría los resultados y (3) con sujetos que tienen una capacidad limitada de entendimiento.

La primera situación es relativamente directa. La Oficina para la protección contra los riesgos de la investigación (OPRR, por sus siglas en inglés; 1995), que es parte de los institutos nacionales de salud, como la APA (1992), ha indicado que el consentimiento con información no necesita obtenerse en encuestas o en estudios de observación si los sujetos individuales no pueden ser identificados. De manera similar, los estudios que utilizan expedientes hospitalarios o clínicos, no necesitan este consentimiento de cada paciente o cliente, si no son identificados en las formas de recolección de datos.

La segunda situación, en la cual el participante no es informado sobre el propósito del estudio o es engañado de manera deliberada, es mucho más difícil de justificar. Algunos estudios, en especial aquellos que estudian los procesos de toma de decisiones, la formación de opiniones o las actitudes, serían imposibles de hacer si los participantes estuvieran enterados del propósito de la investigación. Por ejemplo, Luchins y Luchins (1961) dijeron a los sujetos que se estaba evaluando la agudeza visual como parte de una nueva prueba de la inteligencia, y que tenían que indicar cuál de las dos líneas era más corta. De hecho, se pudo escuchar de manera casual que tres cómplices del grupo de los experimentadores daban la respuesta incorrecta,

ya que el propósito real del estudio era determinar si los sujetos de la investigación se conformarían con dar la opinión (incorrecta) de la mayoría. En otro estudio clásico (1963) Milgram analizó la obediencia explicando a los sujetos que participaban en un estudio sobre los efectos del castigo en la memoria. El trabajo del participante era aumentar la intensidad de un choque eléctrico dado a otra persona (el "aprendiz") cada vez que el aprendiz incurriera en una equivocación. A pesar de las fuertes protestas y de los gritos de dolor del aprendiz (quien era de hecho un cómplice del experimentador, así que no recibió los choques), los sujetos siguieron las órdenes de aumentar la intensidad del choque, incluso hasta los niveles marcados en rojo en la máquina que señalaban "choque extremo" y "peligro: choque severo".

Es obvio que si los sujetos no hubieran sido engañados deliberadamente, y si se les hubiera dicho cuál era el verdadero propósito del estudio, los resultados no mostrarían cómo se comporta la gente realmente cuando su opinión va en contra de la mayoría (Luchins y Luchins, 1961) o cuando una figura de autoridad les ordena realizar actos desagradables (Milgram, 1963). ¿Es ético cualesquiera de estos estudios? y ¿cuándo, si es que alguna vez lo es, resulta ético hacer un estudio que implique el engaño?

Según los principios éticos de la APA (1992), se permite el engaño siempre y cuando todas las condiciones siguientes se cumplan:

- El estudio tenga valor prospectivo científico o educativo;
- No existan métodos alternativos factibles;
- No se engañe a los sujetos sobre algún aspecto del estudio que pudiera afectar su buena voluntad de participar (por ejemplo, dolor, humillación, malestar);
- Los sujetos sean informados sobre el engaño tan pronto como sea posible.

Siguiendo estos lineamientos, el estudio de Luchins y Luchins (1961) sería considerado ético (aunque no está claro si los sujetos fueron desengañados). Sin embargo, es dudoso determinar si el estudio de Milgram (1963) sería juzgado ético, puesto que la naturaleza del engaño muy probablemente afectó su deseo de participar.

La tercer área en la cual puede ser problemático obtener el consentimiento con información ocurre donde se compromete la capacidad de entendimiento de los participantes potenciales. Tales grupos incluirían: (1) a niños, (2) a aquellos cuyas capacidades cognitivas

son limitadas debido al retraso mental, la psicosis, el trauma cerebral o la demencia, y (3) a las personas con diversos antecedentes lingüísticos o culturales. Una solución sería decir que esta gente nunca debe colaborar en experimentos porque es imposible conseguir consentimiento con verdadera información de ellos. Sin embargo, quienes resultarían más dañados por esta medida draconiana serían los mismos grupos que estamos intentando proteger, puesto que sería imposible estudiar, por ejemplo, los métodos para detectar el inicio de la enfermedad de Alzheimer, o los problemas que los inmigrantes pueden tener al adaptarse a una nueva cultura, o los efectos de la radioterapia en el desarrollo cognoscitivo de los niños con leucemia. La cuestión tiene que ver con poder involucrar a estos sujetos de manera que se proteja lo mejor posible su bienestar.

El procedimiento común con niños y con adultos con capacidad cognoscitiva limitada es buscar consentimiento de un sustituto, es decir una persona que actuaría a favor de los intereses del participante potencial y que estaría en la mejor posición para saber si el sujeto desea participar. El sustituto es, por lo general, uno de los padres, en el caso de niños, y un cónyuge, un hijo o un hermano cuando el sujeto es un adulto; esto no significa que no debe preguntarse a los sujetos. Incluso si no pueden dar legalmente su consentimiento, el estudio se debe explicar a los adultos y a los niños más grandes (una edad que se define más en términos de la capacidad cognoscitiva que en años), de manera que puedan entender. Si el participante potencial y el sustituto convienen, entonces la persona puede ser incluida en el estudio. Pero, si el participante potencial dice "no", entonces esto pasaría por encima del "sí" del sustituto. Todavía habría algunas personas que no estarían protegidas por estos procedimientos, tales como los ancianos que han estado en un hospital por muchos años y que no tienen familiares que quieran actuar como sustitutos. Aquí, la solución puede variar de un estado o provincia a otro. Muchas jurisdicciones tienen abogados para los pacientes o sustitutos designados por el gobierno que pueden ser llamados para tomar la decisión. Sin embargo, esto sigue siendo un área de desarrollo con regulaciones que cambian muy rápidamente.

El trabajo con gente de diversas culturas presenta otras cuestiones. La más obvia, el idioma, es quizás la más fácil de manejar. Especialmente en ciudades grandes y en escenarios universitarios, es posible encontrar personas que puedan traducir formas de consentimiento con información o bien servir como entrevistadores.

Los problemas más difíciles son las diferencias culturales en el *proceso* para la obtención del consentimiento. Por ejemplo, en algunas culturas una mujer no daría consentimiento sin la aprobación de su marido, o incluso existen personas que recurrirían a un religioso o secular del grupo para guiarlos (Barry, 1988). No pueden aprobarse necesariamente estas situaciones, pero sería presuntuoso no hacer caso de estas normas culturales e imponer nuestros valores sobre los participantes potenciales; esto se ha llamado "imperialismo ético" (Angeli, 1988). Lo que se necesita es un equilibrio, de modo tal que los valores culturales de ambos grupos, el suyo y el nuestro, se preserven. Por ejemplo, si los miembros del grupo dictan que el marido dé el consentimiento por la esposa, entonces su aprobación debe obtenerse. Sin embargo, al mismo tiempo, debido a nuestro sistema ético, también debemos conseguir la aprobación de la esposa, incluso si esto no es requerido por las normas del grupo.

Con anterioridad, mencionamos algunas situaciones en las cuales el consentimiento con información no es requerido, por ejemplo, las encuestas o los estudios de observación donde los individuos no pueden ser identificados; y la revisión de expedientes (otra vez, donde la gente sigue siendo anónima). Hay algunos otros tipos de estudios para los cuales la APA (1992) o la OPRR (1995) establecen que se puede renunciar al consentimiento. Uno es la aplicación de cuestionarios, ya que la gente no desea contestarlos, o bien, puede sabotear los resultados de otras maneras (por ejemplo, contestando en forma aleatoria); se supone que llenar el formulario constituye una forma de consentimiento implícito. Por último, la investigación educativa se exime de los requisitos del consentimiento, porque se considera que nada en la educación puede hacer daño (o beneficio), ¿o quizá porque los estudiantes son los servidores más obligados del mundo desarrollado!

Una cuestión muy diferente del consentimiento con información concierne a si hay una cierta investigación que no se debe hacer en lo absoluto, aun cuando se pueda hacer bien. Por ejemplo, Rushton (1992) y Rushton y Ankney (1996) han propuesto que hay diferencias genéticamente determinadas entre los caucásicos, los afroamericanos y los japoneses, que afectan los atributos, los cuales van desde la inteligencia hasta la sexualidad. Aunque no tan extenso en sus conclusiones, el libro llamado *The bell curve* (Hermstein y Murray, 1994) también ha propuesto que la genética desempeña un papel importante en la inteligencia. Estos autores

han sido criticados tanto por *lo que* están estudiando como por la metodología empleada (por ejemplo, Ramos, 1995). De modo similar, una conferencia propuesta sobre genética y violencia tuvo que ser cancelada debido a objeciones de algunos grupos de que las conclusiones de la conferencia serían que los afroamericanos estaban genéticamente más predispuestos al comportamiento antisocial que otros grupos. Estos críticos afirman que la ciencia no es neutra en sentido ético. Los resultados del estudio tienen implicaciones que pueden afectar a la gente y, como en los dos casos citados aquí, pueden afectar adversamente a grupos que ya tienen desventajas.

La dificultad es que *no* realizar investigación en ciertas áreas tiene implicaciones éticas también. Este dilema fue muy bien destacado por Rosenthal y Rosnow (1984). Ellos trataron la cuestión de no hacer investigación anteponiendo el problema de la invasión a la privada, pero los mismos puntos son ciertos si el problema es el engaño o los asuntos tabú.

El psicólogo cuyo estudio puede reducir la violencia, el prejuicio o la enfermedad mental, pero que rechaza hacer el estudio porque implica una invasión a la intimidad, está tomando una decisión que debe ser evaluada en los terrenos éticos, tanto como la decisión de un investigador para investigar problemas psicológicos con un procedimiento que conlleve cierto costo. El psicólogo no ha resuelto un problema ético, sino solamente ha cambiado un problema por otro (p. 562.)

Como con la mayor parte de los problemas éticos, no hay respuestas fáciles, sino únicamente conjuntos competentes de demandas y principios.

La cuestión final de la que nos ocuparemos tiene que ver con la misma definición de *investigación*, porque ésta influye sobre la necesidad de buscar o no el consentimiento. A primera vista, la situación parece sencilla: la investigación es lo que se hace cuando deseamos entender o descubrir un cierto fenómeno. Sin embargo, el problema es mucho más complicado (Woodward y Streiner, 1995). Debe evaluarse lo que se hace, lo mismo como clínicos en la práctica privada, que como investigadores en el cuidado de la salud. Si se decide tomar los expedientes de los 50 pacientes vistos en consulta o en un servicio, así como determinar si la tasa de terminación fue o no exitosa, ¿se tiene que conseguir el consentimiento de los pacientes? La respuesta es "no" por tres razones: (1) la revisión del expediente

se exige de los requisitos para el consentimiento con información, (2) debido a la revisión, no se está pidiendo a los pacientes hacer cualquier cosa diferente, y (3) evaluar lo que se hace, es decir, asegurar la calidad (AC) es una actividad que debe ser continua y, por tanto, eximida de la revisión. La lógica de AC es que existe para informar a la práctica clínica y no para producir nuevo conocimiento.

Vayamos un poco más lejos. Si ahora pedimos que los pacientes llenen algunos cuestionarios para los propósitos de AC, entonces *estamos* cambiando lo que tiene que hacer el paciente, que es completar formas en nuestro beneficio, no en el suyo. Además, supongamos que los resultados son tan interesantes que los enviamos para su publicación; es decir, el resultado de AC (previsto o no) es la producción de nuevo conocimiento. En esta investigación, ¿que requeriría consentimiento con información y revisión de un comité de ética?, ¿o es que el AC no requiere alguno? La respuesta está muy definida: no sabemos. La investigación y el AC no son dos actividades totalmente distintas, sino extremos de un espectro, sin límites claros de demarcación entre ellos. Depende tanto de los procedimientos (¿tuvieron los pacientes que hacer algo diferente?), como de la intención (¿se hizo el trabajo principalmente para mejorar el servicio clínico en cierto ambiente, o para mejorar el conocimiento en general?). Ambos pueden cambiar durante el curso del proyecto, conforme la información se comienza a acumular. En estas circunstancias, es mejor ser algo cauteloso y discutir el proyecto con el jefe del comité examinador de ética o con un colega que tenga más experiencia.

En la mayor parte de los aspectos de la investigación, como el diseño experimental o el análisis de datos, el cambio ocurre lentamente y por la acumulación del nuevo conocimiento. Sin embargo, la ética es algo diferente. Lo que se considera ético en un momento (por ejemplo, el requisito de la participación de la investigación para los estudiantes de introducción a la psicología), puede no serlo poco tiempo después, en respuesta a los cambios de la sociedad en general. Después de dos años de la última revisión del código ético de la APA, había quienes solicitaban nuevas modificaciones. Por tanto, los investigadores se deben mantener al corriente constantemente no sólo de las normas de la profesión, sino también de la legislación que determina quién puede participar en estudios y bajo qué circunstancias.

REFERENCIAS

- Abrami, P. C., Cohen, P. A., & d'Apollonia, S. (1988). Implementation problems in meta-analysis. *Review of Educational Research*, 58, 151-179.
- American Psychological Association. (1992). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 47, 1597-1611.
- Angell, M. (1988). Ethics in international collaborative clinical research. *New England Journal of Medicine*, 319, 1081-1083.
- Barlow, D. H., & Hersen, M. (1984). *Single case experimental designs: Strategies for studying behavior change* (2nd ed.). New York: Pergamon Press.
- Barry, M. (1988). Ethical considerations of human investigation in developing countries. *New England Journal of Medicine*, 319, 1083-1086.
- Bramel, D., & Friend, R. (1981). Hawthorne, the myth of the docile worker, and class bias in psychology. *American Psychologist*, 36, 867-878.
- Brubaker, R. G., & Wickersham, D. (1990). Encouraging the practice of testicular self-examination: A field application of the theory of reasoned action. *Health Psychology*, 9, 154-163.
- Cacioppo, J. T., Marshall-Goodell, B. S., Tassinari, L. G., & Petty, R. E. (1992). Rudimentary determinants of attitudes: Classical conditioning is more effective when prior knowledge about the attitude stimulus is low than high. *Journal of Experimental Social Psychology*, 28, 207-233.
- Chalmers, T. C., Berrier, J., Sacks, H. S., Levin, H., Reitman, D., & Nagalingam, R. (1987). Meta-analysis of clinical trials as a scientific discipline: II. Replicate variability and comparison of studies that agree and disagree. *Statistics in Medicine*, 6, 733 - 744.
- Christensen, L., & Mendoza, J. L. (1986). A method of assessing change in a single subject: An alteration of the RC index. *Behavior Therapy*, 17, 305-308.
- Clarke, G. N. (1995). Improving the transition from basic efficacy research to effectiveness studies: Methodological issues and procedures. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 718-725.
- Cohen, J. (1962). The statistical power of abnormal-social psychological research: A review. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 65, 145-153.
- Cohen, J. (1992). A power primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Cook, D. J., Guyatt, G. H., Davis, C., Willan, A., & McUroy, W. (1993). A diagnostic and therapeutic N of 1 randomized trial. *Canadian Journal of Psychiatry*, 38, 251-254.
- Cook, T. D., & Campbell, D. T. (1979). *Quasi-experimentation: Design and analysis issues for field settings*. Boston: Houghton Mifflin.

- Crisp, A. H. (1980). *Anorexia nervosa: Let me be*. London: Academic Press.
- Dickersin, K. (1990). The existence of publication bias and risk factors for its occurrence. *Journal of the American Medical Association*, 263, 1385-1389.
- Dugan, E., Kamps, D., Leonard, B., Watkins, N., Rheinberger, A., & Stackhaus, J. (1995). Effects of cooperative learning groups during social studies for students with autism and fourth-grade peers. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 28, 175-188.
- Edgington, E. S. (1996). Randomized single-subject experimental designs. *Behaviour Research and Therapy*, 34, 567-574.
- Edwards, A. L. (1957). *The social desirability variable in personality assessments and research*. New York: Dryden.
- Elkin, L., Parloff, M. B., Hadley, S. W., & Autry, J. H. (1985). NIMH treatment of depression collaborative research program: Background and research plan. *Archives of General Psychiatry*, 42, 305-316.
- Elkin, L., Shea, T., Watkins, J. T., Imber, S. D., Sotsky, S. M., Collins, J. E., Glass, D. R., Pilkonis, P. A., Leber, W. R., Docherty, J. P., Fiester, S. J., & Parloff, M. B. (1989). National Institute of Mental Health treatment of depression collaborative research program: General effectiveness of treatments. *Archives of General Psychiatry*, 46, 971-982.
- Emmelkamp, P. M. G., & van den Hout, A. (1983). Failure in treating agoraphobia. In E. B. Foa & P. M. G. Emmelkamp (Eds.), *Failures in behavior therapy* (pp. 58-81). New York: Wiley.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16, 319-324.
- Frost, R. O., Steketee, G., Krause, M. S., & Trepanier, K. L. (1995). The relationship of the Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale (YBOCS) to other measures of obsessive-compulsive symptoms in a non-clinical population. *Journal of Personality Assessment*, 65, 158-168.
- Galassi, J. R., & Galassi, M. D. (1973). Alienation of college students: A comparison of counselling seekers and non-seekers. *Journal of Counselling Psychology*, 20, 44-49.
- Garfield, S. L. (1986). Research on client variables in psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (3rd ed., pp. 213-256). New York: Wiley.
- Gamer, D. M., Rockert, W., Davis, R., Garner, M. V., Olmstead, M. P., & Eagle, M. (1993). Comparison of cognitive-behavioral and supportive-expressive therapy for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 150, 37-46.
- Glass, G. V., McGaw, B., & Smith, M. L. (1981). *Meta-analysis in social research*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Goldstein, A. R., Gassner, S., Greenberg, R. R., Gustin, A. W., Land, J., Liberman, B., & Streiner, D. L. (1967). The use of planted patients in group psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 21, 767-773.
- Greenwald, A. G. (1975). Consequences of prejudice against the null hypothesis. *Psychological Bulletin*, 82, 1-20.
- Hankin, J. R., & Locke, B. Z. (1982). The persistence of depressive symptomatology among prepaid group practice enrollees: An exploratory study. *American Journal of Public Health*, 72, 1000-1007.
- Hansen, A. M. D., Hoogduin, C. A. L., Schaap, C., & de Haan, E. (1992). Do dropouts differ from successfully treated obsessive-compulsives? *Behaviour Research and Therapy*, 30, 547-550.
- Hardman, J. G., & Limbird, L. E. (Eds.). (1996). *Goodman and Gilman's the pharmacological basis of therapeutics* (9th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Hedges, L. V. (1985). *Statistical methods for meta-analysis*. Orlando, FL: Academic Press.
- Heller, K. (1971). Laboratory interview research as an analogue to treatment. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (pp. 126-153). New York: Wiley.
- Hermstein, R. J., & Murray, C. A. (1994). *The bell curve: Intelligence and class structure in American life*. New York: Free Press.
- Higginbotham, H. N., West, S. G., & Forsyth, D. R. (1988). *Psychotherapy and behavior change: Social, cultural, and methodological perspectives*. New York: Pergamon Press.
- Hunter, J. E., & Schmidt, F. L. (1990). Dichotomization of continuous variables: The implications for meta-analysis. *Journal of Applied Psychology*, 75, 334-349.
- Jacobson, N. S., Follette, W. C., & Revenstorf, D. (1984). Psychotherapy outcome research: Methods for reporting variability and evaluating clinical significance. *Behavior Therapy*, 15, 336-352.
- Jorfe, R., Sokolov, S., & Streiner, D. L. (1996). Antidepressant treatment of depression: A meta-analysis. *Canadian Journal of Psychiatry*, 41, 613-616.
- Jones, S. R. G. (1992). Was there a Hawthorne effect? *American Journal of Sociology*, 98, 451-468.
- Kamin, L. J. (1978). Comment on Munsinger's review of adoption studies. *Psychological Bulletin*, 85, 194-201.
- Kellner, R., & Sheffield, B. F. (1973). The one-week prevalence of symptoms in neurotic patients and normals. *American Journal of Psychiatry*, 130, 102-105.
- Kemp, R., Hayward, P., Applewhaite, G., Everitt, B., & David, A. (1996). Compliance therapy in psychotic patients: Randomized controlled trial. *British Medical Journal*, 312, 345-349.

- Kendall, P. C., & Southam-Gerow, M. A. (1995). Issues in the transportability of treatment: The case of anxiety disorders in youths. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 702-708.
- Kiesler, C. A., & Sibulkin, A. E. (1987). *Mental hospitalization : Myths and facts about a national crisis*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Lavy, E., van den Hout, M., & Arntz, A. (1993). Attentional bias and spider phobia: Conceptual and clinical issues. *Behaviour Research and Therapy*, 31, 17-24.
- Levine, R. (1986). *Ethics and regulations of clinical research* (2nd ed.). Baltimore: Urban and Schwarzenber.
- Luborsky, L., & DeRubeis, R. (1984). The use of psychotherapy treatment manuals: A small revolution in psychotherapy research style. *Clinical Psychology Review*, 4, 5-14.
- Luchins, A. S., & Luchins, E. H. (1961). On conformity with judgments of a majority or an authority. *Journal of Social Psychology*, 53, 303-316.
- Mann, A. H., Jenkins, R., & Belsey, E. (1981). The twelve-month outcome of patients with neurotic illness in general practice. *Psychological Medicine*, 11, 535-550.
- May, R. B., & Hunter, M. A. (1993). Some advantages of permutation tests. *Canadian Psychology*, 34, 401-406.
- McKibbin, K. A., Haynes, R. B., Walker Dilks, C. J., Ramsdep., M. E., Ryan, N. C., Baker, L., Flemming, T., & Fitzgerald, D. (1990). How good are clinical MED-LINE searches? A comparative study of clinical enduser and librarian searches. *Computers and Biomedical Research*, 23, 583-593.
- McNemar, Q. (1946). Opinion-attitude methodology. *Psychological Bulletin*, 43, 289-374.
- Mechanic, D. (1980). *Mental health and social policy*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Milgram, S. (1963). Behavioral study of obedience. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 67, 371-378.
- Munsinger, H. (1975). The adopted child's IQ: A critical review. *Psychological Bulletin*, 82, 623-659.
- Norman, G. R., & Streiner, D. L. (1997). *PDQ Statistics* (2nd ed.). St. Louis: Mosby.
- Office for Protection from Research Risks. (1995). *Exempt research and research that may undergo expedited review*. OPRR Reports, No. 95-02. Rockville, MD: National Institutes of Health.
- Persons, J. B. (1991). Psychotherapy outcome studies do not accurately represent current models of psychotherapy: A proposed remedy. *American Psychologist*, 46, 99-106.
- Ramos, D. (1995). Paradise miscalculated. In S. Fraser (Ed.), *The bell curve wars: Race, intelligence, and the future of America* (pp. 62-69). New York: Basic Books.
- Roper, B. L., Ben-Porath, Y. S., & Butcher, J. N. (1995). Comparability and validity of computerized adaptive testing with the MMPI-2. *Journal of Personality Assessment*, 65, 358-371.
- Rosenthal, R. (1979). The "file drawer problem" and tolerance for null results. *Psychological Bulletin*, 86, 638-641.
- Rosenthal, R., & Rosnow, R. L. (1984). Applying Hamlet's question to the ethical conduct of research: A conceptual addendum. *American Psychologist*, 39, 561-563.
- Rosenthal, R., & Rubin, D. B. (1982). Comparing effect sizes of independent studies. *Psychological Bulletin*, 92, 500-504.
- Rudd, M. D., Rajab, M. H., Orman, D. T., Stulman, D. A., Ioiner, T., & Dixon, W. (1996). Effectiveness of an outpatient intervention targeting suicidal young adults: Preliminary results. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 179-190.
- Rushton, J. P. (1992). Cranial capacity related to sex, rank and race in a stratified random sample of 6,325 U.S. military personnel. *Intelligence*, 16, 401-413.
- Rushton, J. P., & Ankney, C. D. (1996). Brain size and cognitive ability: Correlations with age, sex, social class and race. *Psychonomic Bulletin and Review*, 3, 21-36.
- Scher, S. J., & Cooper, J. (1989). Motivational basis of dissonance: The singular role of behavioral consequences. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56, 899-906.
- Sedlmeier, P., & Gigerenzer, G. (1989). Do studies of statistical power have an effect on the power of studies? *Psychological Bulletin*, 105, 309-316.
- Sobal, J., & Stunkard, A. J. (1989). Socioeconomic status and obesity: A review of the literature. *Psychological Bulletin*, 105, 260-275.
- St. Lawrence, J. S., Reitman, D., Jefferson, K. W., Alleyne, E., Brasfield, T. L., & Shirley, A. (1994). Factor structure and validation of an adolescent version of the Condom Attitude Scale: An instrument for measuring adolescents' attitudes toward condoms. *Psychological Assessment*, 6, 352-359.
- Streiner, D. L., & Adam, K. S. (1987). Evaluation of the effectiveness of suicide prevention programs: A methodological perspective. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 17, 93-106.
- Streiner, D. L., & Norman, G. R. (1995). *Health measurement scales: A practical guide to their development and use* (2nd ed.). London: Oxford University Press.
- Streiner, D. L., & Norman, G. R. (1996). *PDQ Epidemiology* (2nd ed.). St. Louis: Mosby.
- Strupp, H. (1977). A reformulation of the dynamics of the therapist's contribution. In A. S. Gurman & A. M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy: A handbook of research* (pp. 3-22). New York: Pergamon Press.

- Suissa, S. (1991). Binary methods for continuous out-comes: A parametric alternative. *Journal of Clinical Epidemiology*, 44, 241-248.
- Thompson, S. C., Nanni, C., & Schwankovsky, L. (1990). Patient-oriented interventions to improve communication in a medical office visit. *Health Psychology*, 9, 390-404.
- Turner, S. M., & Beidel, D. C. (1989). Social phobia: Clinical syndrome, diagnosis, and comorbidity. *Clinical Psychology Review*, 9, 3-18.
- Vaillant, G. E. (1972). Why men seek psychotherapy: I. Results of a survey of college graduates. *American Journal of Psychiatry*, 129, 645-651.
- Warner, R. (1994). *Recovery from schizophrenia: Psychiatry and political economy* (2nd ed.). London: Routledge.
- Weisz, J. R., Donenberg, G. R., Han, S. S., & Weiss, B. (1995). Bridging the gap between laboratory and clinic in child and adolescent psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 688-701.
- Wittchen, H-U., & Essau, C. A. (1993). Epidemiology of panic disorder: Progress and unresolved issues. *Journal of Psychiatric Research*, 27 (Suppl. 1), 47-68.
- Woodward, C. A., & Streiner, D. L. (1995). Editorial. *International Journal for Quality in Health Care*, 7, 323-324.
- Strainer, D. L. y Norman, G. R. (1996). *P.D.Q. Epidemiology* (2nd. ed.). St. Luis Mosby.

Diseños apropiados para la práctica clínica

- Barlow, D. H. y Hersen, M. (1984). *Single case experimental designs; strategies for studying behavior change* (2nd. ed.). Nueva York: Pergamon Press.
- Kazdin, A. E. (1982). *Single case designs: Methods for clinical and applied settings*. Nueva York: Oxford University Press.
- Kratochwill, T. R. y Levin, J. R. (1992). *Single-case research design and analysis: New directions for psychology and education*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Long, C. G. y Hollin, C.R. (1995). Single case design: A critic methodology and analysis of recent trends. *Clinical psychology and psychotherapy*, 2, 177-191.

Cómo evaluar el meta-análisis

- Glass, G. V, McGaw, B. y Smith, M.L. (1981). *Meta-analysis in social research*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Light, R.J. y Pillemer, D.B. (1984). *Summing up: The Science of reviewing research*. Cambridge, MA: Harvard University Press.

Cuestiones éticas

- American psychological association. (1992). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American psychologist*, 47, 1597-1611.
- Levine, R. (1986). *Ethics and regulations of clinical research* (2nd. ed.) Baltimore: Urban and Schwarzenber.

LECTURAS ADICIONALES

Cómo evaluar nuestras intervenciones

Diseños apropiados para estudios más profundos

- Cook, T. D. y Campbell, D. T. (1979). *Quasiexperimentation: Design and analysis issues for field settings*. Boston: Houghton Mifflin.
- Higgingbotham, H. N., West S.G. y Forsyth, D.R. (1988). *Psychotherapy and behavior change: social, cultural and methodological perspectives*. Nueva York: Pergamon Press.

CAPÍTULO 6

CÓMO TRATAR AL INDIVIDUO

Jerold R. Gold
George Stricker

¿QUÉ ES LA PSICOTERAPIA?

"La psicoterapia es una técnica no definida aplicada a problemas no específicos con un resultado impredecible. Para esta técnica recomendamos una capacitación rigurosa" (Raimy, 1950, p. 93).

Con toda la seriedad que el caso merece, la mejor respuesta a esta pregunta puede ser, "eso depende de a quién se le pregunte". Otra respuesta, una que se asemeja a un temido estereotipo de respuesta del psicoterapeuta a la pregunta de un paciente es, "¿qué le gustaría que fuera?"

Estas respuestas reflejan una situación interesante, problemática y quizás extraordinaria de asuntos dentro de la disciplina erudita y de la práctica profesional de la psicoterapia: nosotros la ejercemos, sabemos que existe, creemos en su eficacia, la recomendamos a las personas y la defendemos de los ataques de los políticos, periodistas, colegas y pacientes, pero no podemos describir o definir la psicoterapia de manera precisa.

¿Es este dilema tan extraordinario? Muchas de las ideas o experiencias que motivan a los seres humanos, las cuales causan guerras, inician familias, construyen hospitales, cambian las cosas de manera trascendental, no se pueden describir con palabras. Sólo piense en el amor, el honor, la gratitud, entre muchos otros concep-

tos, e intente ofrecer definiciones exactas que gocen de consenso universal.

La psicoterapia no puede definirse con exactitud porque no hay una sola empresa, disciplina o actividad a la cual se asocie el término. Al momento de escribir este capítulo, se pueden identificar más de 400 escuelas de psicoterapia (Gold, 1996), cada una de las cuales se define de manera distinta a otros tipos de terapia. Hace poco se presentó una conferencia estudiantil con la intención de definir la psicoterapia, y se llegó a tener 81 definiciones de lo que significaba, pero ninguna de ellas era idéntica a otra (Zeig y Munion, 1990). Estos estudiantes de psicoterapia por lo menos pudieron agrupar los centenares de tipos de psicoterapia en un número mucho más pequeño de categorías, para después extraer un cierto consenso estructural con respecto a una definición inicial del término. Fueron destacados nueve amplios tipos de psicoterapia: (1) psicodinámica, (2) humanística/existencial, (3) conductual, (4) cognitiva, (5) filosófica, (6) sistémica/familiar, (7) de grupo, (8) hipnoterapia y (9) ecléctica/integrativa.

La definición genérica ofrecida es buena y es consistente con otras tentativas de capturar la esencia elusiva de todas estas psicoterapias en pocas palabras. La *psicoterapia* ha sido definida como una relación interpersonal que contiene una teoría abierta o implícita de

malestar psicológico y de las condiciones que son necesarias para que ocurra el cambio psicológico. La relación y las interacciones interpersonales que marcan esa relación están estructuradas de tal manera que se optimicen las condiciones para el cambio psicológico. Una parte de la relación (el terapeuta) tiene como tarea la provisión de experiencias que promueven el cambio. La otra parte (el paciente) participa con su mejor capacidad para mejorar.

Esta definición no hace justicia a ninguna forma particular de psicoterapia. Ésta es una experiencia complicada, frustrante, desconcertante y algunas veces estimulante y que continuamente desafía a las palabras. Cada sistema de psicoterapia se construye a partir de una amplia definición que incluye una teoría de la psicopatología, una teoría del cambio psicológico, una teoría de la técnica y de la influencia interpersonal, así como una concepción de la relación interpersonal que promueve el cambio lo mejor posible. En lo sucesivo, revisaremos los sistemas principales de la psicoterapia e intentaremos compartir con usted una descripción más vivencial de cuáles son las diferentes psicoterapias.

HISTORIA DE LA PSICOTERAPIA

Los psicoterapeutas y las actividades psicoterapéuticas han existido en cierta forma en cada momento de la historia, pero solamente en los últimos cien años, más o menos, se ha identificado a estas personas y experiencias con el término de *psicoterapia*. De acuerdo con nuestra definición genérica de este término, cada precursor histórico de la psicoterapia moderna fue construido a partir de una cierta explicación teórica del sufrimiento psicológico y de las condiciones necesarias para corregir este dolor; y seleccionó un área interpersonal específica para aliviar el sufrimiento de la persona como el aspecto central del proceso.

Precursores antiguos y medievales de la psicoterapia

En el pasado clásico de Roma y Grecia, el malestar psicológico era atribuido a fuerzas sobrenaturales: a la malevolencia de los dioses, a los conjuros mágicos lanzados por los hechiceros, al odio de los dioses o a los propios enemigos. Las versiones populares de psicoterapia que fueron prescritas para estas enfermedades incluyeron los sacrificios para apaciguar a una deidad ofendida; la intercesión de un chamán, sacerdote o de

alguna autoridad curativa o religiosa que realizaría un ritual expiatorio, o bien, el uso de remedios contra los hechizos o contra la agresión abierta realizada sobre la persona que invocó o practicó la magia negra. A veces, como en ciertas sociedades tribales sudamericanas, también se empleaban las drogas alucinógenas o los métodos primitivos psicoquirúrgicos. Con la transición al cristianismo como la religión dominante en la sociedad occidental, las explicaciones de la psicopatología encontraron una base en lo sobrenatural y en las fallas de la fe y la moralidad. Como un primer e influyente ejemplo, San Agustín describe en sus *Confesiones* un periodo prolongado de incertidumbre y ansiedad que podría diagnosticarse hoy en día como crisis de identidad de la adolescencia tardía. El encontró consuelo en las enseñanzas de la Iglesia y en un estricto apego a sus bases morales. Desde el tiempo de San Agustín y hasta principios del periodo moderno, el papel del psicoterapeuta popular fue asignado, por lo general, a los líderes religiosos de cada comunidad, que trataron a aquellos miembros de su comunidad con malestar psicológico a través de la confesión, la asignación de penitencias, el consejo basado en la Biblia y sus enseñanzas y, ocasionalmente, el exorcismo y otros medios sobrenaturales.

Principios de la era moderna (siglos XVII y XIX)

La aparición de la psicoterapia moderna tiene sus raíces en la Ilustración europea y en el desarrollo de la ciencia y de la medicina modernas en los siglos XVII y XIX. El estudio empírico del cuerpo humano y del mundo natural incluyó la aplicación de métodos e ideas científicas a la mente humana y a sus anormalidades. La psiquiatría moderna comenzó a formarse en el siglo XIX, conforme la autoridad para confinar y tratar la locura pasó de las personas no preparadas y de las órdenes religiosas a manos de la profesión médica. La mitad del siglo XIX encontró el nuevo campo de la psiquiatría dominado por teorías biológicas sobre el origen de la enfermedad mental, y por trabajos de psiquiatras, como Emil Kraepelin, quien estableció el primer sistema de clasificación ampliamente aceptado de los trastornos psiquiátricos. Los orates fueron confinados a asilos, mientras que las personas con problemas más moderados se encontraron bajo cuidado de un médico por un cierto "trastorno nervioso", atribuido por lo general a una debilidad o a una anormalidad congénita

del sistema nervioso. La psicoterapia implicó el seguimiento de las prescripciones de los médicos: descanso, baños calientes, estímulo eléctrico leve en las zonas dolorosas del cuerpo, "tomar una cura" en un sauna o en manantiales térmicos, entre otras medidas de apoyo.

El surgimiento del psicoanálisis (finales del siglo XIX-Primera guerra mundial)

Sigmund Freud y el psicoanálisis llevaron a la psicoterapia a la escena mundial y crearon las bases para su estado actual. El trabajo de Freud surgió de la experimentación con la hipnosis como tratamiento para la histeria, iniciado por figuras como Jean Charcot e Hippolyte Bernheim. También lo influenciaron otros exploradores psicoterapéuticos de ese tiempo, que incluían en especial a Pierre Janet. Sin embargo, las ideas originales de Freud, las cuales comprendían sus teorías sobre el inconsciente, la sexualidad infantil y la transferencia, junto con sus métodos innovadores de libre asociación y de interpretación, hicieron del psicoanálisis freudiano el sistema de psicoterapia dominante durante los inicios del siglo XX.

Las desviaciones y las escisiones del psicoanálisis europeo condujeron, alrededor de 1930, al establecimiento de sistemas y métodos alternativos, los cuales consideraban principalmente la psicología analítica de Jung, la psicología individual de Adler, la psicoterapia existencial y muchas otras. En Estados Unidos, durante las décadas de los años veinte y la de los años treinta, el psicoanálisis freudiano y sus ramificaciones tuvieron un gran impacto en un segmento de la comunidad psicoterapéutica que se volvió más dogmática y rígida en su enfoque al psicoanálisis de lo que su fundador había pensado. Otros psicoterapeutas estadounidenses encontraron inspiración en las ideas de Freud, pero las combinaron con ideas propias considerando las variables ambientales y del impacto de la cultura, la política y la economía. Esto era particularmente importante en una nación que luchaba contra una depresión económica masiva y se dirigía hacia la guerra. Los principales contribuyentes a estos avances incluyen a Karen Horney, Erich Fromm y Harry Stack Sullivan.

A medida que Europa se movía hacia la guerra, a mediados y finales de la década de los treinta, muchos analistas europeos huyeron del régimen nazi y se mudaron a Inglaterra, a América del Norte y a América del Sur, llevando consigo una versión ortodoxa del psico-

análisis que dominaría por lo menos durante los siguientes treinta años.

Las psicoterapias estadounidenses durante los años 40

Durante los años próximos a la Segunda guerra mundial se desarrollaron en Estados Unidos otras psicoterapias no psicoanalíticas. Carl Rogers ofreció al público su terapia centrada en el cliente, basada en una teoría vivencial que se centró en el crecimiento psicológico y la realización del potencial humano. Teóricos del aprendizaje y psicólogos conductuales, recurriendo a los escritos de Pavlov, Watson, Hull, Spence y otros psicólogos que trabajaban en laboratorios, comenzaron a explicar la psicopatología dentro de un esquema estímulo-respuesta al considerar que la curación para el sufrimiento emocional residía en el aprendizaje nuevo y en la corrección de hábitos y patrones de conducta inadecuados. Los fundamentos de la psicoterapia cognoscitiva moderna se basan en la investigación y en el trabajo aplicado de los primeros psicólogos clínicos como George Kelly y Julian Rotter, quienes procuraron aplicar el rigor del conductismo a los procesos encubiertos del pensamiento. Estos primeros esfuerzos serían centrales durante las décadas de la posguerra como fundamentos de la terapia conductual moderna.

La psicoterapia de la posguerra (1945-1980)

A principios de la posguerra se observó un aumento enorme en el interés público y en el uso de la psicoterapia, conforme la población más educada, más sofisticada psicológicamente y más aventajada en términos económicos buscó la forma de tranquilizarse en una época amenazante y enajenante. El periodo posterior a la guerra también vio a la psicoterapia emerger como una actividad profesional compartida, aunque no siempre compatible, por disciplinas distintas: psiquiatría, psicología clínica y de consejo, trabajo social, enfermería y consejo pastoral. El campo se dividió por discusiones acaloradas entre terapeutas centrados en el paciente, los psicoanalistas, así como por el nuevo, importante e influyente grupo de terapeutas conductuales, y por otro lado los nuevos sistemas terapéuticos llevados al campo de trabajo por los psicólogos practicantes: la terapia racional emotiva, la terapia Gestalt, la terapia personal constructivista y la terapia existencial, entre muchas otras.

Durante este periodo, la bibliografía de investigación sugería que la terapia conductual emergería como el tratamiento de elección para la mayor parte de los trastornos psicológicos. El impacto de esta perspectiva se manifestó de diversas maneras. Muchos programas de capacitación en psicología clínica abandonaron o disminuyeron sus prácticas de orientación psicoanalítica y humanista (terapia rogeriana y otras relacionadas con ella) y se dirigieron principalmente hacia modelos conductuales. La psiquiatría, desilusionada con los modelos psicoanalíticos, se volvió hacia modelos psicofarmacológicos y se alejó de los métodos psicológicos.

La era reciente (de 1980 hasta nuestros días)

En medio de esta competencia y animosidad, estaba un grupo de psicoterapeutas orientados a la investigación que encontraron que ninguna psicoterapia podía superar sustancialmente a sus rivales, y también existieron psicólogos que comenzaron a ver más allá de los límites de las psicoterapias tradicionales. La falla esencial de la terapia conductual para demostrar su eficacia superior, junto con todos los desafíos externos a la psicoterapia que han surgido en nuestra sociedad (la crisis del cuidado de la salud, la perspectiva del financiamiento limitado de los seguros, el énfasis en el uso de fármacos para tratar enfermedades mentales) han sido realmente provechosos para el campo de muchas maneras, al forzar a varios terapeutas a dejar las querellas y considerar otras ideas con más seriedad.

Los últimos 25 años se han distinguido por el surgimiento de la psicoterapia cognoscitiva como una teoría y un método influyentes, la integración de teorías y de métodos cognoscitivos con los principales enfoques conductuales, la revitalización de psicoterapias psicoanalíticas y humanistas a través de una expansión de sus teorías y métodos, así como un interés general por combinar o integrar lo mejor de las diversas terapias en tratamientos más poderosos y eficaces.

EL CONTEXTO CULTURAL DE LA PSICOTERAPIA

Como Jerome Frank (1961) precisó en su artículo clásico, *Persuasion and healing*, que el sufrimiento psicológico no se limita a sociedades occidentales "modernas". Las experiencias y las autoridades psicoterapéuticas están presentes en culturas tradicionales, aunque describen a

esos acontecimientos y a esas personas en otros términos dentro del lenguaje de la salud asociado a cada grupo de personas.

El estudio de Frank (1961) indicó que ciertos fenómenos psicológicos parecen causar o contribuir con el malestar emocional en todas las culturas. Estas variables incluyen la pérdida del propósito y de dirección de la propia vida, la pérdida de esperanza y la erosión del optimismo realista. La persona perturbada está desmoralizada, es pesimista, está desanimada y derrotada. En todas las culturas, occidentales u orientales, técnicas y modernas o tradicionales y "subdesarrolladas" existe una variedad de relaciones interpersonales cuyo propósito es devolver la moral e inculcar esperanza en los que sufren psicológicamente. En la clase media, los segmentos orientados en términos psicológicos de nuestra sociedad, los psicoterapeutas, hasta cierto punto, han sustituido a los padres, a los abuelos, al clero, a los profesores y a otros protectores tradicionales en este papel. En otros segmentos de nuestra cultura y en otras sociedades, el brujo, el chamán, el que lee la fortuna, el cantinero, el rabino, el sacerdote de la parroquia, el imam (jefe o sacerdote entre los musulmanes) o el organizador de la comunidad pueden servir a la gente de la misma manera. Cada uno es capaz de ofrecer una relación interpersonal en la cual exista una teoría que explique el sufrimiento de la persona, y a partir de la cual pueden ser prescritas las experiencias que pueden conducir al cambio. Gracias a las enormes reflexiones de Frank (1961) es que cualesquiera de estas relaciones pueden ofrecer nuevas esperanzas, optimismo y dirección a quienes sufren, al convertir estas relaciones en equivalentes funcionales de la psicoterapia. De hecho, muchos estudiantes de psicoterapia han sugerido que la gente recurra a la psicoterapia formal, sólo después de que estas psicoterapias populares hayan fallado o no estén disponibles.

Este último punto puede hablar de la enorme expansión de la profesión de la psicoterapia durante los últimos 50 años, y al incómodo estatus que los psicoterapeutas han alcanzado durante este periodo. Los que han detallado el desarrollo de la profesión en un contexto histórico y cultural han sugerido que la enajenación inherente en una sociedad industrial y materialista ha conducido, de forma inevitable, a una pérdida de los lazos comunitarios y de las relaciones de salud naturales que existieron dentro de la familia y de la sociedad rural (Cushman, 1995; Fromm, 1955). A medida que la gente lleva una vida cada vez más aislada y autónoma,

es mucho más fácil que experimente desesperación, desaliento y desmoralización. Al mismo tiempo, el aislamiento que genera estas condiciones también evita que la gente recurra a las relaciones que en el pasado eran psicoterapéuticas "por naturaleza". De ahí la necesidad de la psicoterapia, una profesión específica que satisfaga la necesidad de dichas experiencias interpersonales curativas.

UNA REVISIÓN A LOS PRINCIPALES SISTEMAS DE PSICOTERAPIA

Esta revisión de los principales sistemas de psicoterapia está ordenada de acuerdo con la definición general de psicoterapia que desarrollamos con anterioridad. Incluiremos las formas en que cada sistema entiende la etiología y el mantenimiento de la psicopatología, las condiciones y las experiencias a través de las cuales ocurre el cambio psicológico y la perspectiva de cada escuela de psicoterapia con respecto a la naturaleza de la relación psicoterapéutica óptima.

Modelos psicodinámicos de psicoterapia

El término *psicodinámico* se refiere a cualquier forma de psicoterapia que utilice el concepto de motivación inconsciente introducido por Freud (1900) y que considere que la psicopatología es causada por factores intrapsíquicos. Hay muchos modelos de la psicoterapia psicodinámica. El psicoanálisis más antiguo y clásico es la variante de la psicoterapia psicodinámica que permanece más cercana a las ideas y a la práctica introducida por Freud (1900, 1912) y sus contemporáneos. Involucra sesiones múltiples por semana, puede durar muchos años y se basa en versiones vigentes del enfoque biológico de Freud de la psicopatología.

El psicoanálisis relativo se desarrolló de manera más reciente y se asemeja al psicoanálisis clásico en su duración y frecuencia de sesiones, pero se basa en una teoría modificada de la psicodinámica que incluye el reconocimiento de factores ambientales en el sufrimiento emocional. La psicoterapia psicodinámica, en oposición al psicoanálisis, se refiere a cualquier terapia que se basa en conceptos y métodos psicodinámicos que operan dentro de parámetros más limitados de tiempo y frecuencia. A pesar de muchos anuncios sobre el deceso del psicoanálisis (Klein, 1971), una orientación

psicodinámica todavía sigue siendo prominente entre psicólogos y psicoterapeutas clínicos.

Teorías psicodinámicas de la psicopatología

El psicoanálisis y sus derivados ofrecen una tradición larga y rica que conceptualiza el comportamiento humano en términos de motivación, conflicto y defensa. Todas las versiones de la teoría psicodinámica enfatizan la determinación inconsciente de la cognición, el afecto y la conducta conscientes. Los conflictos y los aspectos de desarrollo que se consideran más influyentes se diferencian en forma predominante en términos de los motivos particulares. El psicoanálisis clásico postula que la personalidad se desarrolla a lo largo de un camino de etapas universales de deseos psicosexuales, biológicamente determinados. La psicopatología refleja una fijación y una regresión a conflictos desconocidos y sin resolver que provienen de uno o más de estos puntos de fijación. Los síntomas y los comportamientos problemáticos se entienden como reflejos de varios conflictos encubiertos simultáneos, así como la manifestación de un arreglo entre el deseo de expresar el inconsciente anhelado y los procesos defensivos que alteran ese deseo a una forma irreconocible. Estos procesos psicológicos que utiliza la persona (también sin darse cuenta) para permanecer sin conciencia de estos esfuerzos, se conocen como los mecanismos de defensa del Yo (A. Freud, 1936). Las teorías psicoanalíticas contemporáneas han conservado el énfasis en factores de motivación inconscientes, pero se han dirigido hacia los modelos etiológicos que están condicionados de manera más interpersonal y social. Este cambio conceptual dentro del psicoanálisis ha sido influenciado por estudios clínicos y por la aparición de estudios psicodinámicos del desarrollo del niño (por ejemplo, Mahler, Pine y Bergman, 1975; Stern, 1985). De manera colectiva, estas teorías han sido descritas como constituyentes del "modelo de estructura relativa" (Greenberg y Mitchell, 1983), que acentúa la interacción entre el niño en crecimiento y las personas importantes en su vida. (Estas variantes del psicoanálisis representan el lado de la "crianza" del llamado debate naturaleza-crianza, que existe en la mayor parte de las áreas de la psicología, mientras que el psicoanálisis clásico cae directamente en el campo de la "naturaleza".)

Las primeras interacciones del niño con los padres se consideran cruciales en la formación de las estructuras psicológicas, de los conflictos motivacionales y de

las representaciones del Yo y los demás. Los teóricos relativo-estructuralistas están más interesados en los procesos a través de los cuales el niño internaliza, se identifica y representa patrones productivos e inadaptados de relación, y las formas en las cuales estas estructuras, en gran parte inconscientes, sesgan y distorsionan la percepción, el pensamiento, el funcionamiento afectivo y el involucramiento interpersonal del presente.

La perspectiva estructural relativa dentro del pensamiento psicodinámico refiere a cualquier cantidad de escuelas separadas y de teóricos importantes, que incluye la psicología del Yo (Kohut, 1977), el psicoanálisis interpersonal (Sullivan, 1953; Fromm, 1955), la teoría de las relaciones objetales (Greenberg y Mitchell, 1983) y el modelo representativo del apego de Bowlby (1980).

Las teorías del cambio y de la técnica terapéutica

Existen dos conceptos ampliamente definidos de los procesos de cambio dentro del pensamiento psicodinámico actual. El punto de vista más tradicional, que enfatiza el discernimiento dentro de los procesos inconscientes, se deriva directamente de los primeros trabajos sobre psicoanálisis de Freud (1912). La segunda visión del cambio es considerada más radical dentro del mundo psicoanalítico y es resultado del trabajo de revisionistas tales como Alexander y French (1946), que enfatizaron la importancia de la nueva experiencia (la "experiencia emocional correctiva") dentro de la terapia, cómo conducirla como promotora de cambios en el comportamiento, en los síntomas, en el carácter y en los procesos y estructuras intrapsíquicas. Esta última teoría del cambio es típica de formas relacionadas del psicoanálisis.

El discernimiento hace que el paciente aprenda algo sobre su actividad psicológica inconsciente. Este aprendizaje es de una clase específica: el paciente se da cuenta de algunas prohibiciones, temores, deseos dolorosamente evocativos, emociones, motivos, fantasías o recuerdos que han estado influyendo en su vida mental de maneras desconocidas, pero poderosas. El discernimiento completo también permite que el paciente se dé cuenta de las formas en que se mantuvo en secreto (los mecanismos de defensa, las inhibiciones y los rasgos del carácter). El componente final del discernimiento tiene que ver con el aprendizaje sobre las ansiedades, los

afectos dolorosos, las propias imágenes, así como las consecuencias interpersonales anticipadas que condujeron a la evitación o desaprobación del asunto en particular. El proceso emocional de experimentar e integrar primero conflictos previamente evitados se conoce como *liberación* y se cita siempre como crucial para el cambio terapéutico. La conciencia intelectual de los propios conflictos nunca conduce al cambio, alejado de dicha liberación.

El discernimiento y la liberación ocurren a veces de manera espontánea conforme el paciente hace asociaciones libres en presencia del terapeuta. Con mayor frecuencia, estas experiencias son consecuencia de alguna interpretación ofrecida por el psicoanalista, donde se habla al paciente de los contenidos del conflicto inconsciente, de sus raíces históricas y de sus manifestaciones actuales. Una interpretación precisa parece conducir a la recuperación de recuerdos, al despertar de afectos y a una mayor conciencia de sentimientos, deseos, imágenes propias y representaciones objetales previamente ocultas. Conforme este contenido mental se hace consciente, ocurre una disminución en la consiguiente ansiedad, culpa, vergüenza u otros afectos correlacionados con esos estados internos. A medida que el discernimiento y la liberación suceden con una cierta regularidad en el curso de la terapia, el paciente es liberado de la pesada tarea psíquica de limitar en forma drástica su vida intrapsíquica con defensas, síntomas y distorsiones del comportamiento. El psicoanálisis relativo confía en el discernimiento de imágenes propias problemáticas y de imágenes de otros que sean regresivas y evocadoras de ansiedad. Esto permite que el paciente revise esas representaciones y forme un sistema representativo más benigno y más productivo.

El discernimiento es en esencia un acontecimiento intrapsíquico que requiere teóricamente poco intercambio interpersonal (Greenberg y Mitchell, 1983). Sin embargo, desde por lo menos la década de los treinta, los analistas se han dado cuenta que la interacción terapéutica es por lo menos tan importante como el discernimiento para promover el cambio (por ejemplo, Strachey, 1934). Esta tesis fue formulada muy claramente por Alexander y French (1946), quienes argumentaban que una "experiencia emocional correctiva" en el psicoanálisis causaba un cambio en el paciente. En su opinión, el discernimiento seguía al cambio intrapsíquico e interpersonal de manera tan frecuente como precedía al cambio, o más.

La "experiencia emocional correctiva" propuesta por Alexander y French (1946) es la precursora de los conceptos psicoanalíticos relativos que describen las formas en las cuales las nuevas experiencias de mejoría son proporcionadas al paciente por el terapeuta (véase en los trabajos de Kohut, 1977; Levenson, 1983 y Winnicott, 1971, algunos ejemplos de estos métodos). En esencia, el analista interactúa con el paciente en formas que difieren considerablemente de las interacciones del pasado, en las cuales el paciente era despreciado, lastimado, se abusaba de él, era rechazado o era incapaz de actuar como individuo con decisiones propias. El terapeuta se convierte en el prototipo de nuevas representaciones de otros que corrigen y sustituyen imágenes de parientes temibles, odiosas o ineficaces, mientras que la sensación emocional de obtener una respuesta cuidadosa, sensible y compasiva se convierte en la base de un nuevo sentido estable del Yo y del proceso del pensamiento y la relación consigo mismo.

La relación terapéutica en la psicoterapia psicodinámica

Las terapias psicoanalíticas dividen la interacción entre el paciente y el terapeuta en tres componentes que se sobreponen: (1) la relación "real", (2) la alianza terapéutica y (3) la relación de transferencia y contratransferencia. La *relación "real"* consiste en los aspectos sociales de la interacción entre los dos participantes terapéuticos. Esta parte de la interacción se considera un subproducto inevitable del contacto frecuente, regular, entre el paciente y el terapeuta. La *alianza terapéutica* es el enlace de funcionamiento, orientado a la tarea que se desarrolla entre los aspectos racionales, de investigación y psicológicamente observables de las personalidades del paciente y del terapeuta. De la alianza surge el proceso analítico, que incluye la libertad del paciente para comunicarse por completo respecto a la experiencia interna y para mantenerse abierto a las interpretaciones ofrecidas por el terapeuta. *Transferencia* y *contratransferencia* se refieren a las descripciones irracionales, a las percepciones de idiosincrasia históricamente determinadas, del terapeuta por parte del paciente (transferencia) y del paciente por parte del terapeuta (contratransferencia). La transferencia es el proceso inconsciente en el cual el paciente confunde o transforma de manera activa al terapeuta en alguien de su pasado o de su vida presente, fuera de la relación te-

rapéutica. La contratransferencia implica una percepción similar distorsionada, inconsciente, del paciente por parte del terapeuta. La transferencia y la contratransferencia influyen en la interacción inmediata de un modo repetitivo e inicialmente desconocido, y están entre las causas más frecuentes de la resistencia y de los bloqueos en el flujo de comunicación entre el paciente y el terapeuta.

En el corazón de esta forma de psicoterapia está el análisis de la transferencia: la transformación inconsciente de la relación del paciente con el psicoanalista en una reproducción de sus relaciones con los padres y con otras personas importantes durante la niñez. El paciente de manera inconsciente transfiere o desplaza los deseos patogénicos y los mecanismos de defensa del pasado en sus percepciones y reacciones hacia el analista. Estos deseos se analizan en el aquí y el ahora, a medida que vienen a dominar la interacción terapéutica. La mayoría de los analistas clásicos creen que el análisis de la transferencia brinda la oportunidad más importante para lograr el discernimiento, así como la liberación catártica del pasado.

Los analistas relativos comparten la visión de la importancia que tiene la relación de transferencia, pero difieren en la comprensión de lo que se transfiere. Este grupo sugiere que los pacientes reproduzcan inconscientemente las interacciones en las cuales fueron traumatizados, rechazados, abandonados o les hicieron sentirse avergonzados, ansiosos y culpables. A medida que estas viejas imágenes de personas importantes del pasado y la forma de relacionarse con ellas se hagan conscientes, el paciente puede revisar su forma de ver las relaciones actuales con los demás. La habilidad del terapeuta para entender estos daños, para tratarlos con eficacia y proporcionar las experiencias curativas que el paciente siempre ha necesitado conducen a nuevas estructuras intrapsíquicas.

La psicoterapia humanista y vivencial

Esta escuela de psicoterapia incluye el modelo centrado o basado en el cliente, la terapia Gestalt y la psicoterapia existencial.

Terapia centrada en el cliente

La psicoterapia centrada en el cliente fue desarrollada por Carl Rogers (1951), quien se interesó en las formas en que se logra o se frustra el crecimiento, la autentici-

dad y la integración psicológicas. La realización de las habilidades, los valores y las metas de la persona; la flexibilidad y la apertura emocional y cognoscitiva; la capacidad para la autoaceptación genuina; la calidez, y la empatía con los demás son algunos de los signos de la autorrealización o de la salud psicológica que se mencionan en la bibliografía (por ejemplo, Maslow, 1954; Rogers, 1961).

Psicopatología. Rogers (1951) está entre los primeros terapeutas en adoptar una orientación fenomenológica para el estudio de otras personas. Esto se refiere al estudio y al uso clínico de las experiencias inmediatas de la persona y a las formas en que cada persona toma conciencia del flujo extenso de imágenes, sensaciones, ideas y sentimientos que pasan en todo momento a través de la conciencia. Las principales preocupaciones empíricas y clínicas de Rogers eran los significados que la persona da a la experiencia, significados que reflejan tanto momentos de un vivir auténtico como momentos de funcionamiento no saludable y de evitación. Los terapeutas centrados en el cliente (Raskin y Rogers, 1989) enfatizan la capacidad para simbolizar conscientemente lo que uno está experimentando como factor crucial en el proceso de autorrealización. Se piensa que la psicopatología es resultado de la ansiedad crónica o de otras amenazas que se asocian con experiencias, emociones o pensamientos determinados. Cualquier acontecimiento o estado interno que se asocie a un cierto peligro subjetivo para la persona puede conducir al cierre, a la interrupción o a la distorsión de la conciencia. Los terapeutas centrados en el paciente (Rice y Greenberg, 1992) ven a la ansiedad como resultado de un conflicto entre la necesidad de preservar una imagen aprendida de uno mismo y de cualquier experiencia que sea incompatible con esa imagen. Las imágenes propias aprendidas, el "Yo ideal" referido por Rogers (1961), son el resultado de evaluaciones repetidas de la persona por parte de padres y de otras personas importantes durante la niñez. Dependiendo del grado en que las experiencias constructivas importantes sean desaprobadas por estas autoridades (por ejemplo, la necesidad de expresar decepción por los propios padres), entonces esas tendencias significarán peligro para esa persona en el futuro. En esos momentos, ganar la aprobación de otros reemplaza la realización de los potenciales y la habilidad del Yo como meta. Además, esas experiencias serán excluidas de la imagen propia ideal que la persona construye, lo que significa que

cualquier toma de conciencia de dichas tendencias conducirá a la incongruencia, a la ansiedad y a las limitaciones de la conciencia.

Teoría del cambio y de la técnica. La terapia centrada en el cliente acentúa el papel de la fenomenología actual y de las percepciones del futuro de la persona en la conformación de la experiencia del presente. Por tanto, los terapeutas rogerianos tienden a restar importancia a los modelos de desarrollo y al papel de las experiencias previas en las discusiones terapéuticas. En vez de ello, los principales temas son el flujo continuo e inmediato de pensamiento, sensaciones, imágenes y fantasías de la persona. Rogers (1951) llamó originalmente a su terapia "terapia no directiva". Éste era un título exacto para un modelo de psicoterapia en el cual la evaluación y el diagnóstico eran evitados por ser irrelevantes, en el mejor de los casos, y donde la habilidad técnica era ignorada casi por completo. Es imposible discutir la opinión de Rogers sobre el cambio terapéutico separada de su conceptualización de la relación terapéutica. La terapia no era ni más ni menos que la totalidad de la interacción entre el cliente y el terapeuta. La terapia centrada en el cliente se construye sobre la premisa de que la interacción terapéutica proporciona las condiciones "necesarias y suficientes" para el cambio y el crecimiento (Rogers, 1957). Esas condiciones de la relación incluían una atmósfera completamente segura y de aceptación provista por el terapeuta, en la cual se responde al cliente con una consideración o aprecio positivo incondicional, calidez y empatía adecuadas. Estas condiciones sólo pueden ser ofrecidas si el terapeuta funciona y se manifiesta lo más integrado o congruente posible. Cualquier alejamiento significativo de la autocongruencia por parte del terapeuta puede resultar en ansiedad que interferirá con la habilidad del terapeuta para responder al paciente de una manera no evaluativa y abierta.

Las condiciones de la relación en esta terapia permiten que el paciente gradualmente amplíe y profundice su habilidad de vivir sensaciones y experiencias; y de simbolizar de manera consciente esa experiencia al grado más completo posible. Esto se debe a las "condiciones de valía" internalizadas (Rogers, 1957) que fueron inculcadas al inicio de la vida familiar, las cuales pueden ser desaprendidas de manera activa en la interacción con el terapeuta (Bohart, 1993). A medida que el paciente encuentra aceptación incondicional, sin importar la naturaleza de sus experiencias internas pre-

sentes, él aprende a apreciar, aceptar y simbolizar también esas experiencias. El resultado final de este proceso es la autocongruencia y un amplio potencial para la autenticidad fenomenológica del paciente.

La relación terapéutica. La terapia centrada en el paciente es una terapia orientada al proceso en la cual la relación y la técnica se consideran completamente idénticas e inseparables (Rice y Greenberg, 1992). Los aspectos "reales" de ver hacia adelante y orientados al crecimiento de la relación se consideran indispensables, excluyendo cualquier consideración significativa de componentes regresivos o transferenciales, o bien distorsiones de la interacción. Shlein (1984) ha argumentado que la confianza del terapeuta centrado en el paciente en el concepto de transferencia puede ser una manera de negar o evitar una percepción real pero dolorosa, o una respuesta apropiadamente negativa al terapeuta por parte del paciente. Tal conducta defensiva contradice las actitudes incondicionales de aceptación auténtica y las actitudes congruentes que caracterizan a la terapia centrada en el paciente.

La terapia Gestalt

Psicopatología. La terapia Gestalt se preocupa más por la apertura de la persona a los procesos cognoscitivos, corporales momento a momento, y de experiencias emocionales (Perls, Hefferline y Goodman, 1951). Esta terapia considera que la persona limita su conocimiento consciente de los deseos, las necesidades, las sensaciones y los estados corporales debido a la ansiedad, la cual ocurre porque la persona ha aceptado sanciones interpersonales o sociales en ciertos tipos de experiencias. Por ejemplo, en ciertos segmentos de la cultura estadounidense es inaceptable que los niños o los hombres lloren cuando se lastiman o están tristes. Habiendo notado señales de ridículo y desaprobación por parte de padres, profesores y compañeros por el hecho de llorar, en su vida posterior muchos varones restringirán involuntariamente sus experiencias de tristeza y vulnerabilidad, sustituyendo estas experiencias por enojo, tensión corporal u otros síntomas.

Los terapeutas Gestalt sugieren que la habilidad para reconocer y entrar en contacto con una necesidad interna que ejerce presión por lograr un encuentro interpersonal, así como atender por completo los cambios en el campo interactivo y en el cuerpo, son las características del individuo que ha alcanzado un estado de or-

ganización holística (Perls *et al.*, 1951). Los terapeutas Gestalt también precisan que la persona perturbada sufre de una restricción habitual de conciencia y de conducta debido a la ansiedad socializada. El contacto directo con la fenomenología del ambiente y el cuerpo es sustituido por el funcionamiento mecánico dirigido a repetir los patrones aprendidos de interacción que son de protección y de cuidado. El paciente permanece sin advertir lo que siente, piensa, percibe y hace. Aun las funciones corporales básicas de respiración, postura, movimiento, calidad y tono vocal, así como la tensión muscular se afectan y pierden su libertad y espontaneidad.

La teoría del cambio y la técnica terapéutica. La expansión del conocimiento consciente, en especial de las necesidades y estados corporales y emocionales, es la meta de la terapia Gestalt y, como lo demuestra Perls (1973), se logra a través de una serie de ejercicios activos y confrontaciones. Los mecanismos que producen el cambio implican enfocar la conciencia en las formas en que la persona distorsiona, evita o transforma las emociones, las fantasías, los deseos y los estados corporales. El enfoque de la atención, los ejercicios de experiencias y la expansión de la conciencia resultante derivan en un sentido consciente de los niveles de estilos de vida inadecuados, de sensaciones falsas y de extrañeza, que producen psicopatología. La experiencia auténtica y la apertura de la conciencia surgen a medida que la persona es capaz de reconocer su propio papel en la limitación de la experiencia consciente y se da cuenta del dolor y la ansiedad que ponen tales procesos en movimiento. El paciente puede así gradualmente aceptar las emociones, las necesidades y los deseos espontáneos.

El terapeuta sugiere y diseña ejercicios creados para aumentar la conciencia del paciente de las distorsiones corporales, los hábitos interpersonales y las figuras internalizadas y las prohibiciones que limitan el alcance de la conciencia. Estos ejercicios, adaptados a la urgencia de la situación clínica, pueden ser tan simples como pedir que un paciente se enfoque en el nivel de la tensión de un miembro cuando se mueve, o que escuche cuidadosamente el timbre y tono de su voz mientras habla. La técnica en la terapia Gestalt pide al paciente que se refleje en el aquí y el ahora, a menudo simplemente con preguntas como "¿qué está haciendo en este momento?" Los ejercicios mejor conocidos de Gestalt implican la actuación de una interacción con

otra persona internada o con una parte del Yo. Estas técnicas, conocidas como la técnica de la *silla vacía* o *de las dos sillas*, implica una discusión en el aquí y el ahora con el compañero imaginario. La meta de todas las técnicas Gestalt es contactar con la necesidad, los sentimientos o la percepción auténtica reprimida o desaprobada, a través de la restricción de la conciencia (Rice y Greenberg, 1992).

La relación terapéutica. La terapia Gestalt se basa en un encuentro cargado afectivamente entre el paciente y el terapeuta. Éste confronta los patrones habituales de conducta y defensa de aquél; y rechaza involucrarlo en estas interacciones repetitivas. Los terapeutas Gestalt no enfatizan la eficacia de la interacción terapéutica hasta el punto en que lo hacen los terapeutas centrados en el paciente, pero convienen en que un encuentro auténtico es necesario para que ocurra un cambio significativo (Rice y Greenberg, 1992). La terapia Gestalt contemporánea enfatiza la necesidad de un intercambio honesto, abierto y cargado emocionalmente entre el paciente y el terapeuta, en el cual aquél es confrontado de inmediato con sus formas de evitar el contacto consigo mismo y con el terapeuta. Esta experiencia respetuosa, pero potente, del "Yo-usted" se considera tan importante como los experimentos y los ejercicios que marcan el modelo formal Gestalt (Yontef, 1981).

Psicoterapia existencial

Las psicoterapias existenciales comparten con la terapia centrada en el paciente y la terapia Gestalt un énfasis en la conciencia sin obstáculos, pero están más interesadas en la capacidad del individuo de permanecer y experimentar por completo las realidades existenciales dolorosas de la vida. La mayoría de los escritores en esta tradición han procurado explícitamente centrarse en aspectos de la libre voluntad y elección del individuo en el comportamiento y la adaptación (Bugental y Kleiner, 1993). Estos terapeutas se centran en el papel activo que cada uno de nosotros tiene al tomar decisiones y al determinar la naturaleza y las direcciones de nuestras relaciones y vidas.

Psicopatología. Los terapeutas existenciales (May, 1977; Yalom, 1981) consideran que la ansiedad es una consecuencia inevitable de la existencia humana. El "vacío", la desesperanza natural de la persona de cara a los límites inevitables de la vida (incluyendo la muer-

te, la libertad, la falta de sentido, la condición finita, el aislamiento y la separación) brinda un sentido de incertidumbre e inseguridad que es parte de la experiencia de cada uno de nosotros. Dependiendo del grado en que la persona sea incapaz o esté poco dispuesta a reconocer estos aspectos y ansiedades, su experiencia y su manera de vivir la vida estará dirigido por la meta de la protección y el escape. Cuando predominan dichas metas, resulta un malestar psíquico.

La teoría del cambio y la técnica terapéutica. La terapia existencial no tiene una teoría delineada de la técnica. En general, se caracteriza por un cuestionamiento activo por parte del terapeuta, sobre la subjetividad del paciente, dentro de una relación cargada y abierta en forma mutua que tiene como fin aumentar la urgencia del proceso. Bugental y Kleiner (1993) comparan la postura de un terapeuta existencial a la de un consultor que ayuda a los pacientes para dominar el proceso de la exploración interna que el terapeuta llama la "búsqueda". Los terapeutas existenciales comparan a ésta con la asociación libre y otros medios para mirar al interior, y sugieren que trae a la atención inmediata tanto los aspectos previamente desconocidos de la experiencia como las resistencias a dicha apertura de la conciencia. La confrontación de las resistencias a la autoexploración es una tarea importante del terapeuta, y después de muchas repeticiones ésta puede resultar en la comprensión del paciente sobre el origen de tales acciones. Este discernimiento puede permitir que las resistencias sean abandonadas, y entonces se logra una mejoría importante en el vivir de manera auténtica.

Los terapeutas existenciales atienden y se comunican con sus pacientes sobre las formas en que la ansiedad neurótica hace que los pacientes distorsionen la experiencia de sí mismos y del mundo, y que entren en una forma de experiencia no auténtica y mecánica. Los escritores existenciales parecen estar muy de acuerdo con sus colegas centrados en el paciente y gestaltistas en enfatizar el papel curativo de la experiencia terapéutica inmediata espontánea (por ejemplo, Bugental y Kleiner, 1993; Yalom, 1981). La terapia existencial depende de la confrontación activa en que la persona se retrae en formas no auténticas de experiencia para evitar la responsabilidad, así como los dones existenciales que teme. La interacción con el terapeuta es crucial: la confrontación del terapeuta con estos patrones y procesos no auténticos, así como su rechazo a aceptarlos y a participar en ellos, hace que dicha actividad sea más y

más insostenible. Como consecuencia de ello, la persona puede tomar una decisión activa de hacer frente a sus ansiedades. El cambio completo ocurre conforme se enfrentan y se aceptan dichas ansiedades, con el resultado de que esferas importantes de la experiencia pueden ser integradas.

La relación terapéutica. La relación con el terapeuta es un factor crucial en este proceso que busca alcanzar la autenticidad. Compartir el propio malestar en presencia de otro que no impone soluciones ni huye del dolor, permite que el terapeuta sea internalizado como un apoyo esquemático mediante el cual se puede hacer frente a las realidades de la vida más abiertamente. A medida que el paciente admite tanto las ansiedades como las potencialidades en la experiencia, surge un estado más genuino de la existencia, con una correspondiente reducción de la patología.

Los terapeutas existenciales no perciben que la técnica y la relación sean equivalentes. La relación es considerada como la esfera en la cual se animan y se provocan los procesos activos del cambio y del aprendizaje vivencial (Bugental, 1965). Los escritores existencialistas incorporan a menudo conceptos de la relación real, la alianza terapéutica y la distorsión y transferencia, al considerar la relación terapéutica (Bugental y Kleiner, 1993; May y Yalom, 1989). Sin embargo, se diferencian de los psicoanalistas respecto al énfasis en los motivos actuales del comportamiento no auténtico y defensivo, el cual se centra alrededor de las ansiedades existenciales del paciente con el terapeuta. Éste responde a las actitudes del paciente y a los comportamientos defensivos y transferenciales, permaneciendo tan real y auténtico como sea posible, conduciendo a un poderoso e inquietante choque o encuentro que sacude e inhabilita las formas en que el paciente evita tomar decisiones y por ende, responsabilidades. La "presencia" del terapeuta (May y Yalom, 1989) es una variable crucial en este proceso, que implica que el terapeuta esté con el paciente de la manera más humana, auténtica, única y abierta posible. El apoyo, la aceptación, la exploración, el consejo y la confrontación son parte de esta relación. Los terapeutas existenciales (Bugental y Kleiner, 1993; May y Yalom, 1989) se apoyan a menudo en las nociones de transferencia y contratransferencia que son muy similares a las ideas psicoanalíticas. Sin embargo, este grupo de terapeutas considera que el origen de estos fenómenos es la ansiedad existencial y la evitación del dolor de una manera au-

téntica. El paciente reacciona al terapeuta como lo hace y lo hizo con otros cuando se siente amenazado. De forma gradual, estas reacciones de transferencia se enfrentan y se interpretan, pudiendo surgir una expresión más auténtica del Yo en el intercambio terapéutico.

Terapia conductual

Psicopatología. Las primeras versiones de la terapia conductual se basaron en las versiones más importantes de la teoría del aprendizaje que enfatizaba las maneras en que se adquirieron los hábitos, los patrones de conducta y los síntomas inadaptativos, a través de los procesos de los condicionamientos clásico y operante (por ejemplo, Salter, 1949; Wolpe, 1958). Las versiones contemporáneas de la teoría conductual tienen su base en los procesos de aprendizaje social así como en los modelos pavlovianos y skinnerianos (Goldfried y Davison, 1994). Los terapeutas conductuales modernos colocan sólidamente la adquisición del comportamiento en el contexto de las interacciones sociales (Bandura y Walters, 1963; Mischel, 1973). Los teóricos del aprendizaje social aceptan el poder del aprendizaje a través de los condicionamientos clásico y operante, pero también dan énfasis a la importancia del aprendizaje por observación, al modelamiento de la conducta social y a la identificación con los compañeros y con las autoridades. Estos autores también consideran el papel impresionante de la organización subjetiva de la persona y las expectativas sobre el contexto social en la determinación del comportamiento.

Por tanto, la psicopatología es siempre el resultado del aprendizaje inadecuado. Éste incluye la asociación de niveles excesivos de respuesta a un estímulo en particular, como en las fobias donde un perro, un avión o los espacios abiertos provocan niveles de ansiedad paralizantes. El aprendizaje inadecuado también puede referirse a la ausencia relativa de respuesta en situaciones donde sería mejor que hubiera la conducta adecuada. Ejemplos de esto sería la incapacidad de una persona para contestar a una pregunta en clase o de comportarse en forma correcta en una situación social. Estos tipos de déficit conductual están regulados comúnmente por el miedo. Un tercer tipo de alteración del comportamiento es la respuesta inadecuada a un estímulo o a una situación social, por ejemplo, la tristeza que se genera a veces cuando la persona ha alcanzado un éxito.

Muchos terapeutas conductuales contemporáneos son dirigidos por una teoría integrativa que combina conceptos explicativos de la terapia cognoscitiva con principios del aprendizaje social. Esta teoría híbrida, y la terapia cognoscitivo-conductual asociada a ella, es tal vez el ejemplo principal de las psicoterapias integrativas que serán estudiadas más adelante en este capítulo.

Teoría del cambio y de la técnica terapéutica. La terapia conductual se construye sobre la idea de que el paciente debe aprender a funcionar en forma diferente y debe pasar por experiencias correctivas como condición previa necesaria para el cambio. Estas terapias subrayan la corrección de los procesos conductuales y cognoscitivos inadecuados y la adquisición gradual de habilidades productivas y adaptativas. Los conceptos tomados de la teoría del aprendizaje social, de la psicología cognoscitiva y de los condicionamientos clásico y operante forman el marco teórico para entender cómo una persona cambia y mejora a través de la psicoterapia.

Las terapias conductuales principalmente ubican la acción, la repetición y la práctica en el centro de la mejoría terapéutica. La nueva experiencia se convierte en la materia básica de los patrones reestructurados de afinidad interpersonal, y de estructuras cognoscitivas revisadas y más abiertas. Muchas de las técnicas estándar de la terapia conductual tradicional, tales como la desensibilización sistemática, el entrenamiento asertivo o la inundación, están basadas en procesos de exposición y de extinción para disminuir las respuestas ansiosas, fóbicas y las provocadas por otros temores (Goldfried y Davison, 1994; Wolpe, 1958). Ayudar a un paciente en la tarea de abandonar gradualmente un patrón de negación que es motivado por el miedo, así como enfrentar los estímulos internos o externos que provoca ese miedo, quizás sea el principio del cambio más utilizado dentro de este grupo de intervenciones. Esto se logra con procedimientos de desensibilización al construir con el paciente una serie de escenas en las cuales él pueda hacer frente, gradual y confortablemente, a la situación o estímulo que provoca la ansiedad. Por ejemplo, para un paciente que tiene miedo a las alturas, podrían emplearse 20 escenas o más, comenzando con alguna que provoque poca o ninguna ansiedad (pararse afuera de un edificio alto, estar en un cuarto del tercer piso) pasando por niveles moderados de miedo (tomar un elevador para ir al sexto piso) hasta altos niveles de malestar (pararse en el mirador de un rascacielos de 100

pisos). Por lo general, la desensibilización se realiza en el consultorio del terapeuta haciendo que el paciente imagine cada escena durante un tiempo limitado y esté frecuentemente acompañado de un procedimiento de relajación. Cuando se considera apropiado, la desensibilización puede emplear ambientes reales de la vida, lo que se conoce como desensibilización en vivo. La *inundación* y la *implosión* son variantes altamente cargadas de desensibilización que también tienen como objetivo exponer al paciente al punto medular de sus miedos. Estos métodos se basan en la exposición inmediata y prolongada a la situación o al estímulo que produce el miedo, sin la exposición gradual proporcionada en la desensibilización sistemática o real.

Los principios operantes de reforzamiento positivo y negativo, de consumo consuetudinario de estupefacientes y de formación también juegan un papel frecuente e importante en la promoción de la exposición, así como en la construcción de patrones adaptativos nuevos de pensamiento y acción. El aprendizaje social, a través de la observación de modelos efectivos, es una parte esencial de técnicas, como el ensayo conductual, el adiestramiento en habilidades sociales, la capacitación en la comunicación y el adiestramiento para los progenitores, por nombrar sólo algunas técnicas. Este tipo de aprendizaje corrige con eficacia las acciones inadecuadas, permite la adquisición de nuevas conductas de reemplazo o cubre las deficiencias; y también es una ayuda para promover la exposición y la reducción de la ansiedad. En cada una de estas técnicas las nuevas conductas se identifican como deseables y entonces el paciente las adquiere en una variedad de formas. El paciente puede estar expuesto a un modelo (el terapeuta o un colega en una situación de juego de roles, una filmación, una grabación o en un acontecimiento de la vida real) para practicar las nuevas conductas dentro y fuera de las sesiones, y después recibir retroalimentación del terapeuta. Esta se convierte entonces en una mayor práctica y refinamiento de las nuevas habilidades.

Relación terapéutica. Las terapias conductuales se basan en el conocimiento explícito de la necesidad de una relación terapéutica cómoda y segura. Los primeros escritores sobre terapia conductual desacreditaron los efectos positivos de la relación terapéutica y argumentaron que el impacto de la terapia conductual podría localizarse por completo en sus técnicas (por ejemplo, Eysenck, 1960). Sin embargo, los conductistas clínicos

mente más sofisticados abandonaron esta visión con el paso del tiempo. Como Goldfried y Davison (1994) precisaron, la experiencia técnica sin una habilidad interpersonal no dará lugar a la continuación o a la cooperación con las tareas y las metas de la terapia cognoscitiva-conductual. Fishman y Lubetkin (1983) observaron que los aspectos técnicos de la terapia conductual ocupan a menudo sólo un porcentaje pequeño del tiempo de las sesiones, con más minutos dedicados a la disposición terapéutica de empatía, entendimiento, ánimo, apoyo y a la generación de soluciones alternativas del comportamiento. O'Leary y Wilson (1987) sugirieron que los aspectos dentro de la relación terapéutica en la terapia conductual no pueden y no deben ser relegados a la pila de *chatarra* de factores "no específicos". En su opinión, las expectativas del paciente, las intrincadas respuestas de los terapeutas a éste, y la repetición de patrones inadecuados en la interacción terapéutica, eran tan importantes en la determinación del resultado como lo eran las técnicas derivadas de manera experimental. Más recientemente, Goldfried (1995) comparó el papel de la relación terapéutica en la terapia cognoscitiva-conductual con el de la anestesia en cirugía: es necesario permitir al paciente aceptar y tolerar el dolor que es causado por el procedimiento. Goldfried (1995) también ve la relación terapéutica como fuente importante de los datos reales de la vida, sobre los cuales pueden generarse las hipótesis referentes al funcionamiento interpersonal general del paciente. Incluye sus propias reacciones, así como la evaluación de sus sensaciones como puntos útiles para la intervención cognoscitiva y conductual.

Una teoría formal de los componentes específicos de la relación terapéutica, que son de gran importancia clínica, todavía no ha sido lograda por los terapeutas cognoscitivos-conductuales. Muchos estudios han indicado que los terapeutas de dichas técnicas son tan o más adictos al establecimiento de una relación positiva cálida y de aceptación incondicional que los terapeutas de otras orientaciones (Gold, 1980; Sweet, 1984; Raue y Goldfried, 1994). Asimismo, estudios retrospectivos sobre las experiencias de los pacientes en terapia conductual repetidamente indican que esos pacientes encontraron, al menos, la relación tan importante en su progreso como los aspectos técnicos del tratamiento (Gold, 1980; Raue y Goldfried, 1994). La mayoría de los escritores dentro de esta orientación también consideran que una fuente importante de resistencia o de incumplimiento de las técnicas cognoscitivas y conduc-

tuales deriva de fallas en el contacto interpersonal por parte del terapeuta (Gold, 1980; Goldfried y Davison, 1994; Lazarus, 1989).

Psicoterapia cognoscitiva

Una prima cercana de la terapia conductual, que es la terapia cognoscitiva, tiene sus raíces en el trabajo de Piaget (1926) y en los primeros psicólogos clínicos como George Kelly (1955), quienes se interesaron en los procesos de pensamiento de la persona, así como en las formas de organizar la experiencia, las cuales están involucradas en la psicopatología. Los dos pioneros de la terapia cognoscitiva moderna son Albert Ellis, que es quien sustenta solidez en la terapia racional emotiva (TRE), y Aaron Beck, el "padre" de la terapia cognoscitiva.

Psicopatología. Estos dos innovadores han concluido que las perturbaciones en la emoción, la conducta y en las relaciones generalmente siguen a pensamientos perturbados o disfuncionales. Ellis (1984) ha argumentado que los seres humanos tienen una predisposición biológica hacia formas irracionales de construcción de la experiencia. Esta tendencia conduce a mucha gente a subestimarse y a culparse por sucesos que son incontrolables, y también los conduce a emociones irracionales tales como la culpabilidad, la ansiedad, la depresión y la vergüenza. Ellis (1984) divide el comportamiento disfuncional en una secuencia A-B-C. A se refiere a los antecedentes o a la situación en que el malestar emocional de la persona se hace evidente. La creencia irracional provocada por ese acontecimiento es la B en la cadena, mientras que C representa las consecuencias emocionales y conductuales de la creencia. Un ejemplo sería el joven que llama a su novia; encuentra que ella no está en casa (A); comienza a preocuparse de la posibilidad de que ella esté fuera con otro hombre (B); y consecuentemente se pone ansioso, enojado y deprimido (C).

Beck (1976) es más que un ambientalista que sugiere que muchas creencias irracionales o inexactas se infirieran o se tomen directamente de experiencias difíciles o decepcionantes en los primeros años de vida de la persona. Más bien él, al igual que Ellis, se enfocaría, en el ejemplo apenas citado, en el pensamiento infundado y sin apoyo empírico, como el factor crítico de la psicopatología.

Cambio psicológico y técnica terapéutica. Los terapeutas cognoscitivos son unánimes en la visión de que la tarea de la terapia comienza con la identificación de los pensamientos, imágenes, percepciones y de las actitudes disfuncionales que preceden a los problemas emocionales y de interacción en la vida del paciente. A menudo estas creencias patógenas existen en el límite de la conciencia de la persona, en las introspecciones que todos tenemos mientras vamos por la vida. Los individuos con problemas se involucran en introspecciones que predicen peligro, cuando dicho peligro no existe y evalúan las relaciones, así como las situaciones presentes y futuras de la persona, de modo pesimista y severo. La mejoría en el propio estado psicológico ocurre cuando estas personas pueden identificar los errores cognoscitivos o las atribuciones cognoscitivas que han hecho, y pueden entonces sustituirlos por formas más racionales y más productivas de pensamiento y de percepción.

La terapia cognoscitiva se basa en gran parte en el método socrático: se cuestiona al paciente y se le anima a preguntarse sobre las conclusiones que ha sacado de sus experiencias. Para volver al ejemplo anterior, se pediría al joven sustentar o dar evidencia empírica para concluir que contestar una llamada telefónica significó justo lo que él pensó que significó. Una vez que es capaz de ver que él había llegado a conclusiones que le provocaron gran malestar sin algún dato que las apoyase, se le pediría pensar en otras formas más probables de interpretar la ausencia de su novia. Beck (1976) ha escrito que, en la terapia cognoscitiva, el paciente se asemeja a un científico que busca datos para confirmar o desechar sus hipótesis. El paciente aprende que sus ideas y creencias no están escritas en piedra y que a menudo no se relacionan con los datos de la experiencia. Al hacer este descubrimiento, el paciente, como el investigador, tiene la oportunidad de revisar los pensamientos y las percepciones que tiene actualmente pero de manera equivocada. Una variedad de formas, de registros y de otros dispositivos de grabación se utilizan para ayudar a la persona a monitorear sus introspecciones y a construir habilidades al hacerse preguntas tales como, "¿cuál es la evidencia para este pensamiento?" o "¿de qué otra forma puede considerarse?" Los terapeutas racionales emotivos también se ocupan de la confrontación activa de las creencias irracionales y de la discusión de esas ideas (Ellis, 1984). La mayor parte de la terapia cognoscitiva es muy didáctica y, como la terapia conductual, implica gran cantidad de tareas en

donde las nuevas habilidades cognoscitivas se prueban y se practican entre sesiones de terapia.

Los terapeutas cognoscitivos y de terapia racional emotiva utilizan con frecuencia técnicas conductuales además de intervenciones cognoscitivas. Las primeras se emplean para intervenir en síntomas problemáticos y en problemas de conducta, así como en medios indirectos para cambiar pensamientos disfuncionales. A veces el paciente debe alcanzar un nuevo nivel de competencia conductual o de éxito social para revisar o abandonar una perspectiva negativa.

La relación psicoterapéutica. La interacción entre paciente y terapeuta en la terapia cognoscitiva se describe a menudo como "empirismo colaborativo" (Beck, Rush, Shaw y Emory, 1979). Este término se refiere a una alianza en la que se involucran el terapeuta y el paciente, enfocándose en la corrección o modificación de los síntomas y los problemas interpersonales del paciente. Como en la terapia conductual, la importancia de una relación cálida, de apoyo y respetuosa se reconoce como la plataforma para la actividad terapéutica, pero la relación en sí misma no se considera como la fuente de mucho beneficio terapéutico. De manera tradicional, la relación se convierte en el centro explícito de la discusión terapéutica solamente cuando no van bien las cosas. En casos en que el paciente no cumple con las sugerencias del terapeuta, falla al completar las tareas asignadas o falta a varias sesiones, los factores dentro de la relación pueden explorarse para reestablecer una colaboración funcional.

INVESTIGACIÓN EN PSICOTERAPIA

Resultados de estudios psicoterapéuticos: "¿De modo que todos ganaron y todos tienen premio?"

Los resultados de la investigación en psicoterapia se han centrado en dos preguntas relacionadas:

1. ¿Funciona la psicoterapia? y, si es así, ¿a qué grado?
2. ¿Funciona mejor un tipo de psicoterapia que otros? y, si es así, ¿con quiénes lo hace y para qué tipos de problemas?

Las respuestas a estas preguntas, un poco en broma, son *si* para la pregunta 1 y *no* para la pregunta 2. Para profundizar de manera más útil: la eficacia de la psico-

terapia comparada con algún tratamiento, con los efectos de placebo o con formas alternativas de intervención (tales como la medicación) se ha estudiado en cientos, si no es que en miles de investigaciones. Un método de gran alcance, incluido hace poco tiempo en los resultados de investigación, es la técnica del meta-análisis, en la cual el tamaño del efecto de una intervención se obtiene combinando los datos de una serie de estudios (véase el capítulo 5 para una descripción más completa de la técnica del meta-análisis). Estas técnicas sugieren que el tamaño promedio del efecto para la psicoterapia es grande; por ejemplo, es tan poderosa o aun más eficaz que la medicación psiquiátrica en un estudio meta-analítico del tratamiento de la depresión (Lambert y Bergin, 1994). Cuando la psicoterapia se compara con algún tratamiento y con condiciones de placebo en estudios meta-analíticos, los resultados son similares: un tamaño del efecto dos veces más grande que un placebo y tres veces más que algún tratamiento (Lambert y Bergin, 1994). Aunque podemos recuperar el aliento con este apoyo de la eficacia de la psicoterapia, podemos ponernos un poco nerviosos mientras regresamos a nuestra pregunta sobre la eficacia relativa de las diversas formas de psicoterapia.

A pesar de las afirmaciones iniciales de la superioridad de una forma de psicoterapia sobre otra, los datos no han apoyado a una escuela o rama de la psicoterapia en especial. Como Luborsky (1995) señaló, la mayor parte de los estudios comparativos de los tratamientos encuentran diferencias no significativas. Cita, como ejemplo típico, una "tabla de calificaciones" que resumió 16 estudios en los cuales la psicoterapia dinámica era comparada con otras modalidades de tratamiento. La terapia dinámica fue superior en un estudio, fue inferior en dos y no hubo diferencias importantes en los otros 13 informes. Un trabajo meta-analítico importante en esta área, como la revisión de Smith, Glass y Miller (1980) de 475 resultados de estudios, tampoco encontró un tipo de terapia que fuera más eficaz que otra.

Investigación de factores comunes

Una respuesta importante al empírico "veredicto del pájaro dodó" (Luborsky, 1995), que sugiere que todas las psicoterapias son igualmente efectivas, es la investigación de los factores comunes. Este campo involucra la búsqueda de factores curativos subyacentes que se incluyen en todas las psicoterapias. Tiene sus raíces en los estudios de Frank (1961) de la psicoterapia intercul-

tural y en el esfuerzo de Rogers (1957) por separar los ingredientes eficaces en la terapia centrada en el cliente. En este punto, existe cierto grado de consenso con respecto a los factores comunes que permiten que todas las terapias tengan algún impacto considerable.

La revisión de Weinberger (1995) de la bibliografía de los factores comunes, identificó cinco variables comúnmente citadas: (1) la relación terapéutica, (2) las expectativas del éxito terapéutico, (3) el hecho de confrontar o hacer frente al problema, (4) la disposición de una experiencia maestra o de control cognoscitivo sobre el aspecto problemático y (5) las atribuciones para el éxito y el fracaso terapéutico. Weinberger observa que, aunque los cinco factores pueden ser operativos en todas las terapias, las teorías y los métodos de las terapias específicas tienden a enfatizar o descuidar ciertos factores de manera diferenciada. Por ejemplo, como hemos visto anteriormente, el impacto de la relación terapéutica es importante en la terapia centrada en el cliente y en la terapia psicodinámica, pero minimizado en la terapia conductual y en la cognoscitiva.

Percepciones de los pacientes sobre los resultados de la psicoterapia: "buenas noticias para la psicoterapia"

Una fuente de datos importante, aunque a menudo pasada por alto, sobre la eficacia de la psicoterapia son las percepciones y las experiencias de quienes toman la psicoterapia. Después de todo, la gente va con los terapeutas para sentirse mejor, para mejorar sus relaciones y para encontrar maneras más adaptables de trabajar, aprender y disfrutar. La información acerca de si la gente logra estas metas puede decimos mucho sobre nuestra práctica y teorías, y de hecho lo hace.

Algunos estudios iniciales de la percepción que tienen los pacientes de la psicoterapia (Gold, 1980; Strupp, Wallach y Wogan, 1964) han encontrado que entre dos tercios y tres cuartos de los sujetos reportaron una mejoría importante en sus problemas, sin importar el tipo de terapia que tomaron. Sin embargo, estos estudios tenían la desventaja de estar basados en muestras un tanto pequeñas. El campo aguardó una investigación más amplia y de mayor alcance.

Ya existen los datos de tal estudio, y como un psicólogo prominente anunció, las noticias para la psicoterapia son buenas (Seligman, 1995). Un estudio importante sobre la satisfacción de los pacientes con la psicoterapia fue publicado en la revista *Consumer Reports* en

1995. Se han añadido cuestionarios sobre salud mental complementarios a la encuesta anual sobre productos, que fue enviada a más de 180,000 suscriptores de la revista; y 7,000 de estos instrumentos de salud mental fueron devueltos. Esta enorme base de datos empujea, por un factor enorme, el tamaño de la muestra de cualquier estudio precedente sobre la satisfacción con la psicoterapia. Los investigadores encontraron que, de estos 7,000 suscriptores, cerca de 2,900 habían consultado a un profesional de la salud mental, 1,300 se unieron a un grupo de apoyo y 1,000 utilizaron los servicios de un psicólogo clínico familiar para tratar un problema emocional. Los sujetos restantes trataron de manejarse hablando con amigos, parientes o algún miembro del clero.

Las "buenas noticias" fueron que la gran mayoría de quienes respondieron sentían que la psicoterapia había sido muy útil. A los sujetos se les pidió comparar cómo se sentían antes del tratamiento y después de la psicoterapia. De los que se sentían muy mal antes de la terapia, 87% señaló que se sentía regular o mucho muy bien actualmente; de los que reportaron sentirse bastante mal en un principio, 92% señaló un margen de mejoría de regular a mucho muy bien. Hubo un importante efecto de la psicoterapia de acuerdo con su frecuencia: la psicoterapia a largo plazo condujo a percepciones significativamente mayores de mejoría que la psicoterapia a corto plazo. El uso de medicamentos psiquiátricos en conjunto con la psicoterapia no incrementó la eficacia de la psicoterapia.

Aquellos individuos que trabajaron con profesionales de la salud mental (psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales) reportaron mayor mejoría que aquellos que consultaron a consejeros matrimoniales. El tratamiento con médicos familiares y con profesionales de la salud mental produjo resultados equivalentes en el corto plazo, pero la mejoría del grupo tratado por psicólogos clínicos bajó su nivel después de seis meses, mientras que los sujetos que consultaron a psicólogos, psiquiatras y trabajadores sociales continuaron mejorando más allá de los seis meses. Por último, y de acuerdo con la bibliografía sobre resultados estudiada con anterioridad, diferentes modalidades de psicoterapia produjeron niveles equivalentes de cambio y satisfacción del paciente.

Seligman (1995) sugirió que estos datos son altamente consistentes con las declaraciones hechas por los psicoterapeutas del campo: se encontró que la terapia a largo plazo con un terapeuta capacitado fue muy eficaz,

e incluso superó a otros tipos menos formales de servicios psicoterapéuticos. Este estudio no se puede considerar concluyente debido a sus limitaciones metodológicas. Se trata en esencia de una encuesta de opinión y no se basa de manera firme en un diseño experimental. Careció de un grupo de control, el cual incluye sesgos potenciales del muestreo, ya que aquellos que estaban descontentos con la psicoterapia pudieron haber elegido evitar responder; asimismo, está sujeto a los sesgos de la memoria, así como a la subjetividad por parte de los sujetos. Sin embargo, su tamaño y alcance le hacen un documento persuasivo sobre la eficacia de la psicoterapia. Se espera que estos alentadores resultados sean seguidos por una corroboración empíricamente más rigurosa.

Investigación del proceso: variables del paciente y del terapeuta

Otra esfera floreciente de la actividad de la investigación se refiere a la identificación del impacto de las características del terapeuta y del paciente en el proceso de la psicoterapia y en su resultado. Entre las variables del paciente que se han estudiado están el nivel socioeconómico, la raza, la edad, el género, el diagnóstico psiquiátrico, las características de la personalidad medidas con pruebas psicológicas, así como las expectativas del paciente. Estos factores se han evaluado con respecto a su poder de predecir la permanencia y el resultado de la psicoterapia. Desgraciadamente, como Garfield (1994) concluyó al revisar esta bibliografía, poco puede decirse respecto a la utilidad empírica de estas variables.

Las características del terapeuta que se han estudiado incluyen la edad, el sexo, la pertenencia étnica, el nivel socioeconómico, los rasgos de la personalidad y los estilos de la confrontación, el bienestar emocional y el nivel de alteración, los valores, las expectativas y la habilidad para involucrarse en relaciones interpersonales productivas. Beutler, Machado y Neufeldt (1994) concluyeron, a partir de una revisión de esta investigación, que había una cantidad de variables del terapeuta que estaban correlacionadas con el tamaño del efecto terapéutico. Los efectos de mayor alcance tuvieron que ver con la intervención elegida por el terapeuta y con el uso de manuales terapéuticos (a ser discutidos). Es decir, los terapeutas que siguieron de manera cuidadosa un manual explícito de intervención tendieron a ser más acertados. La directriz del terapeuta estuvo corre-

lacionada positiva y negativamente con los resultados. La habilidad del terapeuta para proporcionar una atmósfera cálida y de aceptación fue asociada de manera positiva, pero en forma moderada al tamaño del efecto.

TENDENCIAS FUTURAS EN PSICOTERAPIA

Para concluir este capítulo, revisaremos algunos de los desarrollos más excitantes e importantes que quizá predican cómo se verá la psicoterapia en el futuro.

La psicoterapia mediante manuales

Estos proyectos se refieren al desarrollo de guías técnicas y prescriptivas para la práctica y la investigación en psicoterapia. Se esfuerzan por producir métodos repetitivos, confiables, así como consensuales con los cuales la organización psicológica de un paciente pueda ser evaluada y, por tanto, pueda ser el centro de un conjunto de intervenciones que puedan ser evaluadas. Con esto, tanto la investigación clínica como la investigación empírica se dirigen a la comprensión de las relaciones entre estos procesos psicológicos operacionalmente definidos y manifestaciones más abiertas, que incluyen las acciones y las características del paciente y del terapeuta, las técnicas y los procedimientos, así como el resultado.

El modelo de la psicoterapia mediante manuales se puede encontrar en el trabajo pionero de autores cognoscitivos y conductuales, que fueron los primeros en ofrecer a otros psicoterapeutas estas guías paso a paso para la conducción de la psicoterapia. Beck y sus colegas en el Centro para la Terapia Cognoscitiva en la Universidad de Pensilvania son ejemplo de estos esfuerzos. Este grupo ha elaborado sistemáticamente manuales para la terapia cognoscitiva sobre la depresión (Beck *et al.*, 1979), para la terapia cognoscitiva de los trastornos de ansiedad y fobias (Beck y Emory, 1985), para el tratamiento cognoscitivo de los trastornos de la personalidad (Beck, Freeman y asociados, 1989) y para la terapia cognoscitiva del abuso de sustancias (Beck, Wright, Newman y Liese, 1993). Otros terapeutas cognoscitivo-conductuales han creado manuales que son útiles en la terapia de pacientes esquizofrénicos (Pennis, 1989), trastornos de pánico (Barlow y Cerny, 1988) y trastorno bipolar (maníaco-depresivo) (Basco y Rush, 1996).

Estos manuales proporcionan a los terapeutas formulaciones cognoscitivo-conductuales claras de los tras-

tornos o los problemas, seguidas por guías paso a paso de las técnicas que se han encontrado, por medio de la investigación, y que son eficaces para corregir el apuntalamiento de los problemas cognoscitivos y conductuales. Por ejemplo, en su libro *Cognitive therapy of depression* (Beck *et al.*, 1979), los autores organizan el tratamiento cognoscitivo del trastorno alrededor de la "tríada cognoscitiva" de las creencias disfuncionales que hacen a la gente deprimirse: conceptos negativos de sí mismo, del ambiente y del futuro.

Se sugieren intervenciones específicas para cada parte de esta tríada, así como para aliviar los síntomas físicos, conductuales y emocionales de la depresión, que son accionados por esta manera de pensar. También se proporcionan los métodos para establecer una relación terapéutica viable dentro del contexto del trastorno específico con el cual el paciente está sufriendo, al igual que técnicas para evaluar la terapia a medida que progresa.

Los terapeutas que trabajan dentro de un marco interpersonal también han producido manuales importantes de psicoterapia. Quizás el más importante de éstos es el trabajo de Klerman, Weissman, Rounsaville y Chevron (1984). Este grupo ha producido un manual para una terapia a corto plazo para la depresión que se basa en principios y procesos interpersonales. Su conceptualización de la depresión surge de la evaluación de las relaciones problemáticas en las cuales el paciente se encuentra envuelto actualmente. El pensamiento, el afecto, el humor y el comportamiento disfuncionales se asumen como consecuencia de estos déficits o conflictos de interacción. Se considera que cuatro áreas problemáticas contribuyen al inicio y mantenimiento de la depresión en un grado u otro: (1) sufrimiento y pérdida, (2) conflicto interpersonal con otras personas importantes en la vida inmediata del paciente, (3) transiciones y cambios del papel en áreas tales como empleo, residencia, nivel económico, pareja y paternidad, y (4) deficiencias o vacíos en las habilidades interpersonales que inhiben la relación exitosa con otros, que conducen al aislamiento y a la soledad. Así como la depresión de cada persona es comprendida en términos de una exclusiva y relativa contribución de cada uno de estos cuatro componentes interpersonales, se contempla un plan individualizado del tratamiento. La terapia interpersonal se ha evaluado en el tratamiento de la depresión aguda, como terapia de mantenimiento para la gente que se ha recuperado de la depresión, y como tratamiento para las depresiones serias y crónicas (Kler-

man *et al*, 1984; Kiesler, 1996). Se ha encontrado que la terapia es superior al tratamiento de placebo en varias poblaciones, y que produce logros de tratamiento casi equivalentes cuando es comparada con la terapia cognoscitiva y con la intervención farmacológica. De forma interesante, la comparación con la medicación reveló diversos tipos de resultados respecto a los que se observan con los antidepresivos, aun cuando el nivel medio de la mejoría parecía ser casi igual. La terapia interpersonal dio lugar a mejoría rápida y estable en el estado de ánimo, incremento en la habilidad de realizar un trabajo, mientras que disminuyó la tendencia suicida y el sentimiento de culpa. La terapia farmacológica fue más eficaz para reducir los síntomas vegetativos de la depresión, los cuales incluyen trastornos del sueño, la pérdida de apetito y la alteración somática.

La terapia psicodinámica también ha sido influenciada por los modelos de manuales para terapias en las últimas dos décadas. La psicoterapia expresiva de apoyo de Luborsky (1984), psicodinámicamente orientada, es dirigida por un manual general de evaluación y práctica que es aplicable a la psicoterapia tanto de corto como de largo plazos. Luborsky (1984) observa que, en forma clínica, esta terapia se asemeja a la psicoterapia psicodinámica tradicional en la mayoría de los aspectos, con un énfasis en la interpretación del conflicto inconsciente. Difiere en su especificidad de la intervención. El manual instruye al terapeuta respecto al tipo y duración de las intervenciones, que son de dos clases: (1) comentarios empáticos (de apoyo) o de construcción de las relaciones que conllevan a la aceptación del dolor por parte del paciente y de su punto de vista, y (2) observaciones expresivas o interpretativas que señalan al paciente las maneras en que sus deseos y miedos influyen en las relaciones con otros y con el terapeuta. Este manual está complementado por manuales específicos que se han creado para el uso con varias poblaciones discretas, las cuales incluyen adictos a la heroína, aquellos que abusan de la cocaína y personas con depresión severa. La investigación ha demostrado que la terapia expresiva de apoyo es eficaz en todas las poblaciones en que se ha probado (Luborsky, 1984).

Otra importante psicoterapia psicodinámica que se presenta en forma de manual fue desarrollada por Strupp y sus colegas (Strupp, 1995; Strupp y Binder, 1984) en el proyecto Vanderbilt de psicoterapia. Esta terapia, conocida como psicoterapia dinámica de tiempo limitado (PDTL), es un método de 25 sesiones, psicoanalíticamente informado, interactivo, que pone es-

pecial énfasis en la formulación del patrón inadaptado cíclico (PIC), un patrón motivado y disfuncional de la interpretación de uno mismo y de los demás en términos del inconsciente. El PIC se manifiesta en que el paciente sesga conductas interpersonales en curso y confirma así su propia imagen y la del objeto. El PIC se considera el centro terapéutico principal desde sus manifestaciones más tempranas en la interacción terapéutica y en las descripciones del paciente de otras relaciones. La psicoterapia dinámica de tiempo limitado surgió de la recolección de estudios de investigación de psicoterapia conocida como Vanderbilt I (Strupp, 1995). Este proyecto investigó las variables técnicas e interaccionales que podrían predecir resultados positivos en terapia dinámica. Los resultados más importantes del Vanderbilt I tenían que ver con la forma en que tanto los terapeutas principiantes como los experimentados fallaban en comprometer a los pacientes más difíciles o más inusuales en relaciones flexibles, abiertas, humanas y, en lugar de ello, reaccionaban de maneras estereotipadas, apegadas a la teoría e inflexibles. Estos resultados fueron el impulso para crear una terapia flexible, dinámicamente orientada, enfocada a lo interpersonal, en la cual los factores positivos y necesarios de la relación podrían ser manejados y enseñados en forma sistemática.

La evaluación de la PDTL era un componente central del proyecto Vanderbilt II de psicoterapia (Strupp, 1995). La validez y la confiabilidad significativas para la formulación de la PIC, según criterios del manual, fueron demostradas al igual que la adherencia al protocolo de la terapia como estaba descrito en el manual.

Las psicoterapias psicodinámicas de corto plazo

Estas terapias se dirigen a las crecientes demandas de terceros (el gobierno, las compañías de seguros, las organizaciones para el mantenimiento de la salud [HMO, por sus siglas en inglés], y la administración de la asistencia social) para las terapias que han probado empíricamente ser eficaces en ciertas situaciones y dentro de un tiempo y costo determinados de manera externa (véase el capítulo 8 para un estudio más completo de la terapia breve). Estas nuevas terapias de proceso a corto plazo también demuestran mayor preocupación por la precisión y por los resultados demostrables, que han sido el caso del psicoanálisis tradicional. Como consecuencia de esto, sugieren un movimiento hacia las metas y

hacia las ideologías de las terapias orientadas al resultado, tales como las terapias cognoscitiva y conductual.

Las terapias dinámicas de corto plazo se basan en la formulación rápida y confiable de un aspecto o conflicto psicodinámico central, organizado psicodinámicamente. Se busca y se estudia esta formulación en el contexto del funcionamiento intrapsíquico del paciente, en sus relaciones interpersonales actuales o pasadas, y de manera especial en la interacción con el terapeuta. Se prescribe una gran actividad para el terapeuta, y la mayor parte de estos modelos coinciden en la importancia de la interpretación temprana y exacta de la transferencia como factor crítico en la producción de un resultado positivo. Una cantidad de sistemas individuales se han sujetado a la validación empírica del proceso y de los factores del resultado, donde la mayor parte de los estudios han producido efectos terapéuticos de moderados a importantes sobre las quejas específicas, las mediciones generales de síntomas a través de ciertos instrumentos SCL-90, así como las evaluaciones objetivas y subjetivas del paciente y del terapeuta (Crits-Cristoph y Barber, 1991).

Avances en la terapia cognoscitiva-conductual

Las teorías y terapias cognoscitivas y conductuales también se han visto influidas por la orientación hacia el proceso y una preocupación por los fenómenos deductivos e intrapsíquicos. Los terapeutas cognoscitivos y conductuales han empezado a centrar su atención en los trastornos de la personalidad (Beck, Freeman y asociados, 1989), en los procesos de desarrollo y en la estructura de la personalidad, así como en esquemas y procesos cognoscitivos inconscientes (Guidano, 1987). Otros terapeutas cognoscitivos han puesto su trabajo clínico llanamente en un contexto de interacción (Safran y Segal, 1990), con el resultado de que sus teorías y métodos se sobrepongan significativamente con algunas de las posiciones dinámicas y existenciales que fueron descritas en este capítulo. Este movimiento hacia una orientación del proceso refleja quizás las mismas presiones clínicas y de investigación que han conducido a un interés entre muchos psicólogos clínicos por la integración de la psicoterapia. Es decir, conforme los estudiantes de terapia investigan la patología más complicada o ven el trabajo clínico de maneras más profundas, todas las perspectivas parecen mezclarse en un cierto punto.

Avances en la psicoterapia humanista

Las terapias vivenciales y humanistas han seguido realizando un progreso constante. El trabajo en esta área se ha centrado en hacer una terapia más estrictamente enfocada (un tema que se presenta repetidas veces en esta discusión), y de manera más específica, hecha a la medida de las necesidades de los pacientes individuales y de sus problemas únicos. Los terapeutas orientados vivencialmente también han hecho progresos importantes para integrar teoría y práctica clínicas con resultados emergentes en el proceso de la información y la investigación de la emoción (Guidano, 1987; Safran y Greenberg, 1991). Otros (Rice y Greenberg, 1992) han explorado las maneras en las cuales el terapeuta centrado en el cliente puede promover el aprendizaje activo y la internalización de nuevas experiencias dentro de un contexto de referencia positiva y de congruencia por parte del terapeuta. Bohart (1993) ha discutido el papel de la experiencia como factor curativo en psicoterapia y ha proporcionado guías clínicas para ayudar a que los pacientes crezcan en esta área. Greenberg, Rice y Elliot (1993) contribuyeron recientemente con un estudio importante sobre el papel de la experiencia emocional como factor organizador en el cambio psicoterapéutico. Estos autores son capaces de demostrar seis métodos de intervención, y de producción de cambios emocionales de momento a momento en las sesiones de terapia. Su trabajo se construye sobre un cuerpo sustancial de investigación empírica y reúne tanto la orientación del proceso como los datos que resultan.

Integración de la psicoterapia

La integración de la psicoterapia es un conjunto de teorías y un grupo de procedimientos técnicos, de innovaciones y de búsquedas académicas. En la década pasada, las terapias integrativas han logrado un lugar más legítimo y más prominente en la práctica y la teoría de las psicoterapias. Norcross y Newman (1992) identificaron ocho variables que han impulsado este crecimiento:

1. La expansión en el número de psicoterapias separadas.
2. La falla de cualquier terapia para demostrar superior eficacia.

3. La carencia de éxito de cualquier teoría para explicar y predecir adecuadamente alguna patología, o incluso el cambio en la personalidad y en la conducta.
4. El crecimiento en número e importancia de psicoterapias enfocadas (o concentradas) y de corto plazo.
5. La mayor comunicación entre psicólogos clínicos y eruditos que ha resultado en un aumento de la disposición y la oportunidad para la experimentación.
6. El limitado apoyo socioeconómico por parte de terceros para psicoterapias a largo plazo.
7. La identificación de factores comunes en todas las psicoterapias relacionadas con los resultados.
8. El desarrollo de organizaciones profesionales, conferencias y publicaciones que se dedican a la discusión y al estudio de la integración de la psicoterapia.

Los modos de la integración de la psicoterapia

Las tres formas más comúnmente analizadas de integración son el eclecticismo técnico, el enfoque de los factores comunes y la integración teórica. El *eclecticismo técnico* es la forma técnica y clínica orientada a la integración de la psicoterapia. Las técnicas e intervenciones que provienen de dos o más sistemas psicoterapéuticos se aplican de manera sistemática y secuencial. La serie de intervenciones conectadas sigue generalmente una evaluación exhaustiva del paciente. Esta evaluación permite que los problemas objetivo sean identificados, al igual que las relaciones entre diversos problemas, fuerzas y características cognoscitivas, afectivas e interpersonales del paciente. Las técnicas se eligen con base en su mejor adecuación clínica a las necesidades del paciente, guiado por el conocimiento clínico y por los descubrimientos de la investigación.

El *enfoque de los factores comunes* para la integración proviene de la investigación de tales factores, descrita con anterioridad. La integración de los factores comunes empieza con la identificación de los ingredientes eficaces específicos de cualquier grupo de terapias, seguido por la exploración de las intervenciones que determinan las interacciones psicoterapéuticas que promueven y contienen esos ingredientes. Las terapias integrativas que resultan de este proceso están estructuradas en torno al objetivo de maximizar la exposición del paciente a la combinación única de los facto-

res terapéuticos que resolverán lo mejor posible sus problemas.

La *integración teórica* es la síntesis de los conceptos del funcionamiento de la personalidad, la psicopatología y el cambio psicológico, a partir de dos o más sistemas tradicionales. Las teorías integrativas de este tipo explican los fenómenos psicológicos en términos interactivos, buscando las maneras en las cuales los factores ambientales, motivacionales, cognoscitivos y afectivos influyen y se ven influidos entre sí. Quizá la versión más conocida de la integración teórica fue identificada antes: la terapia cognoscitiva-conductual. Este sistema se basa en una teoría de la psicopatología y del cambio de la personalidad que es mayor que la suma de sus partes cognoscitivas y conductuales. Entonces, esta síntesis teórica guía al terapeuta en la selección y uso de las intervenciones obtenidas a partir de cada escuela terapéutica (Goldfried, 1995).

La integración asimilativa (Messer, 1992; Stricker y Gold, 1996) es un subconjunto determinado de la integración teórica sobre el que se ha escrito con mucho interés recientemente. El término *asimilativo* se refiere al impacto que las nuevas técnicas tienen en los fundamentos conceptuales existentes de la terapia. Conforme estas intervenciones se utilizan en un contexto distinto al original, el significado, el impacto y la utilidad de esas técnicas se modifica de manera importante. En su discusión sobre la integración asimilativa de las psicoterapias, Messer (1992) señala que todas las acciones son definidas y contenidas en el contexto interpersonal, histórico y físico en el cual esos actos ocurren. Como toda intervención terapéutica es una acción interpersonal (y altamente compleja), esas intervenciones son definidas, y quizá incluso reconstruidas, por el contexto más grande de la terapia. Así, un método conductual como la desensibilización sistemática significará algo completamente diferente para un paciente cuya experiencia terapéutica en curso ha sido definida en gran parte por la exploración orientada en términos psicodinámicos, más que por lo que dicha intervención significaría para un paciente en terapia conductual tradicional. Nosotros hemos encontrado (Stricker y Gold, 1996) que nuestro uso de los métodos cognoscitivo-conductual, Gestalt y de sistemas aproximados se asimilaron de esta manera en nuestra terapia de marco psicodinámico. A menudo, el impacto de tales intervenciones es experimentado de manera única por el paciente y el terapeuta y puede conducir a resultados novedosos.

Con la asimilación, el proceso de alojamiento es un compañero inevitable. Las ideas, estilos y métodos orientados de manera psicodinámica se modifican y se experimentan de forma diferente en un sistema integrativo, comparado con terapias dinámicas tradicionales. Cuando elegimos intervenir de manera dinámica en las actividades cognoscitivas de un paciente, su comportamiento, afecto y compromisos interpersonales, también cambiamos el significado y el impacto de nuestro trabajo exploratorio y nuestro énfasis en el discernimiento.

Los principales sistemas de integración psicoterapéutica

Terapia multimodal. Este sistema psicoterapéutico (Lazarus, 1989) es quizá la versión más conocida, más extensamente citada y con mayor influencia del eclecticismo técnico en la psicoterapia contemporánea. La terapia multimodal se organiza en torno a una evaluación extensa de las fuerzas, los excesos, las responsabilidades y la conducta desviada del paciente, que sigue las siglas del término BASIC ID (por sus siglas en inglés: Behavior, Affect, Sensation, Imagery, Cognition, interpersonal relations and Drugs): conducta, afecto, sensación, imaginación, cognición, relaciones interpersonales y fármacos (aspectos biológicos). Una vez que se conoce el orden de aparición o la secuencia causal de variables en el BASIC ID, se seleccionan y se ponen en práctica las intervenciones. Perfiles más microscópicos del BASIC ID de problemas discretos o difíciles, así como componentes de un orden de aparición, pueden intentarse una vez que termina la evaluación global inicial y las intervenciones.

Lazarus (1989) indica que prefiere utilizar métodos que han demostrado su eficacia con problemas y habilidades específicas, a través de pruebas empíricas, ya que sus estrategias teóricas y técnicas se alinean más con la teoría del aprendizaje social y con la terapia cognoscitivo-conductual que con cualquier otra escuela terapéutica. Sin embargo, en su método de amplio espectro, a menudo incluye el trabajo con técnicas de imaginación, técnicas tomadas de la terapia de pareja y familiar, ejercicios de Gestalt y algunas intervenciones afectivas y orientadas al discernimiento.

Psicoterapia ecléctica sistemática. Este sistema de integración de la psicoterapia fue desarrollado por Beutler y sus colegas (Beutler, 1983; Beutler y Consoli,

1992; Beutler y Hodgson, 1993). Es un sistema de integración de segunda generación que procura incorporar algunos de los descubrimientos de los teóricos de los factores comunes en un método ecléctico avanzado. Este es un sistema empíricamente informado en el cual una evaluación completa del paciente es seguida por la prescripción de las técnicas, si están disponibles, las cuales han recibido la mayor parte de la validación en investigación para la eficacia con ese perfil clínico específico. Cuando dicha relación basada en la investigación no es posible, las técnicas se seleccionan de acuerdo con los descubrimientos clínicos provenientes de la bibliografía en el tema y de la experiencia del terapeuta individual. Beutler (Beutler y Hodgson, 1993) basa la selección de técnicas en la interacción de tres factores: (1) la etapa del involucramiento que el paciente ha alcanzado en la psicoterapia, (2) las experiencias necesarias del cambio para las que el paciente está preparado y (3) los aspectos dominantes del estatus clínico inmediato del paciente. Necesaria y apropiadamente, las intervenciones pueden coincidir con la evaluación en curso de las necesidades del paciente en cuatro niveles: (1) comportamiento disfuncional abierto, (2) pensamiento defectuoso, (3) inhibiciones de la experiencia afectiva y sensorial, y (4) conflicto inconsciente reprimido. La opción de la intervención también está influida por el estilo de enfrentamiento del paciente, por su capacidad de involucrarse en una relación terapéutica de colaboración y por su nivel de resistencia a cualquier tipo de experiencia terapéutica. Las técnicas que se pueden incluir en este modelo van de lo interpretativo a los ejercicios que realizan la capacidad del paciente por integrar afectos y sensaciones a las intervenciones cognoscitivas y de conducta.

Psicoterapia transteórica. Este sistema de los factores comunes (Prochaska y DiClemente, 1992) recomienda intervenciones con base en tres elementos de evaluación: (1) los mecanismos de cambio requeridos, (2) la etapa del cambio en la cual el paciente busca ayuda y (3) el nivel del cambio que se necesita. La terapia conductual se indica en este sistema para los pacientes que requieren cambio en el nivel de síntomas abiertos y de patrones inadaptados de relación con el ambiente. Estas intervenciones se recomiendan más cuando el paciente está en la etapa de la acción, lo que significa que la persona tiene un sentido de autoliberación y puede percibirse a sí mismo como capaz de autocontrolarse y de realizar un cambio independiente. Los mecanismos

requeridos del cambio son aquellos intrínsecos a las intervenciones conductuales, los cuales incluyen el contracondicionamiento, el control de estímulos y el manejo de contingencias. Cuando el paciente requiere mecanismos de cambio en la evaluación que se vuelve a hacer de él mismo y de su liberación personal, sufre de cogniciones inadaptadas, y está en la etapa de contemplación o preparación, entonces se recomiendan las técnicas cognoscitivas. Las dos etapas del cambio mencionadas se refieren a la preparación para examinar los procesos psicológicos y la experiencia propias, así como estar dispuestos a utilizar el conocimiento sobre su persona como estímulo para cambiar.

Psicodinámica cíclica. Quizá es el sistema específico que más influye en la integración de la psicoterapia, ya que es una teoría que representa la integración teórica de los conceptos y métodos tomados del psicoanálisis interpersonal, de la teoría familiar sistémica, de la teoría del aprendizaje social y de la terapia conductual (Gold y Wachtel, 1993; Wachtel, 1977; Wachtel y Wachtel, 1986). La teoría psicodinámica cíclica se organiza en torno a una visión radicalmente modificada de las causas, del papel y del significado de los motivos, las fantasías y el conflicto inconsciente. Esta revisión sugiere que las interacciones sociales en curso de un individuo causen y refuerzan procesos y ansiedades inconscientes patógenas. Como tal, los factores inconscientes en psicopatología se pueden considerar como variables dependientes que proporcionan información sobre la adaptación, las percepciones y las relaciones actuales del paciente. Los efectos del pasado afectan al presente en la medida en que los pensamientos, la conducta y las formas de percibirse a sí mismo y a los demás fueron sesgados y deformados a través de interacciones provocadoras de ansiedad con los demás. La psicodinámica cíclica asigna un estatus irónico a muchas de las luchas de un paciente, al considerar que éste reconstruye intencionalmente conflictos internos y lazos interpersonales del pasado. Conforme el paciente intenta tener nuevas experiencias, el pensamiento, la deformación de la percepción provocada por la angustia y otros aspectos relacionados, causan que la persona incluya a otros como "cómplices neuróticos" (Wachtel y Wachtel, 1986). La terapia psicodinámica integrativa (Gold y Wachtel, 1993) se basa en este modelo teórico y es una amalgama abierta de métodos. Está influenciada principalmente por técnicas psicodinámicas, conductuales y sistémicas, pero puede incluir

cualquier intervención que pueda interrumpir o corregir los círculos viciosos irónicos en curso, en los que está atrapado el paciente.

Psicoterapia conductual. Según lo desarrollado por Fensterheim (1993), este sistema es un ejemplo de la integración teórica que conduce a las intervenciones integradas. Fensterheim (1993) divide la totalidad psicológica del paciente en tres niveles, siendo el nivel 1 el conductual y el nivel 3 el psicodinámico. El nivel 2 se refiere al nivel de obstáculos, y se conceptualiza a partir de las posiciones dinámica y conductual. Su valor explicativo radica en formular las dificultades del paciente para trabajar con éxito en el nivel 1. Aquí puede considerarse el conflicto dinámico, la transferencia y la contratransferencia, así como los factores de condicionamiento y de reforzamiento, lo mismo en aislamiento que en interrelaciones complejas. Fensterheim se concentra más en sus primeros esfuerzos de evaluación en el primer nivel, el conductual.

Debido a que las formulaciones y las intervenciones conductuales son mucho más simples y más fáciles de probar que las psicodinámicas, se prefiere el nivel conductual tanto para la evaluación como para la terapia. El trabajo en el nivel dinámico procede cuando el paciente no puede hacer uso productivo de trabajo en el nivel conductual, lo que hace necesaria la evaluación y la terapia en los niveles 2 y 3. La conducta en el nivel 1 se examina con respecto a la identificación de los factores interpersonales e intrapsíquicos, que son los que alimentan y mantienen los síntomas. Cuando se observan resistencias y se vuelven una interferencia demasiado grande, se agregan a la formulación otros factores conductuales y dinámicos. Las defensas son aspectos dinámicos de mayor importancia en el sistema de Fensterheim. Este observa que cuando las defensas patológicas se hacen inoperables o se abandonan, esto resultará en un cambio en la conducta y en el discernimiento. La terapia procede generalmente del nivel 1 al 2 y al 3 solamente si es necesario. Las técnicas conductuales estándar son a menudo suficientes para producir los cambios en la organización del comportamiento que hacen obsoletas e inoperantes las defensas de las personas. En tales casos, el cambio en los niveles 2 y 3 ocurre de manera espontánea, pues las resistencias al discernimiento se abandonan y se resuelven los conflictos. Cuando el trabajo conductual directo no es del todo exitoso, las medidas conductuales se deben modi-

ficar y/o complementar con la interpretación, para profundizar y ampliar el tratamiento.

Psicoterapia psicodinámica asimilativa. Esta terapia integrativa, desarrollada por los autores de este capítulo, es una síntesis teórica que en algunos modos es la imagen del espejo del modelo de Fensterheim. Nosotros (Gold y Stricker, 1993; Stricker y Gold, 1996) hemos argumentado que el funcionamiento psicológico de la persona puede estudiarse en tres niveles o hileras: el 1 se refiere a la conducta, el 2 a la experiencia cognoscitiva y emocional, y el 3 a la motivación inconsciente y al conflicto. Las interrelaciones dinámicas entre los tres niveles pueden ocurrir en cualquier dirección, pero nuestro énfasis teórico y clínico (Stricker y Gold, 1996) está en el nivel 3 (fenómenos inconscientes), en la psicopatología y en el cambio. Empleamos intervenciones cognoscitivas, conductuales y existenciales cuando pueden ser útiles clínicamente, pero siempre dentro de un contexto asimilativo: nos preocupa tanto o más el impacto inconsciente y el significado de estas técnicas, así como su efecto inmediato sobre la conducta, el pensamiento o los sentimientos.

UNA ÚLTIMA CUESTIÓN

Así pues, nuestro viaje a través de esta mal definida, pero excitante y muy importante actividad, está completo ahora. Obviamente, aquellos que han llegado hasta este punto en el capítulo sólo han recibido una esquematizada introducción a la psicoterapia. Se puede aprender más sobre cualquiera de los sistemas individuales de terapia, los asuntos de la investigación o las nuevas direcciones en el campo obteniendo las citas originales que se mencionan. Sin embargo, esperamos que nuestra firme convicción de que este campo tiene valor, que es útil para quienes servimos y que es merecedor de financiamiento, estudio y discusión futuros, se haya hecho evidente en las páginas precedentes. Una parte de la definición de psicoterapia que no incluimos antes es que se trata de una actividad en la que estamos comprometidos como terapeutas durante gran parte de nuestra actividad; así como un campo de indagación que domina mucho de nuestro pensamiento más productivo. Tal vez se logre animar a algunos de los lectores de este capítulo y se consiga su apoyo y unión con quienes trabajamos en esta gran empresa.

REFERENCIAS

- Alexander, F., & French, T. (1946). *Psychoanalytic therapy*. New York: Ronald.
- Bandura, A., & Walters, R. (1963). *Social learning and personality development*. New York: Holt, Rinehart, and Winston.
- Barlow, D. H., & Cerny, J. A. (1988). *Psychological treatment of panic*. New York: Guilford Press.
- Basco, M. R., & Rush, A. J. (1996). *Cognitive-behavioral therapy for bipolar disorder*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and the emotional disorders*. New York: New American Library.
- Beck, A. T., & Emory, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Freeman, A., & Associates (1989). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, J., & Emory, G. (1979). *Cognitive therapy of depression*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., Wright, F. D., Newman, C. F., & Liese, B. S. (1993). *Cognitive therapy of substance abuse*. New York: Guilford Press.
- Beutler, L. E. (1983). *Eclectic psychotherapy: A systematic approach*. New York: Pergamon Press.
- Beutler, L. E., & Consoli, A. J. (1992). Systematic eclectic therapy. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 264-299). New York: Basic Books.
- Beutler, L. E., & Hodgson, A. B. (1993). Prescriptive psychotherapy. In G. Stricker & J. R. Gold (Eds.), *Comprehensive handbook of psychotherapy integration* (pp. 151-164). New York: Plenum Press.
- Beuüer, L. E., Machado, P. R., & Neufeldt, S. A. (1994). Therapist variables. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 229-269). New York: Wiley.
- Bohart, A. C. (1993). Experiencing: The basis of psychotherapy. *Journal of Psychotherapy Integration*, 5, 51-68.
- Bowlby, J. (1980). *Loss*. New York: Basic Books.
- Bugental, J. F. T. (1965). *The search for authenticity*. New York: McGraw-Hill.
- Bugental, J. F. T., & Kleiner, R. (1993). Existential psychotherapies. In G. Stricker & J. R. Gold (Eds.), *Comprehensive handbook of psychotherapy integration* (pp. 101-112). New York: Plenum Press.
- Crits-Cristoph, R., & Barber, J. (Eds.). (1991). *Handbook of short term dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books.

- Cushman, P. (1995). *Constructing the self, constructing America*. Boston: Addison-Wesley.
- Ellis, A. (1984). Rational-emotive therapy. In R. J. Corsini (Ed.), *Current psychotherapies* (3rd ed., pp. 331-378). Itasca, IL: Peacock.
- Eysenck, H. J. (1960). *Behavior therapy and the neuroses*. New York: Pergamon Press.
- Fensterheim, H. (1993). Behavioral psychotherapy. In G. Stricker & J. Gold (Eds.), *The comprehensive handbook of psychotherapy integration* (pp. 73-86). New York: Plenum Press.
- Fishman, S. T., & Lubetkin, B. S. (1983). Office practice of behavior therapy. In M. Hersen (Ed.), *Outpatient behavior therapy* (pp. 21-41). New York: Grune & Stratton.
- Frank, J. D. (1961). *Persuasion and healing*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Freud, A. (1936). *The ego and the mechanisms of defense*. New York: International Universities Press.
- Freud, S. (1900). The interpretation of dreams. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vols. 4, 5.) London: Hogarth Press.
- Freud, S. (1912). Dynamics of transference. In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, pp. 97-108). London: Hogarth Press.
- Fromm, E. (1955). *The sane society*. New York: Henry Holt.
- Garfield, S. L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 190-228). New York: Wiley.
- Gold, J. R. (1980). *A retrospective study of the behavior therapy experience*. Unpublished doctoral dissertation, Adelphi University.
- Gold, J. (1996). *Key concepts in psychotherapy integration*. New York: Plenum Press.
- Gold, J. R., & Stricker, G. (1993). Psychotherapy integration with personality disorders. In G. Stricker & J. R. Gold (Eds.), *Comprehensive handbook of psychotherapy integration* (pp. 323-336). New York: Plenum Press.
- Gold, J., & Wachtel, P. L. (1993). Cyclical psychodynamics. In G. Stricker & J. R. Gold (Eds.), *Comprehensive handbook of psychotherapy integration* (pp. 59-72). New York: Plenum Press.
- Goldfried, M. (1995). *From cognitive behavior therapy to psychotherapy integration*. New York: Springer.
- Goldfried, M. R., & Davison, G. (1994). *Clinical behavior therapy* (Expanded ed.). New York: Holt.
- Greenberg, J., & Mitchell, S. (1983). *Object relations in psychoanalytic theory*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Greenberg, L. S., Rice, L., & Elliot, R. (1993). *Process-experiential therapy: Facilitating emotional change*. New York: Guilford Press.
- Guidano, V. F. (1987). *Complexity of the self*. New York: Guilford Press.
- Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs* (Vol. 1). New York: Norton.
- Klein, G. S. (1971). *Psychoanalytic theory: An exploration of essentials*. New York: International Universities Press.
- Kiesler, D. J. (1996). *Contemporary interpersonal therapy and research*. New York: Wiley.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.
- Kohut, H. (1977). *The restoration of the self*. New York: International Universities Press.
- Lambert, M., & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 143-189). New York: Wiley.
- Lazarus, A. A. (1989). *The practice of multimodal therapy*. Baltimore: Johns Hopkins.
- Levenson, E. R. (1983). *The ambiguity of change*. New York: Basic Books.
- Luborsky, L. (1984). *Principles of psychoanalytic psychotherapy: A manual for supportive-expressive treatment*. New York: Basic Books.
- Luborsky, L. (1995). Are common factors across different psychotherapies the main explanation for the dodo bird verdict that "Everyone has won so all shall have prizes?" *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 106-109.
- Mahler, M. S., Pine, F., & Bergman, A. (1975). *The psychological birth of the human infant*. New York: Basic Books.
- Maslow, A. H. (1954). *Motivation and personality*. New York: Harper & Row.
- May, R. (1977). *The meaning of anxiety*. New York: Norton.
- May, R., & Yalom, I. (1989). Existential therapy. In R. J. Corsini & D. Weddings (Eds.), *Current psychotherapies* (pp. 363-402). Itasca, IL: Peacock.
- Messer, S. (1992). A critical examination of belief structures in integrative and eclectic psychotherapy. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 130-168). New York: Basic Books.
- Mischel, W. (1973). Toward a cognitive social learning reconceptualization of personality. *Psychological Review*, 80, 252-283.

- Norcross, J. C., & Newman, C. (1992). Psychotherapy integration: Setting the context. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books.
- O'Leary, K. D., & Wilson, G. T. (1987). *Behavior therapy: Application and outcome*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Perls, F. (1973). *The Gestalt approach: An eyewitness to therapy*. New York: Science and Behavior Books.
- Perls, R., Hefferline, R. F., & Goodman, P. (1951). *Gestalt therapy*. New York: Julián Press.
- Penis, C. (1989). *Cognitive therapy with schizophrenic patients*. New York: Guilford Press.
- Piaget, J. (1926). *The language and thought of the child* (Trans. M. Worden). New York: Harcourt, Brace.
- Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1992). The transtheoretical approach. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 300-334). New York: Basic Books.
- Raimy, V. (1950). *Training in clinical psychology*. New York: Prentice-Hall.
- Raskin, R., & Rogers, C. R. (1989). Person centered therapy. In R. J. Corsini & D. Weddings (Eds.), *Current psychotherapies* (pp. 155-196). Itaska, IL: Peacock.
- Raue, P. J., & Goldfried, M. R. (1994). The therapeutic alliance in cognitive-behavior therapy. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research and practice* (pp. 131-152). New York: Wiley.
- Rice, L. N., & Greenberg, L. S. (1992). Humanistic approaches to psychotherapy. In D. K. Freedheim (Ed.), *History of psychotherapy* (pp. 337-363). Washington, DC: American Psychological Association.
- Rogers, C. R. (1951). *Client centered therapy*. Boston: Houghton Mifflin.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21, 95-103.
- Rogers, C. R. (1961). *On becoming a person*. Boston: Houghton Mifflin.
- Safran, J. D., & Greenberg, L. S. (Eds.). (1991). *Emotion, psychotherapy, and change*. New York: Guilford Press.
- Safran, J. D., & Segal, Z. D. (1990). *Interpersonal processes in cognitive therapy*. New York: Basic Books.
- Salter, A. (1949). *Conditioned reflex therapy*. New York: Creative Age.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The *Consumer Reports* study. *American Psychologist*, 50, 965-974.
- Shlein, J. M. (1984). A countertheory of transference. In R. F. Levant & J. M. Shlein (Eds.), *Client-centered therapy and the person centered approach* (pp. 176-207). New York: Praeger.
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The effectiveness of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Stern, D. (1985). *The interpersonal world of the infant*. New York: Basic Books.
- Strachey, J. (1934). The therapeutic action of psychoanalysis. *International Journal of Psychoanalysis*, 15, 127-159.
- Stricker, G., & Gold, J. (1996). An assimilative model for psychodynamically oriented integrative psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 47-58.
- Strupp, H. H. (1995). The psychotherapist's skills revisited. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 70-75.
- Strupp, H. H., & Binder, J. (1984). *Psychotherapy in a new key*. New York: Basic Books.
- Strupp, H. H., Wallach, M. S., & Wogan, M. (1964). Psychotherapy experience in retrospect: A questionnaire study of former patients and therapists. *Psychological Monographs*, 78.
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- Sweet, A. A. (1984). The therapeutic relationship in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 8, 253-272.
- Wachtel, E. F., & Wachtel, P. L. (1986). *Family dynamics in individual therapy*. New York: Guilford Press.
- Wachtel, P. L. (1977). *Psychoanalysis and behavior therapy: Toward an integration*. New York: Basic Books.
- Weinberger, J. (1995). Common factors aren't so common. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 45-69.
- Winnicott, D. W. (1971). *The maturational processes and the facilitating environment*. New York: International Universities Press.
- Wolpe, J. (1958). *Psychotherapy through reciprocal inhibition*. Stanford, CA: Stanford University Press.
- Yalom, I. (1981). *Existential psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Yontef, G. (1981). The future of Gestalt therapy. *The Gestalt Journal*, 4, 69-83.
- Zeig, J. K., & Munion, W. M. (Eds.). (1990). *What is psychotherapy?* San Francisco: Jossey-Bass.

LECTURAS ADICIONALES

- Cushman, P. (1995). *Constructing the self constructing America*. Reading, MA: Addison-Wesley. *Una exploración histórica y clínica del papel de la psicoterapia para deter-*

- minar la trayectoria de la personalidad desarrollada en Estados Unidos.
- Gold, J. R. (1996). *Key concepts in psychotherapy integration*. Nueva York: Plenum Press. Una revisión de los principales sistemas y del progreso en la integración de la psicoterapia.
- Greenberg, L. S. Rice, L. E. y Elliot, R. (1993). *Process-experiential psychotherapy: Facilitating emotional change*. Nueva York: Guilford Press. Una versión actualizada de una psicoterapia experimental, orientada en el paciente, que incorpora técnicas y conceptos de las terapias Gestalt y cognoscitiva.
- Watchel, P. L. (1997). *Psychoanalysis, behavior therapy, and the representational world*. Washington, DC: American Psychological Association. Una revisión y ampliación del texto clásico que causó controversia en cuanto a la posible integración de la psicoterapia; es una excelente introducción al pensamiento actual y a la práctica de las terapias psicodinámicas, conductuales y cognoscitivas.

CAPÍTULO 7

PSICOTERAPIA DE GRUPO

Rae Dezettel Perls

PSICOTERAPIA APLICADA A LOS GRUPOS

Perspectiva histórica

La psicoterapia de grupo surgió del interés de colocar al paciente en un ambiente terapéutico que reflejase de manera más realista las situaciones de la vida cotidiana, que promoviera más la igualdad entre los miembros del grupo, entre los pacientes y el líder, y que ofreciera la oportunidad psicoterapéutica a un costo más bajo que la psicoterapia individual.

Existen teóricos que están asociados con el movimiento de la terapia de grupo. Alfred Adler, uno de los primeros seguidores de Freud, estuvo muy interesado en los asuntos sociales y culturales. Adler, en 1922 fundó un instituto debido a que le intrigaba tanto la idea de que la terapia de grupo debía estar alejada del poder e influencia del líder, y estar concentrada en el poder e influencia que cada uno de los miembros de la terapia producía en los demás. Su enfoque sobre el apoyo y los estímulos de los miembros del grupo entre sí, ha sido un elemento básico en el desarrollo de la teoría de grupos.

A principios de la década de 1940 el psicólogo social Kurt Lewin estuvo muy interesado en las dinámicas de grupo. Indicó el camino hacia los conceptos de grupo como un todo y también habló de la teoría de los sistemas sociales. Sugirió que viésemos la influencia del grupo como algo más que la suma de sus partes. Es-

te concepto se derivó debido a que los primeros psicólogos Gestalt, que enseñaban la teoría *Gestalt* como una configuración que representa el todo, más que la suma de sus partes. Lewin postuló que conforme cada miembro del grupo ejerce influencia sobre los demás miembros y altera su comportamiento, a su vez, los valores y el ambiente del grupo influyen en cada miembro del mismo. Este concepto se llamó *teoría de campo*. La principal contribución de los conceptos y procesos de la terapia de grupo fue ver a éste como una entidad con sus propias cualidades, valores y personalidad.

En Estados Unidos, a finales de la década de 1940, los Laboratorios de capacitación nacional desarrollaron el concepto de "grupos de capacitación", que se conoció como grupos T (por la palabra *training*). Se pretendió que fueran grupos de aprendizaje educativo más que grupos de terapia. A medida que los grupos T estaban más disponibles, muchas personas se unieron a las sesiones debido a la oportunidad de aprender nuevas formas de relacionarse con los demás, de disminuir los sentimientos de aislamiento y de conectarse más eficazmente con sus semejantes.

El movimiento del potencial humano de los años sesenta inició los "grupos de crecimiento" a los que la gente "normal" se unía fervorosamente para lograr la autocomprensión. Aunque las metas eran terapéuticas, no fueron considerados como grupos psicoterapéuticos.

En esta etapa del desarrollo de la psicoterapia de grupo, la preponderancia de los grupos de terapia era psicodinámica, con énfasis en los procesos no directivos de grupo a largo plazo y en las interpretaciones analíticas, o grupos de actividad para niños, basándose en el modelo de terapia de juego de grupo de Slavson. Muchos promotores del movimiento del "crecimiento" usaron las técnicas del psicodrama basadas en el trabajo de Jacobo Moreno, en los experimentos de la terapia Gestalt de Fritz Perls, y en la creación de un ambiente de apoyo cálido modelado por Carl Rogers. Algunas veces se agregaron las filosofías y meditación del Oriente para crear métodos para lograr el autoconocimiento, que apeló a las necesidades de las personas por conocer más acerca de sí mismas, y al mismo tiempo lograban un contacto más auténtico con los demás.

En los años setenta, la tendencia fue alejarse filosóficamente de las psicoterapias que parecían ser más autoritarias, enfocadas en los sucesos pasados y/o que incluían gran cantidad de interpretaciones por parte de los terapeutas, y se dirigieron hacia teorías psicoterapéuticas que se enfocaban más en el aquí y el ahora, hacia la comprensión cognoscitiva por parte del paciente, y hacia la solución práctica de los problemas. El terapeuta fue catalogado más como un consultor emocionalmente disponible, y se estableció el escenario para la creciente demanda de psicoterapeutas de grupo capacitados en forma profesional.

William Powles (1983, p. 71) resume así este desarrollo: "la psicoterapia de grupo es un modo general de psicoterapia orientada a la naturaleza social del hombre, y se caracteriza por la explotación de las relaciones y procesos de grupo por parte de un experto capacitado... se conoce poco sobre qué tipo de grupo debe ofrecerse a un paciente, de forma que sea económicamente más adecuado para él." El doctor Powles también señala la polaridad entre los diversos puntos de vista teóricos acerca de la forma en que los grupos deben conducirse. Aún vemos la lucha dentro de la profesión, entre quienes prefieren adoptar los enfoques de grupo no directivos o con base psicodinámica, y quienes prefieren los enfoques dirigidos más a la resolución de problemas, de modo conductual y más centrados en la dirección del terapeuta.

Consideraciones terapéuticas

Los grupos de pacientes internos tienen características particulares de los escenarios restringidos que usan. Lo

más común es que los hospitales psiquiátricos separen a los pacientes en crisis de los individuos que necesitan atención a largo plazo. Cada grupo definido de pacientes tiene su propio grupo de terapia. Estos grupos están organizados alrededor de las necesidades y metas de cada población. Algunos pacientes tienen la indicación de permanecer en la institución; otros están de acuerdo en que su estancia en el hospital es lo mejor para ellos.

Los pacientes internos agudos se reúnen diariamente en grupo para resolver las presiones y dilemas que les llevaron al intento de suicidio, o para resolver los factores estresantes que provocaron una severa depresión clínica. Es muy probable que el nivel de trabajo terapéutico sea intenso. Con la guía de los terapeutas, se exploran las estrategias para una vida más efectiva. Es probable que también se usen medicamentos psicotrópicos durante la estancia en el hospital y se evalúe con cierta profundidad su efectividad durante estas sesiones de grupo. La meta es el establecimiento de una estabilidad emocional suficiente para que el paciente deje el hospital y regrese al trabajo, a la vida familiar y a la vida comunitaria. Con frecuencia llegan pacientes nuevos al grupo, de modo que su población siempre está cambiando. Se intensifican las señales del grupo por abandonar el hospital, de modo que las despedidas pueden ser una experiencia diaria o semanal.

Los pacientes adultos más crónicos están en ambientes protegidos a largo plazo. La estadía puede ser de varias semanas en una base periódica (por ejemplo, si la persona está luchando por estabilizar un trastorno bipolar) a muchos meses (si padece una condición psicótica debilitante como la esquizofrenia). La terapia de grupo se presentaría diariamente también, pero al paso del tiempo, el nivel de funcionamiento de los miembros del grupo podría ser menor y el progreso más modesto. La meta es rehabilitar por completo al paciente para que funcione mejor en un ambiente menos restringido.

La mayoría de los niños y adolescentes que padecen trastornos emocionales y conductuales agudos son tratados en instalaciones separadas de los adultos. También participan todos los días en grupos de terapia, con metas similares a las de las poblaciones adultas. Su terapia se enfoca en las relaciones con los compañeros, en los problemas escolares y en los asuntos familiares. Muchas de las instalaciones para jóvenes también incorporan terapia familiar de grupo en sus programas, debido al importante involucramiento continuo y al impacto que tiene la familia en el paciente joven.

Los grupos de pacientes externos existen en una amplia variedad de escenarios y poblaciones. Por lo regular, la mayoría de éstos son grupos voluntarios que tienen una afluencia estable de pacientes, durante parámetros de tiempo acordados. Los miembros de los grupos tienden a ser más similares que diferentes, ya que la mayoría frecuentemente tiene antecedentes escolares y socioeconómicos parecidos. Estos individuos son agrupados con base en necesidades e intereses similares; además, funcionan en niveles similares en sus vidas cotidianas fuera del ambiente de grupo.

Con frecuencia, los pacientes externos son atendidos en clínicas y en la práctica privadas. También hay grupos de consejo en aspectos o problemas específicos relacionados con las escuelas, los centros comunitarios y las congregaciones religiosas. Estos grupos pueden estar enfocados en el sufrimiento, en los ajustes del divorcio, en la vida con un familiar de edad avanzada, en los padres de niños incapacitados o en cualquiera de los subgrupos en la comunidad. Tradicionalmente los grupos se reúnen cada semana durante cierto tiempo.

Algunas veces el grupo de consejo de tiempo limitado y enfocado a un tema evoluciona en un grupo de apoyo continuo de largo plazo. En ocasiones, el grupo toma vida propia y cambia de un enfoque de terapia o de consejo con un líder profesional, a un modo de apoyo continuo sin líder o dirigido por un miembro experimentado. De tal progresión surgen los grupos de autayuda.

Los grupos de psicoterapia se distinguen de los grupos de apoyo por la clara definición de las metas que llevan a nuevas profundidades en la autocomprensión, curación y cambio en el comportamiento. El asistente o "facilitador" en la terapia de grupo está capacitado específicamente en los conceptos de las dinámicas de grupo y en la práctica de la terapia de grupo como un agente de cambio. Los terapeutas de grupo, certificados a través de un programa patrocinado por la Asociación estadounidense para la psicoterapia de grupo, deberán demostrar sus habilidades a través de la terminación de un trabajo realizado durante el curso y la supervisión de su trabajo por parte de terapeutas de grupo experimentados.

Los terapeutas de grupo capacitados pueden ser consejeros, trabajadores sociales, psicólogos o psiquiatras. Ellos comparten ciertas experiencias de capacitación, tienen una concepción ética similar acerca de la confidencialidad en los grupos y comparten la comprensión de los factores terapéuticos cruciales para ob-

tener resultados terapéuticos exitosos. Estos factores terapéuticos, que son comúnmente aceptados, fueron formulados por Irvin Yalom (Vinogradov y Yalom, 1989) de la siguiente forma:

1. Inculcar la esperanza
2. Universalidad
3. Impartir información
4. Altruismo
5. Desarrollo de las técnicas de socialización
6. Conducta de imitación
7. Catarsis
8. Recapitulación correcta del grupo familiar primario
9. Factores existenciales
10. Cohesión del grupo
11. Aprendizaje interpersonal

Formación del grupo

La selección de los participantes para un grupo de terapia determinado es un reto de evaluación clínica para el terapeuta de grupo. Un punto de inicio es definir y entender el tipo de grupo para el que se seleccionan los individuos.

Un grupo de pacientes internos que se reúne todos los días en una unidad hospitalaria necesariamente estará basado en la población habitual de esa unidad. El personal decide si un individuo que ingresó recientemente al programa estará en un grupo de "observación" especial como parte del proceso de evaluación, o que ingrese a un grupo que ya está funcionando, una vez que esté estable para sentarse, escuchar y compartir. El personal que está prestando la ayuda observará cada día si un individuo está libre de alucinaciones psicóticas y, por tanto, si es capaz de beneficiarse del grupo y evitar que desestabilice innecesariamente el proceso del mismo. Por lo regular, la atención para monitorear a los miembros de un grupo es un proceso diario y continuo en las unidades de pacientes internos.

Los grupos de psicoterapia para pacientes externos tienden a ubicarse en dos categorías principales: uno de largo plazo y otro de corto plazo. Cada tipo de grupo tendrá ciertas variaciones dependiendo de los supuestos teóricos y del estilo personal del terapeuta. Los antecedentes, los problemas presentados, los niveles educativos y los estilos de relación de los miembros, también contribuyen a la "personalidad" de un grupo. De forma tradicional, estos grupos se reúnen cada semana en el consultorio del terapeuta; usan un espacio que con fre-

cuencia se asemeja a una sala, con sillones y/o sillas distribuidas en forma circular. Lo más común es que las sesiones duren una hora, una hora y cuarto, una hora y media o hasta dos horas.

Por lo regular, los grupos de terapia a largo plazo son considerados grupos "abiertos", en los que los miembros abandonan el grupo cuando se determina que el trabajo terapéutico está terminado, y se agregarán nuevos miembros cuando el grupo tenga espacio. El cómo se maneja la transición de los miembros del grupo que entran y salen, está basado en varios factores relacionados con la orientación del facilitador. Debido a que el terapeuta de grupo de largo plazo puede tener una orientación psicodinámica, cognoscitiva-conductual o alguna combinación de éstos y otros métodos, el proceso para el cambio de los miembros varía de un grupo a otro.

Es muy común que los participantes de los grupos de largo plazo parezcan bastante estables en sus vidas cotidianas en el mundo externo al grupo. Dentro del grupo, pueden compartir sus temores, problemas con las relaciones, impulsos neuróticos y preocupaciones, y buscar ayuda tanto del terapeuta como de los compañeros, conforme se sientan "atorados" en sus vidas. El grupo se convierte en una familia que es segura y atenta para las necesidades de sus miembros. Con el tiempo, los participantes exploran, a niveles profundos, los diversos aspectos complejos de sus personalidades. Los individuos, de manera gradual, se permiten a sí mismos abrir áreas de su psique para la expresión, exploración, consulta y cambio.

Por lo general, en los grupos de psicoterapia de corto plazo hay un contrato establecido de seis a 20 sesiones "cerradas" con los mismos participantes. Con frecuencia los miembros son seleccionados por la similitud de sus problemas y su estatus. Así, pueden ser todos individuos recientemente divorciados, o hijos de padres que se están divorciando; pueden ser mujeres que fueron violadas o maltratadas y solicitaron la oportunidad de realizar algún trabajo terapéutico en torno a su experiencia traumática en particular. Estos participantes pueden asistir por asuntos generales de bienestar o enfocarse en un tipo particular de problema que tengan en común. Por lo general, la población del grupo se mantiene sin cambios durante el tiempo que dura éste; si un miembro se retira, casi nunca es reemplazado. Puede renovarse el "contrato" de las reuniones, y entonces la gente que decida continuar podrá hacerlo.

Con cualquier miembro potencial del grupo de psicoterapia, es de esperarse que el terapeuta lleve a cabo al menos una sesión individual inicial. El terapeuta de grupo o el colega que refirió al paciente, con frecuencia lo habrá involucrado en alguna sesión de psicoterapia individual antes de iniciar la terapia de grupo. Estas sesiones individuales pueden ser la fase inicial del trabajo psicoterapéutico para el paciente, o simplemente el filtro para la psicoterapia de grupo.

Las sesiones iniciales con el terapeuta de grupo son necesarias por varias razones. La más importante es que cada miembro del grupo debe comprender la orientación y el estilo filosófico del terapeuta. Luego el participante prospecto necesita entender las razones para comprometerse con esta forma de terapia. Las necesidades y las metas individuales de la participación en grupo deberán explorarse antes de ingresar al grupo. Las cuestiones y preocupaciones acerca de unirse en grupo pueden tratarse antes de ingresar. Con una cuidadosa preparación, el nuevo miembro del grupo se sentirá más dispuesto y seguro para iniciar la experiencia de la psicoterapia de grupo.

Independientemente del tipo de psicoterapia de grupo, el participante experimentará apoyo, inclusión, atención, información, retroalimentación y motivación para hacer un cambio constructivo. Judith Schoenholtz-Read (como la citan Barnard y Mackenzie, 1994) comentó sobre lo que por lo regular se dice acerca de la psicoterapia de grupo: "el ambiente social creado por las interacciones interpersonales de los miembros de un grupo se convierte en un poderoso vehículo para el cambio terapéutico. Las psicoterapias de grupo usan las interacciones de los miembros como el enfoque principal para el trabajo terapéutico..." (p. 162).

Modelos prácticos

Ciertos factores son comunes a todos los grupos de psicoterapia, independientemente de la orientación teórica del terapeuta. Hay un tiempo y un lugar privado para que el grupo se reúna. La importancia de la confidencialidad se discute en la primera sesión. En las subsecuentes, está en primer plano la tarea de construir un sentido de cohesión grupal; se pone menor atención a los asuntos individuales que a los aspectos de grupo que emerjan de los miembros del mismo. Conforme avanzan las semanas y los miembros acuden regularmente a las sesiones, empiezan a relacionarse e interesarse el uno con el otro. Se incrementa su sentido de

confianza, autoexpresión y las habilidades para tomar riesgos.

A medida que pasa el tiempo y la oportunidad, se intensifica el trabajo del grupo. El rol del terapeuta y la naturaleza de las intervenciones de éste variarán dependiendo de su capacitación particular. Sin embargo, por lo general, se considera que los psicoterapeutas experimentados tienen más cosas en común que en contra. Las cualidades de inteligencia y afabilidad, mezcladas con una disposición sin hostilidad y sin críticas, son comunes en los mejores terapeutas de grupo, sin importar su orientación teórica.

Las diferencias teóricas entre un terapeuta y otro influyen en los temas de la actividad del grupo. Los siguientes cinco resúmenes se refieren a estas diferencias.

Elementos básicos de la psicoterapia de grupo psicodinámica

Los seguidores de Freud se suscriben a los principios primarios del psicoanálisis. De este modo, los terapeutas capacitados de forma psicoanalítica se enfocarán primero en los asuntos de transferencia, cuando el paciente experimenta al terapeuta y a los otros miembros del grupo como figuras importantes del pasado. Así, el terapeuta interpreta las declaraciones, reacciones y sentimientos del paciente en un contexto referente a las relaciones importantes del pasado del paciente.

Los terapeutas psicodinámicos buscan la resistencia en los miembros del grupo y en éste como un todo. Al compartir las interpretaciones verbales, el terapeuta señala las formas en que las defensas se usan como protección en contra de la ansiedad y para proteger al sistema de los sentimientos amenazadores de cambio. El terapeuta también puede hablar acerca de lo que es desconocido por el paciente (o grupo), logrando hacer conscientes los pensamientos o sentimientos inconscientes.

Cuando un miembro del grupo hace una pregunta directa, es poco probable que el terapeuta de grupo psicodinámico responda en la misma forma o que dirija la pregunta al grupo; es más probable que pregunte respecto a las asociaciones que surgen entre quien hizo la pregunta y el contenido de la misma. La tendencia es que el facilitador no sea directivo. Al hablar, el terapeuta es más capaz de reflejar sentimientos, expresar significados más profundos, hacer una interpretación o mover el proceso del grupo hacia adelante con preguntas abiertas al grupo.

El terapeuta de grupo capacitado de forma psicoanalítica también es estricto con respecto al momento en que inicia y termina la sesión del grupo. La cuestión de mantener los límites preestablecidos por el terapeuta relucirá en el grupo de diferentes formas conforme pase el tiempo con el grupo. El terapeuta insistirá en que debe seguirse cierta estructura, la cual tal vez incluirá la prohibición de cualquier contacto físico entre los miembros del grupo, la imposibilidad de comer o traer comida al grupo y evitar el contacto social fuera del grupo.

Algunos capacitadores de psicoterapeutas de grupo psicodinámicos contemporáneos incluyen a Anne Alonso, Howard Kibel, Scott Rutan, Sol Scheidlinger y Walter Stone. Todos son psicólogos o psiquiatras que fueron presidentes de la Asociación estadounidense para la psicoterapia de grupo y que han escrito bastante sobre este tema (Klein, 1992).

Psicoterapia cognoscitiva y conductual de grupo

Albert Ellis escribió mucho y dio bastantes conferencias acerca del viejo y defectuoso proceso de pensamiento que interfiere con el cambio. El Dr. Ellis fue el primero de los terapeutas cognoscitivos que presentó el concepto de que las conductas inadaptadas son aprendidas y, por consiguiente, pueden ser desaprendidas. Llamó a su método *terapia racional emotiva*. El psicoterapeuta fue visto como un maestro que reta y capacita a otros para que piensen diferente acerca de las experiencias (Corey, 1990).

Joseph Wolpe (1982) fue otro pionero en la terapia conductual que creyó que los malos hábitos se aprenden. Enseñó que el comportamiento se aprende a través del reforzamiento, de tal manera que la conducta destructiva puede cambiar cuando cesa este reforzamiento y se extingue la conducta ante nuevas y mejores respuestas recompensadas.

Las terapias cognoscitivas y conductuales no buscan una profunda comprensión de la pregunta "¿por qué?". El terapeuta cognoscitivo-conductual llega al grupo buscando un contrato con cada miembro, y con el grupo como un todo, para compartir intereses, pensar en voz alta y encontrar las soluciones a los problemas alrededor de la pregunta: "¿cómo puedo cambiar de manera más efectiva los aspectos particulares de mi vida de forma que sea más funcional constructivamente?" Los miembros del grupo son incitados a retarse unos con otros para pensar con objetividad y claridad, y para

practicar diferentes formas de comunicación y de conducta. El terapeuta y el grupo ofrecerán formas positivas de verse a sí mismos; alentarán e impulsarán a los miembros del grupo para que experimenten al hacer sus "tareas" fuera de grupo, las cuales proporcionarán la práctica de nuevas formas de pensamiento y la respuesta a los mensajes viejos.

En el grupo, los miembros compartirán experiencias difíciles y serán "instruidos" acerca de las estrategias para ayudarles a ver estas experiencias negativas en formas más constructivas. Este *reencuadre* de sucesos puede aligerar la carga emocional de antiguas formas de pensamientos y funcionamientos autodestructivos. El "ensayo" de conducta ofrece una oportunidad para experimentar el hacer algo de manera muy diferente a los hábitos presentes. El uso de técnicas de relajación es por lo regular una parte de este proceso de terapia. A través de aprender a pensar diferente, a relajarse y a responder en forma distinta, se pueden desarrollar sentimientos más positivos.

El terapeuta de grupo que usa las teorías y métodos cognoscitivo-conductuales será un participante activo, dispuesto a facilitar los esfuerzos de los miembros del grupo para alcanzar sus metas establecidas al ingresar a la terapia de grupo. El terapeuta reforzará las interacciones positivas del grupo y alentará las ideas nuevas y creativas que impulsen a los miembros hacia el cambio. Los miembros disfrutarán recompensarse y felicitarse entre sí por el trabajo terapéutico bien hecho.

En estos grupos, el terapeuta y los miembros pueden llevar "obsequios" para celebrar los acontecimientos exitosos o los logros. Por ejemplo, después de practicar varios métodos en grupo para solicitar el surgimiento de un supervisor que se percibe intimidatorio, un participante llevó galletas para agradecer al grupo su participación en su sesión de práctica de juego de roles. El fue capaz de disfrutar su éxito abiertamente y de aceptar felicitaciones, mientras que los miembros del grupo también fueron recompensados por un pensamiento constructivo y un esfuerzo creativo en su trabajo con él. Estas celebraciones en grupo apoyan y alientan las metas de la terapia.

A los miembros no se les desalienta el contacto social casual fuera del grupo, en tanto que las experiencias sean compartidas con el grupo de forma que puedan procesarse y usarse como parte del nuevo aprendizaje social. Las observaciones de un miembro del grupo acerca de su apariencia o comportamiento en público pueden brindar datos útiles dentro del grupo.

Cualquier miembro del grupo puede ofrecer ideas, compartir información, hacer preguntas comprensivas y recibir elogios por esta iniciativa. El grupo se convierte en un laboratorio donde se ensayan nuevas formas de ser con la gente. El terapeuta y los otros miembros del grupo se convierten en modelos para las diferentes formas de ver un asunto y para demostrar conductas positivas. Este sistema puede ser muy enriquecedor para los pacientes, a medida que se experimentan funcionando de manera tan útil tanto para los demás como para el terapeuta.

El terapeuta cuestiona suposiciones e insiste en que los miembros del grupo afronten asuntos importantes. Se ofrece apoyo y estímulo cuando un paciente lucha por formular una nueva forma de pensamiento y conducta. El terapeuta cognoscitivo-conductual busca oportunidades para analizar los "guiones" o "esquemas" a fin de ayudar a comprender los agobios de los viejos pensamientos y las reacciones negativas que son llevadas de la juventud a la adultez. Se les proporciona permiso explícito para discutir cualquier tema o sentimiento.

Elaine Cooper-Lonergan escribió un resumen acerca de este método (citado en Bernard y Mackenzie, 1994).

...Los terapeutas cognoscitivos están interesados en los procesos de pensamiento espontáneos de sus pacientes. Los terapeutas conductuales tratan de cambiar los comportamientos inadaptados. Ambos parten de la suposición de que si cambian ciertos pensamientos negativos, o si cambian las conductas inadaptables, la persona también cambiará; esto es, si usted cambia una parte del sistema, necesariamente todo el sistema cambiará, (p. 209)

La capacitación en el área de las aplicaciones cognoscitivas y conductuales está disponible a través del Instituto para la terapia racional emotiva en la ciudad de Nueva York (Corey, 1990), o en los trabajos del doctor Simón Budman, quien escribe y da varias conferencias sobre el tema de las terapias breves usando una mezcla de los modelos cognoscitivos y conductuales en escenarios de tiempo limitado (1988).

Terapia Gestalt/existencial de grupo

Fritz Perls, el creador y primer maestro de la terapia Gestalt a principios de la década de 1950, impugnó la mayor parte de las suposiciones básicas de la psicote-

rapia psicoanalítica. Prefirió iniciar el trabajo psicoterapéutico con el aquí y el ahora. Perls conceptualizó una terapia existencial que se enfocó primero en la conciencia del momento presente. Se consideró al escenario del grupo como el lugar ideal para aprender. En los primeros grupos de demostración, un individuo podía ocupar voluntariamente "la silla caliente" y trabajar con el terapeuta mientras los demás observaban. Los miembros del grupo compartían observaciones y se comprometían en interacciones después de que se completara la interacción inicial uno a uno. Este modelo con frecuencia se malinterpreta como la totalidad del trabajo de grupo Gestalt.

Polster y Polster (1973) presentaron algunas de las formas en las que la segunda generación de terapeutas Gestalt expandieron el uso de la modalidad de grupo. Ellos describieron la "silla caliente flotante", que permite centrar la atención en cambios en torno al grupo y motivar la participación espontánea de cualquiera de los miembros; se motiva el contacto significativo entre los participantes. Es responsabilidad de todos los miembros ver y escuchar con atención. Las observaciones que hacen unos de otros se vuelve la base del trabajo terapéutico de grupo. Se presta atención al lenguaje corporal, a la respiración, la postura, al volumen y al tono de voz, así como a las vacilaciones (todo contribuye al aumento de la conciencia en ese instante).

Los Polster señalan el valor de este método para el descubrimiento de uno mismo. "La gente aprende a estar sincronizada en sus procesos internos, a articularlos, y a comportarse en términos de éstos... La oportunidad de establecer experimentos lleva al contacto y al conocimiento... Casi invariablemente hay apoyo en algún grupo para cualquier conducta que desee intentar. El grupo posee sabiduría en sí mismo, que se extiende más allá de la del líder..." (1973, p. 297).

El uso de "experimentos" en el grupo es un método básico de la Gestalt. Un miembro del grupo puede ser invitado ya sea por el terapeuta o por otro miembro del grupo para practicar una nueva conducta; por ejemplo, un juego de roles con otro miembro del grupo, o un diálogo donde se mencionen cuestiones personales que están en conflicto, o incluso expresar un sentimiento en una forma exagerada para experimentarlo de manera más completa. El método del grupo existencial incita a los participantes a emplearse de forma creativa para confrontarse consigo mismos y con los demás, en un esfuerzo conjunto para cambiar la conducta.

El terapeuta del grupo Gestalt es un participante-facilitador siempre presente. El terapeuta cuestiona y proyecta las problemáticas como lo hacen los terapeutas de otras orientaciones teóricas. Sin embargo, el terapeuta Gestalt también reta al *statu quo* y confronta las reacciones demasiado precavidas y/o ritualizadas. Dicho terapeuta no hace interpretaciones, sino que más bien comparte las percepciones. Se desalienta el chismorreos y los reportes. También se desalienta el hablar en términos generales como "uno haría"; los participantes son alentados por el terapeuta a mencionar el "Yo" para que lo que digan manifieste en realidad sus sentimientos e ideas. El terapeuta facilita la interpretación de los sueños y también orienta y da forma a las fantasías que tiene un miembro del grupo cuando dicha acción se considera útil; apoya y alienta las interacciones de grupo y pide que éste procese las preguntas. Éstas comúnmente se plantean como "¿qué está pasando ahora?", en lugar de "¿por qué pasó esto?"

Los métodos existenciales de grupos pequeños, combinados con los experimentos Gestalt, condujeron al movimiento de grupos de encuentro, que a su vez hizo surgir el movimiento de crecimiento en las terapias de grupo. Lieberman, Yalom y Miles (1973), al escribir acerca de los grupos de encuentro, explicaron que "... el efecto más común sobre los participantes está en el área del cambio de valores y, en particular, en el aumento de la valoración del crecimiento y el cambio personal" (p. 447).

Existen institutos para la capacitación en terapia Gestalt en la mayor parte de las principales ciudades estadounidenses, sobre todo en Nueva York, Cleveland y Los Ángeles. Los expertos terapeutas Gestalt, Miriam y Erving Polster, continúan dirigiendo grupos de capacitación profesional a nivel internacional en La Jolla, California.

Modelos ecléctico, integrador y otros más de terapia de grupo

El interés en los modelos del "grupo como un todo" sigue siendo un foco de atención que ve más al grupo como metáfora del proceso terapéutico, y menos como transacciones individuales. Por ejemplo, el método Tavistock analiza el trabajo de las relaciones objetales, combinado con la teoría de dinámicas de grupo. Las interpretaciones del líder se enfocan en asuntos grupales más que en aspectos individuales, como conflicto y competencia, o tareas y autoridad. La atención se cen-

tra en la comprensión de la conducta del grupo y en las influencias de la estructura social sobre los individuos. El cambio personal llega a través de la exploración de estas relaciones.

La teoría de sistemas sociales pone énfasis en el concepto de *límites*, que es la región de experiencia que separa al individuo del grupo o a éste del resto del ambiente. Edward Klein (1992, p. 106) es definitivo en su declaración: "todos los teóricos de los sistemas están de acuerdo en que cada grupo tiene límites que lo distinguen del ambiente. El papel del líder implica la identificación y regulación de dichos límites." Como el grupo está evolucionando continuamente, el cambio en un individuo estimula un cambio en el sistema del grupo, así como un cambio en el subsistema del mismo logrará que se realice también en los individuos. Estas son dinámicas complejas.

Helen Durkin (1964) fue una de las primeras líderes y escritora de la terapia enfocada al grupo, la cual se fundó en supuestos psicoterapéuticos psicodinámicos, y se le conoció como Teoría general de sistemas (TGS). El modelo TGS examina los sistemas estructurales mientras explora los asuntos de transferencia y resistencia. Se pone más atención a lo que se expresa que a lo que se oculta. Éste también es considerado un modelo orientado al crecimiento que puede ser fácilmente integrado con relaciones objetales y teorías de la psicología del Yo (Klein, Bernard y Singer, 1992).

En los últimos diez años se ha puesto más atención a la psicoterapia enfocada al grupo. Estos grupos se desarrollan en torno a personas similares que representan a una población de pacientes específica. Los subgrupos de terapia se forman en torno a un asunto en particular, como la dependencia con el cónyuge, o una experiencia como la timidez. En un libro reciente acerca de estos grupos (McKay y Paleg, 1992), se ofrecen las siguientes descripciones de las cualidades comunes de los grupos focales:

- Tienen alto grado de estructura.
- Incluyen una meta u objetivo, que es un asunto específico y limitado.
- Están fuertemente orientados a las metas.
- Otorgan un alto valor a la eficiencia; se llevan a cabo tareas y ejercicios estructurados que se diseñan para promover un cambio rápido.
- Tienen una alta función educativa.
- Desalientan la atención a los asuntos de transferencia.

La mayoría de los grupos enfocados en temas o intereses son de tiempo limitado, con "contratos" claros establecidos al inicio de cada grupo con relación a las metas, los miembros y la fecha de terminación. Algunos de estos grupos son manejados por terapeutas de grupo capacitados en forma profesional, y muchos otros no son manejados así. Algunas veces estos grupos son parte de una organización más grande que patrocina series de grupos de apoyo que pueden ser fácilmente confundidos con grupos de psicoterapia, establecidos para tratar asuntos similares.

Una cantidad creciente de psicoterapeutas de grupo bien capacitados se llaman a sí mismos terapeutas *eclécticos* o *integradores*. Por lo general, esto se refiere a la integración cuidadosa de una variedad de posiciones teóricas, mezcladas con técnicas de grupo, que la experimentación indica que funcionan de forma más efectiva en una situación dada. Más que ser rígidos a cualquier formulación o sistema particular, hay un uso ordenado de los diversos métodos que tienen sentido para el terapeuta.

Así que encontramos que los terapeutas de grupo experimentados pueden trabajar con poblaciones similares de pacientes en una variedad de formas.

Cada semana, un hombre joven deprimido puede encontrarse en un pequeño grupo de otros ocho hombres y mujeres de distintas edades, presentando diversas preocupaciones por un tiempo indefinido. El estado de ánimo del grupo puede activarse alrededor de un asunto diferente cada vez que se reúnen, o puede pasar mucho tiempo en cada sesión trabajando con lentitud para incluir en el círculo de intimidad a un nuevo miembro particularmente temeroso. Si el mismo joven estuviese en un grupo diferente, podría encontrarse respondiendo preguntas acerca de sus actividades de la semana anterior, mientras que el grupo estaría alentándolo a hacer algo diferente entre las sesiones. Otro grupo podría combinar ambos tipos de involucramiento grupal.

Una mujer de edad mayor, recientemente divorciada, se podría remitir a un grupo conformado en su totalidad por mujeres solteras, o a un grupo de hombres y mujeres en el cual todos tengan poco tiempo de haberse divorciado, o podría estar en un grupo con el joven deprimido que se mencionó con anterioridad. En las terapias podría descubrir que pone atención a sus pérdidas pasadas, las cuales se presentan de manera más vivencial debido al divorcio y se combinan para hacerla sentir triste y sin esperanza. O podría integrarse en discusiones intensas del proceso de grupo, que mantienen

todos los sentimientos y conocimientos dentro del consultorio.

Ningún método de terapia de grupo en especial es mejor para todas las personas. Tal vez las investigaciones futuras aclararán mejor el proceso de elección para el consumidor de dicho tipo de terapia.

Datos de investigación y tendencias futuras

Aunque es limitado el estatus de los resultados de las investigaciones de los grupos de psicoterapia actuales, vale la pena revisar brevemente tanto los problemas como las conclusiones disponibles.

Las conclusiones de las investigaciones indican que, en la mayor parte de los casos, la terapia de grupo es tan efectiva como la terapia individual (Dies, 1992). Debido a que es menos costosa, los psicólogos clínicos tendrán el reto de explicar por qué la terapia de grupo no es la terapia elegida con mayor frecuencia para los pacientes.

Actualmente los datos empíricos respecto a los criterios de selección que utiliza el paciente son demasiados limitados y no están disponibles. La mayor parte de los hallazgos están basados en poblaciones tan pequeñas que los patrones reportados pueden ser producto del azar. Pocos de esos estudios han sido repetidos. Un problema es que la mayor parte de las sesiones de ingreso o selección para la terapia de grupo son entrevistas "clínicas", en las que el terapeuta plantea al miembro de grupo potencial preguntas y anota las respuestas. De este modo, el terapeuta tiene criterios de selección predominantemente subjetivos y difíciles de medir. Casi todos los terapeutas tienen criterios más claros para filtrar miembros y "excluirlos" que para seleccionarlos e "incluirlos". Las razones más comunes dadas para filtrar y "excluir" a los miembros potenciales del grupo son:

1. Pacientes con crisis agudas.
2. Episodios psicóticos reportados.
3. Incapacidad para sentarse tranquilamente y escuchar.
4. Daño cerebral.
5. Dependencia a las drogas.
6. Instinto suicida.
7. Trastorno de personalidad sociópata.

Un método interesante, pero que casi no ha sido probado es el del grupo de observación, un grupo específicamente diseñado para ofrecer una experiencia de grupo a corto plazo para un número limitado de indivi-

duos. Éste brinda una oportunidad al terapeuta para que oriente a los pacientes recién referidos al grupo y para que los observe. Un grupo de observación no es útil para una práctica externa pequeña, pero puede ser valioso ya sea en los escenarios institucionales, o en la práctica con grupos grandes, los cuales ofrecen una variedad de ambientes de terapia de grupo. Ésta es otra área que se debe considerar en futuras investigaciones.

La preparación sistemática para la participación en la terapia de grupo ha sido descrita y apoyada por Yalom (1985). Algunos psicólogos sugieren que los pacientes que participan activamente en la terapia de grupo dando y recibiendo retroalimentación obtienen los mejores beneficios. Los estudios indican que los pacientes experimentan menos resultados deficientes cuando el estilo del terapeuta es cálido y de aceptación (Lieberman *et al.*, 1973). No hay investigaciones definitivas que instruyan acerca del tamaño óptimo para un grupo de terapia. El conocimiento colectivo compartido por la mayoría de los terapeutas de grupo es que de cinco a ocho participantes es el mejor número. Si falta un miembro o dos, siguen existiendo los suficientes miembros para mantener el proceso viable. El siguiente número que más se ha discutido para la terapia de grupo es 10.

Los estudios más frecuentemente citados acerca de la terapia de grupo continúan siendo aquellos que comparan la efectividad de la terapia de grupo con la de la terapia individual. En el prólogo de un libro sobre la psicoterapia de grupo, uno de los editores, Harold Bernard, menciona:

Durante la última década y media ha existido un esfuerzo concertado para demostrar que la psicoterapia es efectiva. Ahora hay cientos de estudios controlados que indican un efecto terapéutico general de aproximadamente 0.85; esto es, alrededor de 85% de los pacientes que reciben psicoterapia están mucho mejor que los pacientes del grupo de control. No se sabe bien si los resultados son esencialmente los mismos en caso de que la psicoterapia sea proporcionada en formato individual o en grupo. (Bernard y Mackenzie, 1994, p. viii.)

Con la evidencia convincente de que la terapia de grupo es tan efectiva para la mayoría de la gente como la terapia individual, y el claro costo-beneficio del grupo cuando se compara con el trabajo de terapia individual, seguirá aumentando el interés por la psicoterapia de grupo. Continuará siendo un reto para los futuros in-

investigadores el hecho de distinguir qué tipo de terapia de grupo, implementada para algún tipo de problemas personales, proporcionará el mejor resultado.

TERAPIA FAMILIAR

Introducción

En un inicio, el uso de la terapia familiar evolucionó de la preocupación que injustamente identificaba a los niños como "pacientes". A muchos psicólogos clínicos les pareció que con mucha frecuencia los padres apoyaban la creencia de que si su hijo "problema" podía ser "curado", entonces toda la atmósfera de la familia estaría "sana". Este punto de vista vino del concepto del modelo médico de que un niño problemático debería estar "mentalmente enfermo" y que se podría "curar" con los estudios, el diagnóstico y los tratamientos adecuados.

En el contexto histórico, el interés por la familia como una unidad también proviene de las ciencias sociales y del interés en la teoría de la comunicación. Los patrones de comunicación familiar se pueden observar, al igual que el funcionamiento de la unidad familiar, en el contexto del sistema que forma. Dentro de este marco, a un individuo puede vérselo recabando información, procesando señales no verbales y siendo estimulado en ciertas formas que se internalizan en los patrones de la vida.

Conforme surgen los retos para la psicoterapia psicoanalítica individual, parece razonable que se desarrollen diferentes formas de entender la experiencia individual, el dolor, el crecimiento y el cambio.

Para muchos psicólogos de la psicoterapia, se ponía demasiado énfasis en el individuo que tenía un problema. En efecto, con mucha frecuencia parecía que un miembro de la familia "cargaba" con los síntomas de la familia. Así que se cambió el enfoque del entorno del paciente. Ahora se puede considerar que muchos problemas no existen dentro del individuo, sino que reflejan una disfunción sistémica en los patrones y experiencias de la unidad familiar.

Philip Barker, en 1981, escribió lo siguiente en su libro de texto *Basic family therapy*:

Ahora se ve con claridad que es posible usar la teoría de los sistemas como un modelo para entender cómo funcionan las familias, pero utilizando una amplia variedad de métodos para cambiar su funcionamiento... la bibliografía existente sugiere que cualesquiera de los diferentes enfoques teóricos puede ser la base para una terapia exitosa... hay cierta variedad de formas para lo-

gar el cambio, en especial, en cualquier familia con problemas. (1981, pp. 740.)

Modelos de práctica

Varios teóricos de la psicoterapia han contribuido significativamente a las primeras formulaciones acerca del trabajo con las familias en terapia. Aunque la tendencia actual es integradora, sigue siendo valioso tener un panorama de la progresión de la teoría y la práctica que nos trajo a la situación presente.

Por lo general, Nathan Ackerman es considerado como el abuelo de la terapia familiar. Fue un analista psicodinámico de niños y formó parte del movimiento de orientación infantil. En 1930 consideró que la unidad familiar tenía un impacto relevante sobre la situación del niño. En la década de 1940, tomaba en cuenta a la unidad familiar como parte del estudio de evaluación. Veía a la familia tanto en su casa como en el consultorio. El proceso de diagnóstico se convirtió en una parte del tratamiento. Conforme fue explorando los aspectos e interactuando con la familia, los miembros de ésta fueron tornándose más conscientes, compartidos e íntimos (Ackerman, 1958, 1984).

En la década de 1950 Murray Bowen (Papero, 1991) comenzó a involucrar a los miembros de la familia de pacientes esquizofrénicos hospitalizados en el proceso de tratamiento. Desde este primer trabajo creó un conjunto evolucionado de teorías acerca de la influencia de las familias sobre el paciente definido. Supuso que la familia "causaba" los problemas del paciente. Una postura básica que emergió de su investigación era que la terapia familiar debía usarse cuando se considerase que la familia era la razón de los problemas reportados. Creó el término *sistema emocional* para describir el sistema complejo de fuerzas existentes de vida, genéticas y de experiencia, que establecen el sistema de conducta individual. Bowen explicó este fenómeno como un complejo de influencias que involucran a la biología y a los sentimientos que rigen "la danza de la vida".

Al final de la década de 1950, el interés en la investigación y la teoría familiares cambió hacia el tratamiento familiar. Gregory Bateson y Don Jackson formaron institutos de familia en la costa oeste de la Unión Americana; Ackerman estuvo en la costa este, y Carl Whitaker emergió como un psicólogo y maestro en el medio oeste. Cada grupo de instrucción tenía sus propios intereses particulares.

Carl Whitaker fue particularmente innovador al introducir diversas generaciones en las sesiones de terapia. Sobre todo estaba interesado en la oportunidad para experimentar con los miembros de la familia ampliada, y los alentó de manera activa y los retó para que interactuaran y se divirtieran entre ellos. El modelo fue humorístico, creativo, absurdo, abierto y cálido.

Virginia Satir tuvo una profunda influencia sobre los primeros adiestramientos de muchos terapeutas familiares. Viajó mucho alrededor del país entrenando a jóvenes profesionales, y escribió dos libros que son frecuentemente usados para enseñar la práctica de la terapia familiar: *Conjoint family therapy* (1968) y *Changing with families*, con Richard Bandler y John Grinder (Bandler, Grinder y Satir, 1976). Su interés se centró en el proceso de la experiencia de ser un miembro de la familia.

El método implica explorar con cuidado los patrones de su comunicación y luego aprender formas para cambiar las comunicaciones disfuncionales. Se enfocó en lo práctico y enseñó estrategias para que los miembros de la familia lograran un incremento en la autoestima al expresar directamente más de lo que sienten, lo cual los llevaría a un comportamiento más congruente.

A finales de los años sesenta surgió otro modelo basado en el trabajo hecho con delincuentes juveniles. La terapia familiar estructural se describe en los libros de texto populares como:

...basada en una teoría de sistemas que fue desarrollada por vez primera en la clínica para el asesoramiento de la niñez, en Filadelfia, bajo el mando de Salvador Minuchin... las características distintivas son su énfasis en el cambio estructural, que es la meta principal de la terapia, y adquiere predominio sobre los detalles del cambio individual; la atención está puesta en el terapeuta como un agente activo en el proceso de reestructuración de la familia. (Colapinto, 1991. p. 78)

Una innovación significativa incluía el reto aunado al apoyo. La postura retadora del terapeuta provocó dificultades en la familia y creó una crisis en el consultorio de la terapia. Este fue un movimiento críticamente alejado de las estrategias más enfocadas en el apoyo y en el contenido que se usaron con anterioridad. La desorganización que emergió en la sesión terapéutica podía usarse para abrir oportunidades a fin de explorar las opciones de nuevas formas de conducta el uno con el

otro. Puesto que la familia es vista como un "sistema abierto", la suposición es que el reto de entender el problema lleva a un acomodo, y la necesidad de una modificación conduce a un cambio.

Fuera del trabajo familiar estructurado, combinado con la teoría general de sistemas, surgió la terapia estratégica desarrollada por Jay Haley a finales de 1970, quien visualizó al terapeuta como un interventor activo en el sistema familiar que inicia las formas alternativas de ver y entender los asuntos familiares. Las metas se establecen claramente y los cambios conductuales son definidos por el terapeuta, incluyendo la asignación de "tareas". Este involucra a cada miembro de la familia en el proceso de cambio; es una persona que sabe dirigir.

Chloe Madanes, esposa y colega de Haley en la clínica antes citada, llevó sus teorías más allá al introducir la idea del paciente que se define en la familia como aquel que posee los síntomas tanto para reflejar como para disfrazar los asuntos reales, a menudo ocultos y que la familia evita enfrentar. Madanes (1981) aclaró que "...las pautas son planeadas deliberadamente y son la principal técnica teórica del terapeuta" (p. 24).

De este modo, el movimiento de terapia familiar se volvió muy conductual y se enfocó en la redefinición del problema, combinado con los nuevos modelos de aprendizaje que frecuentemente fueron manejados por los terapeutas. Esto condujo a varios modelos de aprendizaje social, los cuales incluían diversos sistemas de capacitación de padres y de manejo de niños. La terapia familiar y la terapia conductual se fusionaron en las técnicas populares que son familiares para nosotros, como el concepto de "tiempo fuera" para los niños que están fuera de control, de "contratos" para los trabajos que deben realizarse entre los miembros de la familia, y de "los sistemas de puntos" conductuales.

Con el tiempo, de cada uno de los modelos teóricos emergentes de psicoterapia individual, los psicólogos han desarrollado modelos concomitantes para cada una de las terapias de grupo, que incluyen a la terapia familiar y a la de pareja. Algunos de los modelos que pueden observarse en las sesiones de terapia familiar son comunes a los que usan un modelo teórico de terapia individual. Sin embargo, algunos de los que se podrían observar en las sesiones familiares son en esencia los mismos, a pesar de los supuestos teóricos definidos. La mayoría de los terapeutas familiares casi siempre se adhieren a los siguientes acuerdos básicos:

1. Verán a la familia completa en la primer sesión.
2. A cada miembro de la familia se le manifestará el mismo respeto y se le dará la misma oportunidad para hablar.
3. No se tolerará que se tome como "chivo expiatorio" a un miembro de la familia.
4. No se permitirá la violencia física.
5. La definición, evaluación y establecimiento de metas involucrará a toda la familia.
6. Se harán los esfuerzos necesarios para conducir la terapia con toda la familia.

La manera en que se lleven a cabo estos acuerdos básicos varía de acuerdo con la orientación y estilo del psicoterapeuta.

Algunos terapeutas familiares únicamente se reúnen con toda la familia en las citas. Otros terapeutas lo hacen con cualquiera de los miembros familiares que se presente a la cita. Ciertos terapeutas invitan a subgrupos familiares para llevar a cabo algunas sesiones; por ejemplo, los niños pueden reunirse con el terapeuta para una sesión, separados de los adultos, o los padres pueden realizar algo de trabajo de pareja sin los hijos. Los abuelos u otros adultos importantes pueden ser invitados a una sesión para estimular los sentimientos de inclusión y para obtener sus observaciones. El uso de varias familias en una sesión de grupo también ha tenido alguna atención en la década pasada.

Temas especiales en la terapia familiar

Divorcio

En los últimos veinte años, los terapeutas capacitados en el área de la psicología familiar han sido consultados en forma creciente para trabajar con miembros de familias que están tramitando un divorcio. Los psicólogos, trabajadores sociales y consejeros familiares son los profesionales más solicitados para trabajar con familias que están enfrentando una lucha dolorosa, conforme atraviesan los complejos problemas que surgen durante el proceso de un divorcio.

En 1980, las psicólogas Judith Wallerstein y Joan Kelly escribieron un libro de gran influencia en la evolución de las ideas acerca de los niños cuyos padres se encuentran en trámites de divorcio: *Surviving the break-up*. Las autoras siguieron el curso de las familias desde el momento en que los padres tomaron la decisión de separarse, a través de los dilemas monetarios, de las

propiedades y de los planes para con los hijos, hasta las experiencias posteriores al divorcio; esto en cada miembro de la unidad familiar. Se utilizaron extensos cuestionarios y entrevistas antes, durante y después de que se hicieron los arreglos finales para el divorcio, los cuales llevaron cinco años. En 1989, Judith Wallerstein y Sandra Blakeslee, en *Second chances*, publicaron sus resultados y observaciones de un estudio de seguimiento de diez años, de la misma población usada en el libro original.

Las conclusiones de Wallerstein se han vuelto muy importantes para los terapeutas (también para los abogados y jueces) por el conocimiento que proporciona respecto al mundo de las familias que enfrentan un divorcio. Gracias a esta información, estamos mucho mejor preparados para ayudar a las familias. Entre las partes importantes de esta información para guiar nuestra terapia sobresalen las siguientes:

1. Las parejas que consultaron a terapeutas familiares al inicio del trámite de divorcio reportaron menos tensión y menos resentimiento.
2. Los niños que fueron informados sobre los aspectos básicos, conforme sucedían las cosas, se sintieron mejor que los niños que se quedaron sin aclarar sus dudas y conjeturas acerca de la decisión de los padres.
3. Los niños necesitan saber cómo resultarán afectados, en los aspectos concretos, por las decisiones que se tomen. Es obvio que deseen saber dónde vivirán, si con el papá o con la mamá. Incluso les gustaría conocer los detalles sobre quién estará involucrado en sus vidas cotidianas, como las mascotas, el piano, su recámara, etc.
4. Los niños se ajustaron más fácilmente al divorcio cuando estuvieron expuestos a cambios mínimos durante el primer año después del divorcio de los padres. Los niños más pequeños que pudieron quedarse en su casa de siempre y que pudieron asistir a la misma escuela y/o que siguieron viendo a la misma gente, se sintieron mejor que los niños que fueron llevados a otros sitios inmediatamente después del divorcio.
5. Los niños más pequeños se adaptaron más fácilmente al cambio. Los preadolescentes varones mostraron mayor cantidad de problemas ante los cambios generados por el divorcio.
6. Los niños se preocupaban mucho acerca de la posible pérdida de uno de los padres como resultado

del divorcio. Los niños se sintieron mejor cuando ambos progenitores continuaron estando presentes y predecibles en sus vidas cotidianas.

7. Por lo regular, los niños que presentaban un buen ajuste antes del divorcio, se estabilizaban después de casi 18 meses. La condición general psicológica de los niños dependía más de la calidad general de la vida después del divorcio, y particularmente de la resolución de los asuntos y conflictos entre los padres, y del ajuste que existía con alguno de ellos (ya sea que viviesen con el padre o con la madre), y que con más frecuencia fue la madre, inclusive cuando la custodia era compartida.
8. Aun cinco años después del divorcio, la mayoría de los niños, independientemente de su edad, continuaban deseando que sus padres se volvieran a unir.

Es común encontrar parejas que muchos años después del divorcio continúan cuestionándose si su decisión fue acertada o no. Pero por cada pareja que se pregunta si debió haber permanecido unida y haber trabajado más duro en el primer matrimonio, hay otra pareja que continúa peleando con su primer esposo mucho tiempo después de que la tinta se ha secado en los papeles definitivos del divorcio. Por lo regular, los niños de estas familias continúan reflejando la confusión y el descontento creados por los padres. Mientras los adultos continúan molestos, los niños llevarán estos problemas a la escuela y al mundo de sus juegos. Comúnmente estos niños expresan sus temores y angustias sobre los cambios que están fuera de su control, y muestran conductas regresivas, fallas en la escuela, peleas con los compañeros, discusiones con los miembros de la familia y/o automarginaciones.

Muchos de estos miembros de la familia buscan ayuda en los consultorios de los terapeutas familiares. Dependiendo de la orientación teórica del terapeuta, puede atender a la familia original del niño en forma grupal, o sólo al niño, o a los padres juntos o de manera individual, o puede invitar a una sesión a una combinación de miembros de la familia.

Los padres que viven por separado presentan retos específicos a los terapeutas familiares que consultan. La importancia de la neutralidad debe estar siempre presente en las consultas relacionadas con los divorcios. Las parejas que ya están separadas son más susceptibles de ser prejuizadas por parte del terapeuta. El vínculo roto de la confianza flota en el ambiente del consultorio todo el tiempo. El terapeuta siente su pre-

sencia tanto como quizá lo experimente el niño; algunas veces el terapeuta se convierte en el portavoz del niño ausente. El contrato entre los miembros de la familia y el terapeuta deberá ser muy claro, de modo que la frágil confianza no se vea amenazada.

Una terapia familiar de divorcio efectiva y apropiada representa un trabajo progresivo. Lo que ha surgido hasta este momento es la importancia que tiene la base de conocimientos y la capacitación del terapeuta, más allá de lo que se necesita para la terapia individual, la terapia de grupo o la terapia familiar.

Padres sustitutos y familias mezcladas

Se presume que para el año 2000, 50% de los niños en Estados Unidos vivirán en familias con algún padre sustituto (padraastro o madrastra). Dado que la mayoría de los adultos divorciados se vuelven a casar dentro de los tres primeros años después del divorcio, está claro que estas proyecciones tienen sentido. Mientras que la mayoría de los hijos menores de parejas divorciadas continúan viviendo principalmente con el progenitor que cuidaba más de ellos, antes de la separación, una creciente cantidad de niños están sometidos a arreglos de custodia física compartida de algún tipo. Dado que la custodia compartida es la norma más común, es comprensible que habrá cada vez un número mayor de niños que pasan el tiempo en dos hogares.

En el libro tan popular de Visser y Visser, acerca de los padres sustitutos (1979), informaron que son limitados los estudios acerca de las relaciones con familias que incluyen un padre sustituto. Señalan varios hallazgos que han sido comprobados con el tiempo y, por lo general, son considerados como sabiduría común acerca de las familias que incluyen un padre sustituto:

1. Hay una correlación positiva entre el nivel socioeconómico y el éxito de las familias que incluyen a un padre sustituto.
2. Las familias con algún padre sustituto experimentan más tensión psicológica que las familias completas.
3. Las madrastras tienen problemas debido a la imagen negativa que se atribuye a una "madrastra".

Una publicación especial del *Journal of family psychology* (Levant, 1993) indicó varios aspectos de familias en transición y reportó datos abrumadores que sugieren que gran cantidad de niños pasan al menos cinco años de sus vidas en un grupo familiar de un solo pro-

genitor (encabezado este grupo casi siempre por la madre). A pesar de los arreglos de custodia compartida, la carga de la responsabilidad de la crianza de los niños recae en la madre. Estas madres frecuentemente experimentan dificultades económicas, presiones de tiempo y gran tensión psicológica.

En los casos en que ambos progenitores continúan participando de manera activa en la crianza de sus hijos después del divorcio, o cuando los padres se vuelven a casar, la mayoría de las mujeres experimentan menos problemas. Conforme los padres establecen nuevas relaciones estables, por lo regular son más capaces de superar los viejos conflictos con sus antiguas parejas. Es comprensible que cuando los padres divorciados se casan por segunda ocasión con parejas que ya tienen hijos, éstos enfrentan muchas situaciones nuevas que les causan problemas. Con frecuencia, la nueva pareja recién casada se siente demasiado optimista acerca del futuro de la familia "mezclada". Durante el noviazgo, los hijos "mezclados" parecen disfrutar cuando salen juntos, y los conflictos con el futuro padrastro o madrastra son mínimos. La pareja, en su ansiedad por sentirse renovada, quizá pase por alto las diversas realidades de la experiencia de los niños. A menudo, los padres presentan a los hijos sus "nuevas parejas" demasiado prematuro en el proceso. Las observaciones clínicas sostienen que se debe esperar hasta que la relación de los adultos sea clara, fuerte y comprometida, antes de presentar al niño el prospecto de nueva pareja. En particular, los jóvenes congenian con los nuevos adultos, pero si surgen varios problemas, aprenden a no congeniar y pueden mantenerse alejados del nuevo padre sustituto indefinidamente. Los padres sensatos esperan cierto tiempo hasta llegar a conocer bien a la posible pareja y luego la presentan en forma gradual en el entorno familiar.

Ahora existen datos importantes (Hetherington, 1993) que apoyan las primeras teorías de que los adolescentes jóvenes experimentan mayores dificultades por el divorcio de los padres, las segundas nupcias y los ajustes con los padres sustitutos. Los adolescentes tienden a reaccionar en forma más negativa ante los cambios del vecindario, la escuela y la forma de ser de los nuevos padres. Aunque durante la adolescencia se inicia normalmente el proceso de individualidad y de separación de la familia, los hallazgos sugieren que en las familias recién readaptadas, alrededor de una tercera parte de los jóvenes se desliga de la familia a la edad de 15 años. Cuando hay una figura positiva adulta distin-

ta a la de los padres, el adolescente se encuentra en menor proporción en los grupos antisociales.

Con mucha frecuencia la introducción de un nuevo adulto en el entorno familiar causa tensión. La introducción de niños que no tienen relación en la estructura familiar provoca tanto tensión como rivalidades. El papel anterior del niño es ahora desafiado con la llegada de "otros". Estas dificultades están marcadas de manera especial cuando los niños son del mismo sexo y de edades similares. Los niños buscarán a sus propios padres para obtener cariño, apoyo y comprensión. Es común la separación de las nuevas unidades familiares hacia el lado del padre o de la madre. Un ejemplo de estas dinámicas de antiguos casos es el siguiente:

Cuando Clara y Henry se volvieron a casar, cada uno tenía tres hijos menores de catorce años. Durante el tiempo de noviazgo, los niños más pequeños, que tenían ocho años de edad, parecían jugar juntos tranquilamente. Los adolescentes jugaban, veían películas y salían a pasear con aparente tranquilidad. Hubo algunos indicios de problemas cuando a la hija más grande de Henry no le gustó el vestido para la boda elegido para las niñas por parte de Clara. Y un hijo de Clara no quería sentarse junto a sus hermanos y medios hermanos, e insistía en que mejor se sentaría junto a los abuelos.

Afortunadamente, la pareja pudo comprar una casa más grande para alojar a toda la familia. Pero debido a la mudanza, era necesario que los niños más pequeños y las niñas más jóvenes compartieran las recámaras. Cada uno de los hijos más grandes pudo tener su propia habitación. Durante los primeros tres años se presentaron todos los problemas imaginables que experimentaron los adolescentes de esta familia "mezclada". Cada "bando" se empeñó en hacer la guerra al padre opuesto. Frecuentemente, los jóvenes involucraban en la pelea al padre divorciado o a un abuelo.

Conforme los niños fueron creciendo y dejaron la casa familiar, la división entre los hijos de Clara y de Henry se hizo mayor y nunca se resolvió. Por fortuna, todos estos niños en ocasiones establecieron relaciones estables propias. Si los padres hubiesen sido emocionalmente inestables, demasiado rígidos, carentes del sentido del humor, pobres o con enfermedades, el resultado para esta familia no habría sido tan positivo.

Parte de los retos para una unidad familiar recién formada, posterior a un divorcio, es la administración del tiempo. Con niños pequeños que con frecuencia necesitan un tipo diferente de horario de visitas que los

hijos de más edad, e hijos en edad escolar que dividen parte de la semana en diferentes hogares, el calendario se convierte en una fuente crónica de confusión, debate y revisión. Los padres divorciados descubren que necesitan ser capaces de consultar con regularidad para satisfacer sus propias necesidades sociales y de trabajo, así como para responder a las demandas particulares de los horarios de los niños. Para hacer que el proceso funcione se necesitan mentes abiertas, espíritus generosos y una ausencia de malicia.

También existen peligros incorporados en los papeles de los padres sustitutos. Para la mujer que no tiene hijos propios pero que toma el papel de "madre" para los hijos de su nuevo esposo, con frecuencia el padre coloca en ella expectativas que no son realistas. Esta mujer sin hijos puede tener teorías acerca de la crianza de los niños y la esperanza de ser una influencia importante. Una mujer que tiene hijos propios llega al matrimonio con expectativas propias menos complejas. Por lo general, sólo busca establecer una conexión respetuosa y amistosa con los hijos del esposo.

De forma similar, para los hombres sin progenie propia, con frecuencia existe la expectativa de que llevará orden y disciplina a una casa que ha estado sin una presencia masculina activa. Si tiene un temperamento tranquilo, puede desilusionar a su nueva esposa, aunque tenga éxito con los niños. Si intenta ser autoritario, los niños pelearán con él y le dirán cosas como: "usted no es mi padre y no me puede mandar". Cuando el nuevo esposo lleva a sus propios hijos al hogar, es capaz de enfocarse mucho más en una aceptación mutua a su alrededor. Desea que sus propios hijos se sientan bien con su nueva pareja, quiere demostrar su habilidad para incluir a los hijos de ella y tiende a gastar menos energía afirmando su influencia sobre los hijastros.

En todas las familias "mezcladas" existen aspectos importantes de lealtad. Ésta frecuentemente se relaciona con la cultura de la familia. ¿Cómo se celebrarán los días festivos y los cumpleaños?, ¿quién preparará los alimentos?, ¿cuáles son las expectativas acerca del tiempo?, ¿de la lavandería?, ¿del cuidado de las mascotas? El reporte de la información a cada miembro de la familia reta al sistema familiar. ¿En casa de cuáles abuelos celebraremos la comida del día de las madres?, ¿cuáles niños acudirán a la iglesia la tarde del sábado?, ¿quiénes irán a la iglesia el domingo por la mañana?, ¿puede Samy quedarse en casa debido a que no desea ir a algún servicio religioso?, ¿quién verá la televisión?,

¿quién no tiene quehaceres después de la cena y antes de ver televisión?

Conforme más miembros de la nueva familia están más cerca de la antigua familia, van surgiendo problemas adicionales. Los abuelos disfrutaban de pasar el tiempo con los nietos, pero pueden no desear tomar la responsabilidad de acoplarse con los hijos del nuevo yerno. Los abuelos también saben que el padre natural, aunque esté divorciado de su hijo o hija, sigue siendo un eslabón importante en las vidas de sus amados nietos. Los abuelos inteligentes no hacen alianzas con nadie, y los abuelos poco considerados y sin conocimientos pueden crear muchas dificultades para la familia recientemente "mezclada".

Emily y John Visher (1979) nos recuerdan que con las familias sustitutas "...esto es lo que uno vería bajo el microscopio. El amor y el odio se amplifican. La rivalidad y la competencia por la atención se amplifican también, así como la inseguridad y la búsqueda de identidad... las segundas nupcias para los adultos son el logro de una relación de adultos importante. Para los hijos, las segundas nupcias a menudo representan la pérdida de una relación cercana padre-hijo. El hijo deberá compartir al padre con uno o más individuos nuevos..." (p. 162).

Vemos que cuando las familias "mezcladas" son capaces de combinar las tradiciones de las dos familias originales, y de invitar a todos los miembros importantes a participar en algunas reuniones, entonces todos se benefician de esta riqueza de buena voluntad. Cuando tres generaciones en ambos lados de la familia pueden ser confiables y generosos de espíritu, todos salen ganando. Pero es claro que esta mezcla es un reto que demanda tiempo, información y energía.

Tendencias y aspectos de investigación futuros

La suma de los datos de investigaciones actuales (Levant, 1993) indican claramente el camino a la realidad del creciente número de niños en familias con parientes sustitutos. Los factores estresantes agregados tienen efectos negativos sobre los niños y los casi adolescentes. Será importante ver los resultados de los estudios a largo plazo para evaluar qué estrategias funcionan mejor para los padres sustitutos y qué dinámicas influyen más positivamente el ajuste de los hijos en las familias "mezcladas".

En otros diez años se habrán agregado más datos a las observaciones clínicas para guiar nuestros esfuerzos

a fin de entender a las familias reconstituidas. Con menos mitos y más datos, podemos anticipar una mayor efectividad en la evaluación y consulta de los padres en el proceso posterior al divorcio.

TERAPIA DE PAREJA

Panorama general

La familia puede experimentar tensión debido a varios factores traumáticos, entre los que se incluyen:

- Cambios en las circunstancias financieras.
- Las enfermedades graves, la hospitalización o el fallecimiento de algún miembro de la familia.
- La misteriosa desaparición de un miembro de la familia.
- Cualquier otro cambio repentino en el ambiente familiar.

La tensión más común que afecta la dinámica de la familia es un desacuerdo significativo entre los padres. Por supuesto, las parejas también experimentan tensiones tengan o no hijos.

Las parejas que buscan terapia juntos, por lo regular han estado luchando con sus problemas durante algún tiempo antes de buscar ayuda profesional; no todas estas parejas están casadas, y no todas son heterosexuales. Algunas de las parejas que toman una terapia conjunta quizá hayan estado unidas sólo por breve tiempo, otras habrán sostenido esta relación durante muchos años, mientras que otros habrán tenido muchos compañeros o compañeras a lo largo de la adultez. En la actualidad no existen datos concisos que indiquen quiénes son estas parejas demográficamente.

Las situaciones más comunes que motivan a las parejas a que consideren tomar terapia juntos son la amenaza de divorcio por parte de un miembro de la pareja y/o el involucramiento sexual extramarital por parte del hombre o de la mujer. Algunas parejas solicitan terapia conjunta cuando ambas partes acuerdan que el matrimonio tiene problemas crónicos relacionados con la sexualidad, la comunicación y el poder (comúnmente estos tres factores interactúan). Otra preocupación son las diferencias en los estilos de vida. Algunas veces la solicitud de trabajo en pareja es estimulada por la psicoterapia de uno de los miembros de la misma.

Cuestiones prácticas

La terapia en pareja no se realiza en presencia de los hijos o de otros miembros de la familia, pero puede lle-

varse a cabo en grupo con otras parejas. Por lo regular, el terapeuta individual de un miembro de la pareja no es el terapeuta de ambos, aunque hay excepciones a este modelo, en particular cuando ambos miembros de la pareja ya han establecido una relación positiva con el mismo psicoterapeuta.

Aunque algunas variaciones entre las terapias de pareja son un reflejo de las diferencias teóricas que hemos explorado al estudiar el tema de la psicoterapia grupal, la mayor parte de las diferencias entre la filosofía y la técnica tiene que ver más con la experiencia personal y la capacitación de cada terapeuta. La mayor parte de las terapias de pareja que se realizan en la actualidad tienden a reflejar el cambio fundamental hacia modelos cognoscitivo-conductuales cuando se trabaja con familias.

Algo básico para todo este trabajo es la creencia de que la gente tiene la habilidad para cambiar, aun ante patrones de comportamiento bien establecidos.

Un terapeuta de parejas debe establecer una relación neutral y de confianza con ambos miembros de la misma, y frecuentemente la confianza tiene que establecerse con prontitud. Cuando una relación está en problemas, hay un mandato claro para que el terapeuta "haga algo" ahora. La primera sesión o la segunda pueden ser las únicas.

Un terapeuta puede desear ver a cada persona individualmente durante la primera sesión y juntar a la pareja para la segunda. Otro terapeuta puede preferir que la pareja siempre sea vista junta y, por tanto, pedirá que acudan juntos desde el inicio.

La sesión inicial es crítica para establecer las reglas fundamentales para la relación terapéutica. Por lo general, el terapeuta explica qué es lo que puede esperar la pareja, y pregunta acerca de las expectativas que tienen del proceso. Se recaba algo de historia; es momento para familiarizarse y evaluar. Tendrá que haber un entendimiento mutuo sobre cuáles asuntos se tratarán, y también debe existir un acuerdo respecto al compromiso con el proceso de la terapia de pareja.

Para algunas parejas, el acordar participar en la terapia no es un compromiso para trabajar en la posibilidad de permanecer juntos, sino que más bien, es un vehículo para definir más abiertamente las diferencias que podrían ocasionar la desintegración de la pareja. Con frecuencia esta aclaración surge dentro de la primera o de las primeras tres sesiones.

Algunas veces uno de los miembros de la pareja desea que la terapia se mantenga en secreto. Frecuente-

mente este secreto tiene que ver con romances extramaritales. Por lo general, es una práctica aceptada por el terapeuta el negarse a intervenir en este tipo de acuerdos. Si se desea que se lleve a cabo la terapia constructiva, este asunto deberá ser ventilado en las primeras sesiones por el paciente mismo.

Podría parecer que una vez que esta información es revelada y se detiene la relación externa, la pareja puede solucionar sus asuntos. Por lo regular, este asunto en particular no se resuelve tan fácilmente. Humphrey (1987, p. 167) señala: "sin embargo, dicha creencia es una gran simplificación exagerada, ya que se necesitan sanar muchas cosas antes de que puedan existir los ingredientes necesarios para una interacción sexual/matrimonial... Deberán enfocarse las estrategias terapéuticas... en las conductas y las comunicaciones que permitan que cada miembro de la unidad matrimonial se gane la confianza y el respeto del otro. Deberá disiparse la ira, tanto a través de la ventilación catártica dentro de las sesiones como en la vida hogareña de la pareja. Deberá tratarse el tema de la culpa..."

Para algunas parejas, una aventura amorosa es el "síntoma" que trae los asuntos de pareja al primer plano. Para otras, ésta es una forma de terminar la relación sin tratar directamente con los asuntos entre ellos. Al considerar sólo este fenómeno, comenzaremos a ver lo complejo que es aprender acerca de la psicoterapia de pareja.

Carlfred Broderick (1983) ha conceptualizado el trabajo de terapia de pareja para los matrimonios tradicionales en términos del "triángulo terapéutico". Sugiere que dentro de esta experiencia debemos considerar seis elementos importantes que influyen esta relación compuesta por tres aspectos:

1. El esposo: sus diversas percepciones acerca de él mismo y su perspectiva del mundo.
2. La esposa: su sentido del Yo, sus creencias y necesidades.
3. El terapeuta: el trasfondo de sus perspectivas y experiencias.
4. El matrimonio: cómo ve la relación cada miembro de la pareja.
5. La relación del terapeuta con el hombre: cómo es experimentado por el terapeuta y cómo él experimenta al terapeuta.
6. La relación del terapeuta con la mujer: cómo es experimentada por el terapeuta y cómo ella experimenta al terapeuta.

De este modo podemos observar los diversos niveles psicológicos que operan en esta relación terapéutica entre el terapeuta y la pareja. Se necesita un alto grado de interés y aceptación mutuos para que la terapia de pareja tenga éxito.

Richard Stuart (1980) apunta hacia un modelo de aprendizaje social detallado para conducir la terapia conductual de pareja. Presenta un formato altamente estructurado. Explica que su concepto de *etapas de tratamiento* es como un mapa de carreteras que se usa para guiar al terapeuta y a los pacientes en direcciones particulares. El libro de Stuart es una descripción del proceso paso a paso de un nuevo modelo de aprendizaje para el matrimonio y un manual de ejercicios prácticos para lograr nuevas metas. De tareas escritas a ejercicios de comunicación, se nos dan las herramientas para introducir un modelo de aprendizaje social para la terapia matrimonial. Por consiguiente, la terapia de pareja podría ser claramente orquestada por el terapeuta desde la primer sesión hasta la última.

La práctica más común entre los consejeros y los terapeutas de matrimonios, que no están entrenados en el modelo Stuart, es integrar los modelos particulares diseñados por diversos capacitadores y psicólogos de reputación, dentro de un sistema de intervención conductual, que responden a los requerimientos existenciales del momento. Los terapeutas estructuran muchas de las siguientes técnicas para crear un modelo que tenga sentido y luzca apropiado para la situación dada.

Contratos. Con la pareja, el terapeuta articula expectativas. El establecimiento de las metas puede ser a largo y a corto plazos, dependiendo de los convenios requeridos. Las cuestiones de duración de la terapia, acuerdos sobre vivir juntos durante la terapia y posponer todas las pláticas acerca del divorcio serán parte de esta tarea.

George y Anne se habían estado gritando obscenidades el uno al otro durante meses antes de que llegaran a su primera sesión de terapia. Cada uno de ellos había tenido breves romances extramaritales y había sido capaz de expresar su sentido de desesperación durante la sesión inicial de pareja; ambos estaban lastimados y luchaban contra fuertes sentimientos de abandono. Al compartir un poco la historia de su familia de origen, rápidamente fueron capaces de reconocer que compartían necesidades no adecuadas de sentir y recibir atención especial en grandes cantidades por parte del otro, debido en gran parte al hecho de haber crecido con padres

que son muy exigentes y egoístas. "Acordaron" fácilmente cortar todo contacto con sus amantes pasados, pedir "tiempo fuera" cuando sintieran que cualquier discusión se salía de control de parte de alguno de los dos y no usar las amenazas de divorcio durante los siguientes seis meses mientras participaban en la terapia de pareja.

Mensajes del "Yo". Es un sistema que crea más oportunidad para mostrar la franqueza al reestructurar las formas en que son comunicados los sentimientos y las necesidades. Se les enseña a los pacientes cómo decir lo que quiere escuchar el otro a través de enmarcar sus expresiones como "yo necesito...", o "a mí me gustaría...", o "yo estoy preocupado acerca de..."

Cuando las comunicaciones inician con "tú deberías..." o "tú siempre..." se encuentra comprometida una respuesta defensiva.

Reetiquetar. Se refiere al uso de nuevas y/o diferentes palabras para describir las observaciones acerca de los sucesos compartidos de forma que la otra persona esté dispuesta a escuchar la comunicación.

Karen y Andrew estaban estancados al hablar acerca del estilo reservado de Andrew. Karen se irritaba frecuentemente y se volvía agresiva cuando Andrew no ampliaba sus comentarios o puntos de vista. En sus sesiones ella le llamaba "ocultador" y "pasivo agresivo". Esto, por lo regular, provocaba una reacción de aislamiento silencioso en Andrew. Cuando el terapeuta les ayudó a identificar que su ansiedad era producida por las "etiquetas" verbales de su comportamiento, Karen fue capaz de practicar al preguntarle acerca de sus "temores" o "preocupaciones". Entonces Andrew se sintió menos amenazado y más "invitado" a responderle a ella.

Reformular. El terapeuta escucha una queja y la describe en una perspectiva diferente a la presentada por el paciente. Algunas veces el terapeuta usa una paradoja para crear un cambio en una percepción fija antigua. Conforme la pareja experimenta esta nueva forma de ver las mismas y viejas posiciones, será capaz de ver formas alternativas para tratar con esta situación.

Tareas. Son las asignaciones dirigidas por el terapeuta para que la pareja las realice en el periodo entre las sesiones. Estas actividades tienen la intención de lograr nuevas formas en que la pareja esté junta, o para comenzar a comunicarse y pensar de forma diferente a su patrón tradicional.

Pat y Al tenían diez años de casados, cuando se dieron cuenta que habían dejado de tener relaciones sexuales. En su sesión inicial de terapia de pareja, ambos se abrieron y hablaron el uno con el otro como dos viejos y buenos amigos. Habían decidido no tener hijos, porque cada uno tenía una carrera profesional muy exigente que los comprometía emocionalmente y que propiciaba que con facilidad discutieran juntos después de las horas de trabajo.

Cuando el terapeuta preguntó acerca de sus momentos "de diversión" juntos, hubo un silencio. Reconocieron que la atmósfera que crearon en su hogar era tranquila y seria, pero con muy poca diversión. Mientras salían a cenar, a ver películas, cuidadosamente elegidas, no hacían nada que fuera espontáneo o despreocupado. Entonces se les asignó la "tarea" de hacer dos listas cada uno. La lista número uno debía tener al menos una docena de actividades que le agradaría hacer a Pat para relajarse, y la lista número dos incluiría una docena de actividades que para ella fueran "estimulantes" sexuales pero que no involucrasen el coito. Al debería hacer el mismo tipo de listas; no deberían consultarse cuando las escribieran. Pat y Al llevarían estas listas a la siguiente sesión de terapia para usarlas con el terapeuta a fin de facilitar la comunicación entre la pareja. La "tarea" abriría nuevos caminos de exploración, en forma no amenazadora, para compartir los deseos de contacto e intimidad.

Cambio de roles. En esta sesión se le pide a la pareja que intercambie posiciones y que cada uno hable a partir de la posición del otro. El terapeuta puede necesitar "orientarlos" para que comiencen a interpretar el papel de la otra persona. Pero conforme se vayan involucrando en el pequeño psicodrama, comenzarán a tener nuevas percepciones de los sentimientos y posición del otro, situación que abrirá nuevos caminos de comunicación y comprensión.

Retos para la terapia de pareja

La noción tan repetida de que "si algo puede salir mal, saldrá mal", ciertamente es un pensamiento que hay que tener en mente, si consideramos las dificultades potenciales del terapeuta de parejas. El colocarse de modo propositivo dentro de una relación triangular implica grandes probabilidades de por lo menos sentirse incómodo o, en el peor de los casos, sentirse emocionalmente en peligro. Permítanos considerar algunos de los elementos especiales que pueden crear dificultades particulares en esta misión terapéutica.

Ser neutral, no crítico, comprensivo y justo, mientras cuestiona, provoca, enseña y reta a la pareja, ¡es muy demandante para el psicoterapeuta!

Weeks y Hof, en su libro *Integrative solutions* (1995), nos recuerdan que muchas parejas llegan a la terapia debido a que uno o ambos miembros están deprimidos. Los autores reportan que algunos datos de investigaciones de parejas indican que con mucha frecuencia las mujeres informan que los desacuerdos matrimoniales son los estresantes más comunes en la vida y que funcionan como precursores de la depresión. Es muy probable que estas mujeres deprimidas tengan una pareja que tiene un trastorno de personalidad o un problema con las drogas o el alcohol. Los datos reportados también sugieren que cuando dos esposos deprimidos toman la terapia juntos, en lugar de tomarla en forma individual, muestran mejoría ante la depresión en la misma magnitud que con la terapia individual, y que informan sentirse mejor acerca de su matrimonio. Weeks y Hof consideran que una combinación de terapia farmacológica antidepresiva y terapia conjunta puede ser el método más efectivo para trabajar con parejas que luchan contra la depresión.

El hecho de que la depresión, el abuso de drogas, las incapacidades físicas, los trastornos de pensamiento diagnosticables, el instinto suicida y otras condiciones importantes tienen un impacto sobre la experiencia de la pareja aumenta la complejidad de la evaluación, los aspectos del tratamiento y el pronóstico para un cambio exitoso. Los terapeutas que van a la batalla sin experiencia o que no consultan sobre estas cuestiones particulares desearán haber elegido otra profesión.

Otra preocupación aparentemente directa, "los problemas de comunicación", por lo regular, cubren un amplio margen de dificultades subyacentes que causan que pelee la pareja. Inicialmente, alguna persona se siente atraída hacia otra debido a sus diferencias, más que a sus semejanzas. De este modo, la pareja no se da cuenta de que sus problemas pueden ser menos de expresión personal y más acerca de las diferencias que existen en sus antecedentes y cultura.

Todos nosotros llevamos a nuestros ambientes actuales los estilos distintivos de expresión personal de nuestras familias y comunidades de origen. A menudo, los malos entendidos entre las parejas provienen de la incapacidad para hablar el mismo lenguaje cultural. La siguiente viñeta brinda un ejemplo del archivo de casos clínicos del autor:

Joe y Krista mantuvieron una fuerte atracción sexual entre sí a través de quince años caóticos en los que hubo dificultades con los hijos, cambios de trabajo y mudanzas. Disfrutaron de las idas al teatro, de las competencias de bridge y cenas con las amistades. Pero continuamente discutían sobre asuntos relacionados con los hijos, sus finanzas y cómo compartir el tiempo. Describieron sus peleas como "emocionalmente agotadoras". Joe alzaba la voz, expresando una fuerte emoción. Podía cuestionar el razonamiento de Krista y debatir con energía, imponiendo su propia posición con fuerza. Krista podía explicar primero en forma cortés sus inquietudes y luego hacerse más insistente culpando a Joe del problema. Cuando éste se irritaba más en sus discusiones, hasta el grado de decir maldiciones, ella se retiraba y lloraba o se quedaba en silencio. Este patrón fue desquiciante para los dos.

En la terapia descubrieron que el ambiente urbano italiano de la niñez de Joe le había enseñado y fomentado a tener este estilo de expresión personal abierto, volátil y orientado al debate. Disfrutaba de estos encuentros estimulantes y esperaba que ella se involucrara con él en esta forma de resolver los problemas. Por otro lado, Krista creció en las afueras de una pequeña ciudad del medio oeste y se relacionaba con gente que esperaba que los niños fueran "vistos y no escuchados" y que las mujeres hablaran suavemente. El padre de Krista había sido una persona intimidatoria y dominante que la atemorizaba. Aprendió a ser una "buena niña" y a no ofrecer un punto de vista que pudiese crear cualquier fricción. Fue testigo de cómo su madre manipulaba a su manera quedándose callada. En contraste, la madre de Joe siempre se metía en cualquier discusión acalorada dando su propia opinión.

Conforme Joe y Krista comenzaron a entender mejor el "lenguaje de la cultura" del otro, fueron capaces de ver formas para resolver un problema; los padres de ambos habían sido muy distintos. De esta manera, pudieron funcionar mejor como pareja.

El ayudar a la gente a comunicarse de forma diferente implica una complejidad de aspectos en los que el terapeuta deberá ser lo suficientemente hábil como para descubrirlos y clasificarlos con la pareja. La comunicación no es sólo hablar; también se refiere a tomar en cuenta la historia de cada quien y el estilo de vida. La comunicación interpersonal efectiva implica preguntar y escuchar.

Las diferencias culturales también pueden complicar las relaciones entre la pareja y el terapeuta. En las

situaciones donde el terapeuta no tiene un encuadre para entender el trasfondo de la pareja, habrá algunos malentendidos. Si el terapeuta hace una conexión rápida con una de las partes pero le resulta menos fácil el estilo de comunicación de la otra parte, puede surgir un problema de prejuicios. Como psicoterapeutas de pareja tenemos que estar agudamente conscientes de nuestra propia cultura en cuanto al lenguaje y los prejuicios que tenemos y con los que llegamos al consultorio. Cuando se trabaja con parejas, es muy fácil que tropecemos con los patrones de nuestra propia familia.

En muchas ocasiones las parejas llevan fantasmas a las sesiones. Todos sus amantes pasados y amigos íntimos junto con sus padres y hermanos influyen y afectan la relación de pareja que está en el consultorio. Es probable que durante la sesión haya tres personas sentadas en el consultorio, enfrentándose una a otra, pero habrá otros más murmurando sus mensajes, ocultos a la vista del terapeuta.

Como con otras terapias de grupo, la psicoterapia de pareja requiere que el terapeuta obtenga alguna capacitación especial más allá del título y de las clases que lo introducen a los conceptos de las relaciones familiares. La mayor parte de las principales organizaciones nacionales enfocadas a la psicoterapia ofrecen talleres especiales e institutos de capacitación como parte de conferencias anuales. Varias de estas organizaciones profesionales publican revistas que presentan materiales actualizados acerca de los temas de pareja.

Investigación y tendencias futuras

Los estudios de los resultados acerca de la psicoterapia de pareja son poco comunes en la bibliografía clínica. El hecho de observar más de cerca los estilos de comunicación, los patrones familiares que influyen en los matrimonios y otros materiales que todavía deben ser identificados respecto a la familia de origen, ofrecerá un reto para los estudios futuros. También podremos beneficiarnos de una observación más cercana de las dinámicas de las relaciones multirraciales, multirreligiosas y étnicas mixtas.

Mientras se escribe este libro, están ocurriendo profundos cambios en los estilos de vida familiar en el mundo entero. Conforme se incrementa el nivel de divorcios, la gente se case a edades mayores, nazcan menos hijos por pareja y se incrementen las familias con personas no consanguíneas, veremos cambios en los supuestos acerca de las dinámicas "saludables" de familia.

Se tendrá que poner atención al número creciente de adultos que eligen no casarse. Este tipo de adultos se encontrarán viviendo solos, así como también mantendrán relaciones a largo plazo. Pueden compartir la educación de sus propios hijos, o ser padres sustitutos de medio tiempo para los hijos de su pareja. No todas las parejas que forman familias son heterosexuales. Crece el número de homosexuales adultos que están creando familias y que comparten la vida como parejas en las grandes comunidades.

Los patrones cambiantes de las parejas y el impacto subsecuente en la crianza de los hijos necesitará de un mayor estudio, así como también el impacto que tienen las relaciones de los hijos y la familia política previas, para revelarnos cómo influyen estas dinámicas en la pareja.

REFERENCIAS

- Ackerman, N. (1958). *The psychodynamics of family life*. New York: Basic Books.
- Ackerman, N. (1984). *A theory of family systems*. New York: Gardner Press.
- Bandler, R., Grinder, J., & Salir, V. (1976). *Changing with families*. Palo Alto, CA: Behavior Books.
- Barker, P. (1981). *Basic family therapy*. Baltimore: University Park Press.
- Bernard, H., & MacKenzie, R. (Eds.). (1994). *Basics of group psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Broderick, C. (1983). *The therapeutic triangle*. Beverly Hills: Sage Publications.
- Budman, S. (1988). *Theory and practice of brief therapy*. New York: Guilford Press.
- Colapinto, J. (1991). Structural family therapy. In A. M. Horne & L. Passmore (Eds.), *Family counseling and therapy*. Itasca, IL: Peacock Publishers.
- Cooper-Lonergan, E. (1994). Using theories of group therapy. In H. Bernard & R. MacKenzie (Eds.), *Basics of group psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Corey, G. (1990). *Theory and practice of group counseling* (Chapter 14). Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Dies, R. (1992). *The efficacy and cost-effectiveness of group treatment*. Paper prepared for the AGPA annual meeting.
- Durkin, H. (1964). *The group in depth*. New York: International Universities Press.
- Hetherington, E. M. (1993). An overview of the Virginia longitudinal study of divorce and remarriage with a focus on early adolescence. *Journal of Family Process* (Special Edition), APA (pp. 39-55).

- Humphrey, F. (1987). Treating sexual relationships in sex and couples therapy. In G. Weeks & L. Hof (Eds.), *Integrating sex and marital therapy* (pp. 149-170). New York: Brunner/Mazel.
- Klein, E. (1992). Contributions from social systems theory. In R. Klein, H. Bernard, & D. Singer (Eds.), *Handbook of contemporary group psychotherapy* (pp. 106-109). Madison, CT: International Universities Press.
- Levant, R. (Ed.). (1993). Families in transition. *Journal of Family Psychology* (Special Issue, Vol. 7, No. 1).
- Lieberman, M., Yalom, I., & Miles, M. (1973). *Encounter groups: first facts*. New York: Basic Books.
- Madanes, C. (1981). *Strategic family therapy* (pp. 23-24). San Francisco: Jossey-Bass.
- McKay, M., & Paleg, K. (Eds.). (1992). *Focal group psychotherapy* (Introduction). Oakland, CA: New Harbinger.
- Papero, D. (1991). The Bowen theory. In A. M. Horne & L. Passmore (Eds.), *Family counseling and therapy* (pp. 48-75). Itasca, IL: F.E. Peacock.
- Polster, E., & Polster, M. (1973). *Gestalt therapy integrated*. New York: Brunner/Mazel.
- Powles, W. E. (1983). An overview of group methods. In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Eds.), *Comprehensive group psychotherapy* (pp. 71-73). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Satir, V. (1968). *Conjoint family therapy*. Palo Alto, CA: Science and Behavior Books.
- Schoenholtz-Read, J. (1994). Selections of group interventions. In H. Bernard & R. MacKenzie (Eds.), *Basics of group therapy*. New York: Guilford Press.
- Stuart, R. (1980). *Helping couples change*. New York: Guilford Press.
- Vinogradov, W., & Yalom, I. (1989). *Group psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Visher, E., & Visher, J. (1979). *Step-families: A guide to working with stepparents and stepchildren*. New York: Brunner/Mazel.
- Wallerstein, J., & Blakeslee, S. (1989). *Second chances*. New York: Ticknor & Fields.
- Wallerstein, J., & Kelly, J. (1980). *Surviving the breakup: How children and parents cope with divorce*. New York: Basic Books.
- Weeks, G., & Hof, L. (1995). *Integrative solutions: Treating common problems in couple therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Wolpe, J. (1982). *The practice of behavior therapy*. New York: Pergamon Press.
- Yalom, I. (1985). *The theory and practice of group psychotherapy*. New York: Basic Books.

LECTURAS ADICIONALES

- Framo, James, (1992). *Family of origin therapy: An intergenerational approach*. Nueva York: Brunner/Mazel. *Esta es una buena guía para entender los problemas individuales, matrimoniales y de familia, que incluye casos de estudio para ilustrar el punto de vista del doctor Framo acerca de la importancia de todas las generaciones en la familia.*
- James, M., y Jongeward, D. (1973). *Born to win: Transactional analysis with Gestalt experiments*. Menlo Park, CA: Addison-Wesley. *Uno de los primeros libros de autoayuda ampliamente leído y que está fundamentado de manera sólida en ejercicios filosóficos; también incluye ejercicios para la exploración personal y la comprensión de las influencias que existen en los antecedentes familiares.*

CAPÍTULO 8

TERAPIA BREVE EN LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

John F. Cooper

"Terapia breve" simplemente significa la terapia que abarca tan pocas sesiones como sea posible, ni una más de las necesarias, para obtener una solución satisfactoria. (Steve de Shazer, 1991a, p. x.)

La terapia breve se comprende mejor como el uso deliberado de una cantidad limitada de técnicas y principios conceptuales, aplicados en forma enfocada y propositiva. (R. Wells, 1993, p. 5.)

En esencia, la terapia breve se define más bien como una actitud que como una cantidad específica de sesiones de tratamiento. (M. Hoyt, 1990, p. 115.)

INTRODUCCIÓN

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

ciones de la terapia breve, introduciremos la bibliografía y las investigaciones que respaldan su utilidad para varios problemas y poblaciones, estudiaremos los modelos de tratamiento breve, mientras que enfatizamos un enfoque genérico y tocamos las tendencias futuras en este campo. Esto podría parecer que no es tan breve, pero como lo descubriremos, ¡la función del tiempo es únicamente un aspecto de este enfoque!

Pocos temas de la psicología clínica contemporánea han generado más pasión y controversia que la psicoterapia breve. En un ejemplo reciente, un psicólogo renunció públicamente a la Asociación psicológica estadounidense, debido a que una organización oficial no pudo proporcionar una perspectiva científica balanceada sobre la relación entre la terapia breve y la administración de la asistencia a la salud mental (Kalous, 1996). (En una ocasión un desorientado legislador de Minnesota, expresó: "algunas veces hay que poner a un lado los principios y hacer lo que es correcto"). Esta controversia, desafortunada tanto por su disensión como por su terreno fértil para el diálogo informado acerca de la psicoterapia efectiva (Cooper, 1995; Koss y Shiang, 1994), existe por numerosas razones.

En primer lugar, la preocupación en los últimos veinte años, especialmente por parte de las compañías de seguros y de negocios, por proporcionar un tratamien-

to de bajo costo y eficaz para compensar los crecientes costos del cuidado de la salud (Broskowski, 1991) ha conducido a un estilo de práctica clínica que enfatiza las formas breves de la psicoterapia, la responsabilidad por los resultados, la accesibilidad del tratamiento para un mayor número de personas, la interacción con las entidades médicas, las prácticas de grupo y los métodos de tratamiento eclécticos (Bennet, 1988; Johnson, 1995; Sabin, 1991; Shiang y Bongar, 1995). Esto ha forzado a muchos psicólogos clínicos renuentes, por lo general con antecedentes psicodinámicos a largo plazo, a cambiar sus métodos de práctica (Austad y Hoyt, 1992; Budman, 1989; Davanloo, 1979; Hoyt, 1987; Johnson, 1995).

En esta relación, la terapia breve ha sido identificada de manera más estrecha y emocional con la administración de la asistencia a la salud mental. De hecho, un artículo noticioso reciente mencionaba que con 100 millones de estadounidenses asegurados a través de la administración de la asistencia a la salud: "ya han pasado los años en que examinábamos nuestra niñez recostados en el diván del psiquiatra. En lugar de eso se obliga a los pacientes a olvidar el pasado y a enfocarse en el aquí y en el ahora. La meta es desarrollar un plan práctico para ser funcionales de nuevo. Y entre más breve, mejor" (Meisel, 1995, p. 1E). Aunque esto parece ser por lo general cierto, si se le observa sin reflexión, también hay una conciencia creciente y en contra-peso entre las terceras partes que pagan y el concepto del tratamiento que establece que "la mayor parte del costo del tratamiento de la salud mental, es consumido por el tratamiento de la atención a los pacientes internados y el de los pacientes externos, aun cuando la psicoterapia a largo plazo no sea lo más saludable para el paciente, pero sí la menos costosa" (Yalom, 1995, p. xi).

Una segunda razón de controversia es que a pesar de una notoria conciencia del costo-eficacia en la práctica cotidiana de la psicología, no está claro que la mayoría de los psicólogos tengan un conocimiento adecuado de lo que es la psicología breve. Aunque ciertos autores consideran a la terapia breve como el nuevo estándar de la práctica (como Johnson, 1995; Wells, 1993), un reciente libro de texto de psicoterapia (Corsini y Wedding, 1995), por ejemplo, contiene únicamente una referencia específica sobre la terapia breve. De manera adicional, recientes encuestas nos dan una imagen mezclada de la aceptación que tienen los psicólogos clínicos de la terapia breve. De una muestra de psicólogos de California, Bolter, Levenson y Alverez (1990)

confirmaron el estimado de Wells y Gianetti (1990) de que casi sólo el 30% de los terapeutas usan en realidad y principalmente el tratamiento breve, a pesar de la evidencia abrumadora de su eficacia (Bloom, 1992). Por otra parte, Levenson, Speed y Budman (1992), encontraron que de 701 psicólogos en California y Massachusetts, más de 80% usaron alguna clase de terapia breve, pero sólo en 40% del tiempo. Un 30% de este grupo de psicólogos no tenían capacitación en la terapia breve. De hecho, los funcionarios de la administración de la asistencia ni siquiera suponen que los terapeutas que contratan sepan aplicar la terapia breve (Meisel, 1995). Koss y Shiang (1994) han abogado por la educación y capacitación continuas de los psicólogos en esta área.

Para la aceptación de la TB es de crucial importancia el hecho aparente de que las actitudes y valores que caracterizan a los terapeutas breves se contraponen con frecuencia con lo que Bloom (1992) llama "sistemas de valores profesionales de la salud mental profundamente arraigados" (p. 5). Esto refleja la creencia, no obstante las investigaciones que opinan lo contrario, de que la terapia breve es superficial en su enfoque a los problemas y que entre más prolongado y "profundo" sea un tratamiento, es mejor (Hoyt, 1987).

Otra razón de controversia y confusión acerca de la terapia breve radica en la clara proliferación de tipos de psicoterapia para cada problema imaginable, con relativamente pocos psicólogos clínicos adheridos de manera dogmática a un solo sistema y sin ninguno en particular que domine los resultados de los estudios (Norcross y Newman, 1992; Orlinsky y Howard, 1995). En la actualidad existen cerca de 400 tipos de psicoterapias (Miller, Hubble y Duncan, 1995); aunque son pocos los métodos de psicoterapia, todos ellos intrínsecamente breves y la mayor parte cognoscitivo-conductuales (TCC), que han probado en realidad ser eficaces en investigaciones controladas (Chambliss, 1996; Kingsbury, 1995; Norcross, 1995). También continúan en debate las ventajas y méritos de la terapia breve en relación con la terapia a largo plazo.

Existe confusión acerca de los términos que se usan a menudo para caracterizar y diferenciar a las terapias breves, tales como *psicoterapia sensible al tiempo* en contraste con la de *tiempo limitado*, de *corto plazo* e, incluso, la psicoterapia *intermitente* (Budman y Gorman 1988), así como la determinación de diversos tipos de terapia breve para separarse de un énfasis en el hacer menos visitas que el número "estándar" (por ejemplo, de Shazer, 1991a). Tal énfasis exclusivo en el uso

y el papel que juega el tiempo en la terapia breve, pierde de vista el hecho de que pocas terapias breves tienen conceptos rígidos acerca del número de sesiones a realizarse (por ejemplo, Mann, 1973). Más bien se preocupan en gran parte por emplear ciertos valores, técnicas y actitudes de relación que hagan del uso relativamente eficiente del tiempo o de una menor duración de la terapia un producto o consecuencia natural del tratamiento, y no la meta de éste (Cooper, 1995).

Más aún, como veremos, muchas terapias, tales como la TCC o la terapia familiar estructural, tienen cualidades que las hacen inherentemente breves, aunque por lo regular no se piensa en ellas de este modo (por ejemplo, Aponte, 1992).

UNA (MUY) BREVE HISTORIA DE LA TERAPIA BREVE

Es poco reconocido el hecho de que Sigmund Freud, a quien comúnmente se le asocia con la terapia a largo plazo, en realidad vio a muchos pacientes durante pocas visitas. También realizaba cierto número de "curaciones" en una sola sesión, como fue el caso de la impotencia del famoso músico Gustav Mahler (Bloom, 1992; Messer y Warren, 1995). (Parece inevitable, aunque sea de paso, ¡no establecer un vínculo entre Freud y el sexo!)

Messer y Warren (1995) siguieron la pista de las bases de la psicoterapia dinámica breve contemporánea, hasta dar con dos antiguos estudiantes de Freud, Sandor Ferenczi (1920/1960) y Otto Rank (1929/1978), así como su trabajo juntos (Ferenczi y Rank, 1925/1986). En esencia, Ferenczi y Rank evitaron el análisis pasivo académico de los pacientes, a favor de un modelo más pragmático, activo, emocionalmente intenso y enfocado, sensible a los límites de tiempo en la terapia. En la actualidad, su modelo también podría considerarse como poseedor de aspectos conductuales, integradores y de desarrollo. Por ejemplo, en el caso de Rank, se enfatizaba el concepto de promover el crecimiento a lo largo de toda la vida en una persona, más que la cura.

Alexander y French (1946) marcaron nuevos rumbos en el trabajo a corto plazo con grandes poblaciones, adaptando técnicas del análisis que dieron "ayuda racional a todos aquellos que mostraron signos tempranos de desajustes emocionales" (p. 341). Adicionalmente, comenzaron a enfatizar la idea de una "experiencia emocional correctiva" basada sobre todo en la calidad de la relación terapéutica y en la flexibilidad del terapeuta para responder de manera emocional al paciente, con

interrupciones intermitentes en la terapia para aplicar aspectos de la terapia a la vida, así como el establecimiento temprano de metas (Messer y Warren, 1995).

La mayor parte del ímpetu de la terapia breve proviene de situaciones de emergencia, tales como tratar el trauma de los veteranos de la Segunda guerra mundial y el estudio clásico sobre los traumas de las víctimas del incendio del club nocturno Coconut Grove (Lindemann, 1944). La importante agitación social de los años sesenta, combinada con la ley de los Centros de salud mental de la comunidad (Community mental health centers act) que surgió bajo la administración de Kennedy, llevó a una disponibilidad ampliamente generalizada de los servicios de salud mental y a una demanda sustancial de pacientes, pero con una subsecuente escasez de personal. Además, la evolución teórica en la psicoterapia llevó al desarrollo a corto plazo de tratamientos psicodinámicos, conductuales y pragmáticos, basados en la familia (Budman y Gurman, 1988; Koss y Butcher, 1986).

Aunque en los pasados 20 años se ha visto una enorme expansión de la terapia breve, en muchas formas éste no es un concepto nuevo. Por ejemplo, Mahoney (1995) rastreó algunos aspectos de la terapia cognoscitiva hasta los estoicos y los epicúreos. Johnson (1995) ha observado, con respecto a la terapia enfocada a soluciones, que el terapeuta funciona de la misma forma que el líder descrito por Lao-Tse, esto es, el que ayuda a la gente a que piensen que hicieron el trabajo ellos mismos. De forma similar, está el concepto de trabajar con la sabiduría intrínseca de los pacientes a través del cuestionamiento, lo cual tiene raíces socráticas (Cooper, 1995).

DEFINICIONES

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

Por ejemplo, algunas terapias breves pueden tener un plan de tratamiento que varía en cuanto a tiempo,

desde una sesión (por ejemplo, Bloom, 1981, 1992; Talmon, 1990) hasta 40 sesiones (por ejemplo, Malan, 1976). Este último número excede por mucho el número promedio de seis a ocho visitas para la terapia de cualquier tipo (Garfield, 1978). Muchos terapeutas breves (por ejemplo, Norcross, 1995; Koss y Shiang, 1994) sugerirían 26 visitas como límite máximo para la terapia breve, basándose únicamente en el criterio de la duración del tratamiento, debido en gran parte a que es aquí donde los beneficios relativos del tratamiento comienzan a disminuir (Howard, Kopta, Krause y Orlinsky, 1986). Sin embargo, toda esta cuestión del tiempo y del resultado del tratamiento es complicada. Más adelante regresaremos a este tema.

En la práctica, el tratamiento a largo plazo o el tratamiento en el que el tiempo no es considerado un factor en sí, es con frecuencia un episodio. Los tratamientos breves también pueden ser planeados como "intermitentes", en lugar de hacerse continuamente en la convención artificial de sesiones semanales de 50 minutos (por ejemplo, Kreilkamp, 1989). La terapia breve puede hacerse inclusive durante años, enfrentando problemas tales como la depresión crónica o el abuso severo y el trauma (véase, por ejemplo, Dolan, 1991). También es posible tener pocas sesiones durante un largo tiempo, o muchas sesiones en, digamos, un periodo de semanas, o sesiones de 20 minutos o de 2 horas, y seguir cumpliendo con el criterio de la terapia breve (Hoyt, 1990; Johnson, 1995). De este modo, muchos terapeutas breves prefieren el término *terapia sensible al tiempo* para describir la TB (por ejemplo, Budman y Gurman, 1988), puesto que éste describe con mayor precisión la terapia en la que el tiempo es flexible y empleado óptimamente para cumplir con las demandas determinadas de una situación o de un paciente.

Finalmente, existe un grupo de terapias breves que en efecto colocan límites predeterminados, por lo general de 10 o 12 visitas, a las que por lo regular se refieren como de tiempo limitado (por ejemplo, la psicoterapia dinámica de *tiempo limitado*; Strupp y Binder, 1984; Levenson, 1995). Mann (1973; Mann y Goldman, 1982), por ejemplo, establece un límite rígido de 12 visitas para cada paciente en la creencia que esto facilita una confrontación necesaria con la terminación e incrementa el enfoque y la motivación para el cambio. En el Instituto de investigaciones mentales (Mental research institute, MRI), los terapeutas se apegan a un modelo de 10 sesiones, no tanto porque esto sea intrínseco a su teoría de la práctica, sino por los propósitos y conveniencias

de la investigación. De forma interesante, John Weakland, del MRI (véase Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974), ha confesado a un colega que no tiende a aplicar este límite en sus prácticas privadas: "aunque soy conocido como un terapeuta breve, algunas veces extiende la terapia breve. Por lo regular me culpo a mí mismo cuando esto sucede, pero algunas veces puedo culpar al paciente" (Johnson, 1995, p. 123).

También es difícil distinguir las terapias a largo plazo y las breves basándose únicamente en sus componentes estructurales o técnicos. Ambas comparten muchos procesos comunes, que incluyen actividades específicas del terapeuta como el uso de la interpretación, de la confrontación y de factores no específicos tales como el apoyo y la reafirmación (Koss y Butcher, 1986).

La terapia a largo plazo ha sido definida como la "recapitulación de la propia historia personal con una figura estable" (Budman y Gurman, 1988; Budman, Hoyt y Friedman, 1992). Esto significa esencialmente que, a diferencia de la mayor parte de las terapias breves, la terapia a largo plazo coloca un énfasis fundamental sobre la revisión, si no es que en el volver a vivir, el propio pasado en la presencia de una figura paterna presumiblemente madura y "benevolente" (¡aunque no siempre es el caso!) que puede ayudar a corregir las contribuciones supuestas del pasado a los problemas del presente. Adicionalmente, "el modelo pasivo, método vagamente autoritario de algunos trabajos analíticos, hace énfasis sobre todo en la comprensión o resolución de los conflictos internos, más que en la conciencia del paciente, las metas a menudo vagas y el criterio de resultados, la suposición de una resistencia y la necesidad supuesta de programas de tratamiento largos, frecuentes y, de alguna manera, rígidos o arbitrarios, son inconsistentes con la mayor parte de las TB" (Cooper, 1995, p. 8).

VALORES COMPARTIDOS

Aparte de estas sutiles diferencias entre grupos, la mayor parte de las terapias breves se distinguen de las terapias a largo plazo por el uso intencional de conceptos y principios particulares de una forma igualmente intencional y determinada (Wells, 1993); es decir, comparten un conjunto de características clínicas y, tal vez lo que es más importante, una orientación de valores que las distinguen de las terapias a largo plazo y las unen, a pesar de su variedad (Pekarik, 1990b).

Budman y Gurman (1988) y Hoyt (1985) han provisto un conjunto de estándares de valiosas distinciones de la terapia breve de la que se derivó la siguiente lista (adaptada por Cooper, 1995). Los valores compartidos por la TB incluyen los siguientes aspectos:

1. Un énfasis en el pragmatismo, la parsimonia y un tratamiento menos forzado en contraste con "la curación"; la creencia de que los pequeños cambios pueden poner en movimiento grandes cambios. Esto reconoce que la mayor parte de los problemas no requieren de "cirugía mayor", sino que se pueden tratar de manera práctica y conservadora. Aun los problemas que requieren una intervención significativa, por lo general deben primero ser considerados para un tratamiento conservador, puesto que pueden mejorar. Una ilustración interesante de esto es el hecho de que aproximadamente 15% de la gente mejora en el lapso que existe entre el momento en que programaron la cita y en que fueron atendidos para el tratamiento de salud mental (Howard *et al.*, 1986). El concepto de curación en la terapia breve también tiene menos importancia que el concepto de que la terapia puede facilitar los procesos de cambio o de enfrentamiento, en los que la mayoría de la gente ocasionalmente se "despista" o se "confunde". De esta forma, los terapeutas breves pueden ser considerados como doctores de la familia, debido a que es posible que atiendan a alguien periódicamente, a través de los años, cuando requiere de su asistencia (Johnson, 1995).

2. El reconocer que el cambio humano es inevitable, en oposición a la idea de que el cambio no puede ocurrir sin la terapia. Esto se puede considerar una perspectiva esencialmente optimista del potencial humano y de la naturaleza humana, mientras la terapia sea considerada como únicamente una de las muchas formas, aunque sea una buena, de obtener el cambio deseable. Numerosos observadores como Alfie Kohn (1990) han utilizado a la psicología para poner a prueba la preocupación de muchos de los psicólogos clínicos e investigadores, especialmente de aquéllos con una orientación analítica, para explicar el comportamiento ¡únicamente desde perspectivas de autoservicio y negativas!

3. La creencia de que los pequeños cambios en el comportamiento con frecuencia llevarán a cambios más grandes. Esto reconoce que por lo regular el valor de la terapia, y en particular de la TB, puede estar específicamente en sus efectos catalíticos (Eckert, 1993).

4. Un énfasis en las fortalezas y recursos del paciente (en contraste con la patología) y en la autenticidad de las quejas presentadas. Esto no quiere decir que los terapeutas no objetan de manera explícita las percepciones, metas o comportamiento del paciente, ni sugiere que los terapeutas breves necesariamente tomen la presentación de los pacientes en su valor nominal. Sin embargo, esto contrasta con las ideas de que el terapeuta siempre sabe lo que es mejor para los pacientes y que el problema actual es sólo un síntoma de la profunda patología que necesariamente requiere tratamiento. Los terapeutas breves reconocen que la mayoría de las personas viven su propia vida y que es cuestión de ellas manejarla y que son quienes finalmente deciden con qué problemas desean trabajar. La terapia breve también busca de manera explícita las formas en que las personas enfrentan (o enfrentaron antes) con éxito sus problemas y tratan de construir su vida a partir de ello.

5. El reconocimiento de que la mayor parte de los cambios ocurren fuera de la terapia en oposición a la idea de que suceden durante la sesión, con la presencia necesaria de un terapeuta. Parafraseando un dicho: "la vida pasa." Aunque parece que la calidad de la relación terapéutica representa el principal aspecto del resultado terapéutico (Burns y Nolan-Hoeksema, 1992; Miller, Hubble y Duncan, 1995; Lambert y Bergin, 1994), éste no es el único factor y prácticamente, aunque se desee, no puede existir 24 horas al día. Como una paciente lo explicó al cancelar su cita inicial: "Mi esposo acaba de morir, así que no necesito ir a la consulta."

6. Un compromiso para asegurar que la vida resultante del paciente es más importante que la terapia. Esto sugiere esencialmente el deseo de los terapeutas breves de volverse innecesarios. El hecho es que, después de todo, se ha conocido a más de un paciente, lo que es a menudo entendible, para decirlo de una forma u otra: "no puedo pagar la terapia, porque me voy a Acapulco."

7. La comprensión de que la terapia no siempre es útil. Mientras que se ha establecido bien que la psicoterapia, en especial la terapia breve, es útil para mucha gente y muchos problemas (Lambert y Bergin, 1994; Lipsey y Wilson, 1993), es relativamente raro que los psicólogos o los medios de comunicación populares reconozcan lo que resulta claro en la práctica clínica diaria: un significativo número de personas no se benefician de la psicoterapia aun con el tiempo y pueden, de hecho, deteriorarse con el tratamiento (véase Lambert

y Bergin, 1994, para una revisión parcial). Esto es cierto no sólo en los casos obvios y notorios de contacto sexual de terapeutas con pacientes, sino también durante tratamientos bien establecidos y bien intencionados (por ejemplo, Ogles, Lamben y Sawyer, 1993) o bien de transacciones terapéuticas ordinarias y de estancamiento terapéutico (Omer, 1994; Sachs, 1983). LeShan (1990) también observa que la psicología no ha tenido éxito ante los grandes retos de la condición humana, tales como la pobreza, la guerra, el racismo, la contaminación u otras formas de conducta autodestructiva. Esto sugiere que la terapia ha sido vista en forma exagerada como una solución para muchos problemas.

8. La creencia de que la terapia no debe ser "eterna" o interminable. Esta doctrina sugiere que los terapeutas y los pacientes siempre deberían tener en mente una respuesta a la pregunta: ¿cómo sabremos cuándo terminó la terapia? Además, para ilustrar la idea de que nada sucede en la terapia durante años, que no pueda ocurrir en periodos mucho más cortos, Michael Hoyt cuenta la historia de una visita a la famosa clínica Tavistock de Malan (1963) en Londres, donde se le dijo: "aquí en Tavistock permitimos a los aprendices asistir de 35 a 40 sesiones. Esto les permite perder tiempo y cometer errores." Hoyt respondió: "bueno, en Estados Unidos somos más eficientes. ¡Encontramos que podemos perder el tiempo y cometer errores en doce sesiones!" (Hoyt, 1990, p.120). Aunque la tarea de estudiar los límites de tiempo está llena de retos (véase Koss y Shiang, 1994), algunas investigaciones apoyan la idea de que la definición explícita de los límites de tiempo es terapéutica (por ejemplo, Sledge, Moras, Harley y Levine, 1990), mientras que otras investigaciones no encuentran diferencias entre los resultados de las terapias con tiempo limitado y con tiempo ilimitado (por ejemplo, Luborsky, Singer y Luborsky, 1975), refiriéndose implícitamente a la primera.

Una encuesta con 222 psicólogos seleccionados al azar realizada por Bolter *et al.* (1990) apoya la idea de que los terapeutas breves y a largo plazo pueden en efecto diferenciarse por sus suposiciones referentes a los principios del cambio de la conducta. Estos investigadores encontraron que los terapeutas a corto plazo valoraron más la apreciación de los límites de tiempo que los terapeutas a largo plazo, quienes apoyaron la idea de "tiempo ilimitado" como una cualidad importante de la terapia. Más aún, los terapeutas a corto plazo tendían a considerar que el cambio era posible en un

orto tiempo, mientras que los terapeutas a largo plazo enfatizaron los aspectos de personalidad más inmutables. Sin embargo, los grupos no difirieron en un número de cualidades, las cuales incluyen la importancia de la definición de la meta principal, el enfoque en las debilidades o fortalezas de los pacientes, en las percepciones del cambio o en la importancia de la terapia.

Con respecto a los psicólogos clínicos experimentados, al menos cuando los terapeutas tienden a aceptar mejor estos valores, su efectividad con los pacientes puede incrementarse realmente al evaluarse por los bajos porcentajes de fallas y reincidencias y por la mejoría clínica (Burlingame, Fuhrman, Paul y Ogles, 1989).

TERAPIA BREVE: CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

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

1. La determinación y mantenimiento de un enfoque claro y específico. Como dice el dicho: "si no sabes a dónde vas, terminarás en algún otro lugar." Por lo general, los pacientes no necesariamente saben qué es lo que quieren de la terapia, o pueden tener muchos cuestionamientos, a menudo mal definidos. Un buen terapeuta breve ayudará a organizar éstos en un lenguaje comprensible y con resultados reconocibles. Se da prioridad a los múltiples problemas y los cambios de enfoque son negociados de forma que no se pierda el camino del progreso. Cualquier confusión o malentendido acerca del propósito y métodos de la terapia es atendida de inmediato.

2. El uso concienzudo y (por lo general) flexible del tiempo. En lugar de suponer que todos los pacientes necesitan o desean visitas semanales de 50 minutos durante un tiempo indefinido —un extraño modo de hacer las cosas cuando uno las considera aparte de la conveniencia de los programas—, este principio significa que el tiempo se usa para responder a las demandas de una situación dada (véase Hoyt, 1990, para una discusión). De este modo, la duración, la frecuencia o la intensidad de las sesiones puede variar considerablemente en la TB. Alguien en crisis desde el inicio, puede ser atendido dos veces a la semana durante un par de semanas o por una sola sesión prolongada y luego redu-

cirse a cada dos o tres semanas, para permitir que se implementen los efectos de la práctica o de la tarea. Periódicamente, se pueden usar los contactos por teléfono o sostener contactos más cortos de una hora para el mantenimiento y la revisión. Algunos terapeutas (por ejemplo, Butler, Strupp y Binder, 1992; Horowitz *et al.*, 1984; Mann, 1973) limitan las visitas al comienzo por razones relacionadas con la motivación o para facilitar la resolución de los asuntos de transferencia. Otros terapeutas (por ejemplo, Budman y Gurman, 1988; 1992) recomiendan establecer o negociar los límites de tiempo, de manera anticipada, para facilitar el enfoque; otros hacen esto más implícitamente sugiriendo evaluaciones iniciales y regulares del progreso (Johnson, 1995). Además, se ha demostrado que muchos trastornos (por ejemplo, trastornos de pánico y depresión unipolar), responden de manera específica a intervenciones estructuradas y de tiempo limitado, que quedan por lo general dentro del margen de 12 a 18 visitas en estudios empíricos de la TCC (véase Barlow, 1993) y la terapia interpersonal. Mucha gente piensa erróneamente que la TB es un tratamiento apresurado o bajo presión, pero esto sólo describe el pobre asesoramiento recibido. De manera importante, resulta dudoso, si no contraproducente en sus efectos, el asunto de la limitación de visitas por parte de los aseguradores por razones de costo, y no deberá confundirse esta situación con los límites de tiempo terapéutico. Por último, también deberá notarse que la importancia de negociar las expectativas y límites de tiempo con los pacientes sirve para evitar el hallazgo de Pekarik y Finney-Owen (1987), de que los terapeutas sobreestiman significativamente qué tanta terapia desean los pacientes. A continuación se presenta un ejemplo de esto:

Irving Yalom (1989), un terapeuta existencial muy respetado, con una "profunda" orientación en la terapia a largo plazo, cuenta la historia de su encuentro con "Penny", una mujer perturbada por pérdidas significativas en su vida. Ella deseaba verlo tres meses antes de que él tomara su año sabático. En contra de su mejor juicio, puesto que él creía que tres meses de visitas regulares eran inadecuados para una terapia "decente", Yalom la vio. A pesar de un buen resultado y de la satisfacción de la paciente, él seguía insatisfecho con relación a la profundidad de la terapia que había conseguido, considerándola insuficiente para manejar "una ansiedad de muerte". Consideró el rápido progreso de la paciente como excepcional, en lugar de examinar más a fondo, cómo fue que la ayudó a lograr resultados

en un tiempo tan relativamente corto. En otras palabras, Yalom parece ser incapaz de reconciliar la experiencia de su paciente con sus propias expectativas y necesidades (Cooper, 1995, p. 30).

3. Metas limitadas con resultados bien definidos. Es difícil imaginar cualquier modelo de psicoterapia que no tenga algún tipo de objetivo. Aun cuando los pacientes deseen lograr la paz del mundo a través de la psicoterapia, ésta tendría que lograrse en forma gradual. En la TB, las metas son abiertamente negociadas con los pacientes y definidas de manera específica dentro de las áreas problema. Por ejemplo, un terapeuta podría preguntar: ¿cómo se podría ver la paz del mundo?; ¿cómo podríamos saber que ha mejorado?; exactamente, ¿qué podría ser diferente? La importancia de resultados alcanzables, observables, definidos conductualmente, sirve en parte para incrementar el optimismo y el reconocimiento del éxito de los pacientes, así como para justificar junto con los examinadores de la compañía de seguros por qué el tratamiento es efectivo y necesario. De manera significativa, cada uno de los actos de establecer y trabajar prepositivamente hacia objetivos, parece tener efectos saludables sobre la gente (véase Csikszentmihaly, 1990, y Myers, 1992. para una discusión).

4. Enfocarse en el estrés y los síntomas presentes. Así como la mayoría de los terapeutas breves no consideran la necesidad de una recapitulación "profunda" o histórica en la terapia, tampoco ignoran estos factores en el desarrollo o resolución del problema. Sin embargo, la TB hace énfasis en que se hagan transiciones relativamente rápidas del pasado al presente, debido a que una vez que conocemos "el porqué" podemos seguir con el "¿y ahora qué?" También reconoce que mucha gente tiende a estar satisfecha con el "síntoma del alivio" y a abandonar el tratamiento cuando se sienten bien (por ejemplo, Pekarik, 1983).

5. Una rápida evaluación inicial y una integración de la misma al tratamiento. Esta postura terapéutica ha sido caracterizada como "preparen, apunten, fuego" por O'Hanlon y Weiner-Davis (1989; en Peters y Waterman, 1982). Cuando hay suficiente información disponible para justificar un diagnóstico o hipótesis de trabajo acerca de los problemas, se analizan e intentan intervenciones de prueba, creando de este modo un proceso de diagnóstico continuo a través de la acción (Wells, 1993). Sin embargo, esto no se hace precipitadamente o sin cuidado. Este concepto se beneficia de la expe-

rienda, confianza y habilidad del terapeuta (Stein y Lambert, 1995), así como de la disposición de hacer ajustes si uno está "equivocado."

6. Revisiones rutinarias del progreso y el abandono de intervenciones inefectivas. Un buen terapeuta breve rastreará de manera rigurosa la utilidad de la terapia, a través de preguntas subjetivas y objetivas, de manera consistente con la idea de que una intervención fallida es simplemente otra oportunidad para definir mejores soluciones. Muchos psicólogos clínicos también rastrean la calidad de las relaciones terapéuticas debido a que parecen contribuir significativamente a los resultados (por ejemplo, Burns y Nolan-Hoeksema, 1992; también véase Miller *et al.*, 1995).

7. Un alto nivel de la actividad paciente-terapeuta. Los terapeutas hacen lo posible, de manera cooperativa y activa, por involucrar a los pacientes en un proceso de cambio. El cuestionamiento, la instrucción, la aclaración, la solución de problemas y la comprobación de hipótesis son componentes comunes interactivos de la TB. La postura típica del terapeuta de la TB con relación a esto es capturada en el cuestionamiento de Eric Berne: "¿qué puedo hacer hoy para curar a este paciente?" (citado en Hoyt, 1990). Por lo general, se les asignan tareas a los pacientes (algo específico para hacer o pensar) para facilitar el progreso entre sesiones.

8. La creación de un ambiente seguro y confortable para la expresión emocional. Algunos terapeutas breves, en especial los que tienen una orientación psicodinámica (por ejemplo Davanloo, 1979, 1988; Sifneos, 1992; y hasta cierto punto Malan, 1963, 1986a, 1986b), evocan deliberadamente el afecto como un factor "curativo." Otros psicólogos clínicos pueden poner mayor énfasis en las contribuciones cognoscitivas o conductuales para el cambio. La postura fuerte y autoritaria de estos estilos, en particular el de Davanloo, ha sido sometido a crítica (véase Messer y Warren, 1995, para una revisión) además de que no refleja la práctica general de la terapia breve. Sin embargo, casi todos los terapeutas breves tratan de establecer una atmósfera de colaboración, entendimiento y compasión, que permita una expresión emocional apropiada por parte de los pacientes.

9. Un uso práctico y ecléctico de las técnicas de tratamiento. Bloom (1992) ha observado que, por ejemplo, Wolberg incorpora "enseñanzas, cintas de relajación, hipnosis, sermones, sugerencias directas, drogas psicoactivas, catarsis, fe, contar con la buena suerte, in-

terpretación de sueños e intervención en crisis" (p. 42). Sin embargo, este principio significa esencialmente que la técnica no define la terapia breve sino que se usa para servirle a ella. Aunque el uso de tratamientos y técnicas manualizadas parecen tener únicamente un valor de investigación y terapéutico (Chambliss, 1996), la técnica contribuye menos al resultado de lo que lo hacen los factores de las relaciones, tales como las habilidades interpersonales y las actitudes cálidas y genuinas del terapeuta (Stein y Lambert, 1995; Miller *et al.*, 1995; Lambert y Bergin, 1994; véase también Rubin y Niermeier, 1992) que, por supuesto, en sí mismas incluyen técnica (Mahoney y Norcross, 1993; véase también Sachs, 1983). Más precisamente, el estar familiarizado con un amplio margen de investigaciones y prácticas actuales le permite al terapeuta ajustar el tratamiento de manera más eficiente, confiada y competente a las necesidades individuales de los pacientes.

SELECCIÓN DE LOS PACIENTES PARA LA TERAPIA BREVE

Algunos psicólogos clínicos (por ejemplo, Shiang y Bongar, 1995), específicamente aquellos con inclinación psicodinámica (para una mayor discusión véase Bloom, 1992; Messer y Warren, 1995; Wells y Gianetti, 1990) enfatizan la importancia de la selección o exclusión de los pacientes como un componente técnico distintivo de la TB. Por lo general, estas exclusiones se deben a condiciones de resistencia al tratamiento como en personalidades antisociales (véase Lykken, 1995), falta de contacto con la realidad como en la esquizofrenia, un historial de tratamientos o intervenciones anteriores inútiles y sin éxito que presumiblemente fueron competentes, una inadecuada motivación para cambiar, así como dificultad para formar relaciones (Donovan, 1987; Ursano, Sonnenberg y Lazar, 1991). Sin embargo, como lo observa correctamente Bloom (1992), estas exclusiones del tratamiento breve, consideradas de manera amplia e integrada, parecen estar enraizadas más en la evidencia teórica que en la empírica.

Por ejemplo, Donovan (1987) amplía el área de aplicación de las psicoterapias dinámicas breves a poblaciones más grandes de pacientes, cambiando el enfoque del tratamiento a "creencias patógenas" (véase Weiss, Sampson y el Grupo de Investigación del Monte Zion, 1986), más que a los conflictos edípicos comúnmente asociados con el pensamiento dinámico,

aunque la justificación para hacer esto es experimental y teórica, más que empírica.

Más aún, hay poca evidencia, o ninguna, de que la psicoterapia de cualquier tipo funciona con las difíciles condiciones mencionadas anteriormente (Kingsbury, 1995; Maxmen y Ward, 1995) y como Cooper señala (1995), si el tratamiento que involucre estas condiciones funciona, es probable que involucre no sólo los factores esenciales de las relaciones sino "el uso, a lo largo del tiempo, de particularidades de la TB tales como el establecimiento de prioridades, el enfoque, dar pasos pequeños y concretos, hacer evaluaciones regulares del progreso y añadir apoyo" (p. 11).

¿POR QUÉ PRACTICAR LA TB?

Probablemente es sabio recordar las palabras de Disraeli cuando se considera el uso de datos para apoyar una posición en particular: "existen tres tipos de mentiras: las mentiras, las condenadas mentiras y la estadística." Sin embargo, con respecto a los datos que siguen, podemos apoyarnos en el pensamiento reconfortante de otro legislador de Minnesota: "no son mis cifras las que estoy citando, son las cifras de alguien que sabe de lo que se está hablando."

1. Los datos que apoyan la eficiencia general de la terapia individual, familiar y de pareja en pacientes con una variedad de presentaciones son, en efecto, investigaciones de tratamientos breves no planeados, de tiempo ilimitado "no reconocido", con pacientes con menos de 20 visitas (Budman y Gurman, 1988; Koss y Shiang, 1994).

2. Todos los tratamientos empíricamente validados a la fecha son, por tanto, breves. No hay estudios empíricamente validados de los tratamientos a "largo plazo." A pesar de las 400 psicoterapias actuales (Miller *et al.*, 1995), se ha probado la efectividad de relativamente pocos modelos de psicoterapia en investigaciones controladas (Norcross, 1995; Kingsbury, 1995). De los 47 tratamientos empíricamente validados identificados hasta ahora, la mayor parte son cognoscitivos-conductuales, tres son psicodinámicos y uno es existencial (Chambliss, 1996). Los resultados del meta-análisis de la terapia dinámica breve de Svartburg y Stiles (1991) favorecen en realidad al tratamiento TCC, pero pudieron haber tenido problemas metodológicos (véase Messer y Warren, 1995, para una revisión y críticas más a fondo). Aunque se puede considerar que el conjunto de evidencia empírica favorece el tratamiento con compo-

nentes cognoscitivo-conductuales (véase Lambert y Bergin, 1994; Shapiro y Shapiro, 1982), meta-análisis más recientes de las variantes de la terapia breve dinámica y/o interpersonal (Crits-Christoph, 1992; Digueur *et al.*, 1993) y estudios comparativos con respecto a la depresión (por ejemplo, Shapiro *et al.*, 1994) han encontrado que las terapias breves dinámicas son tan efectivas como otros tratamientos. En resumen, se puede concluir lo siguiente acerca de lo que conocemos hasta el momento con relación a la efectividad de la psicoterapia individual (Kingsbury, 1995, p. 8):

Las terapias conductuales y cognoscitivo-conductuales tienen efectos más consistentes y duraderos que los fármacos en el tratamiento del trastorno de pánico, agorafobia, fobias simples y, en menor grado, en las fobias sociales. La utilización de fármacos y de técnicas conductuales son igualmente efectivas en el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno postraumático y el trastorno generalizado. Las terapias conductuales del tipo desarrollado originalmente por Masters y Johnson son más efectivas que los fármacos en el tratamiento de la disfunción sexual.

Los fármacos son únicamente de utilidad temporal para el insomnio, el cual es tratado de manera más eficiente con la terapia conductual. En el tratamiento de la depresión mayor sin características psicóticas, las psicoterapias conductual, cognoscitivo-conductual e interpersonal son tan efectivas como los fármacos antidepresivos. Las terapias psicodinámicas son menos útiles, pero mejores que el placebo.

3. La TB corresponde al uso y expectativas que la mayoría de los pacientes (¡aunque no necesariamente la mayoría de los terapeutas!) tienen acerca del tratamiento. La mayoría de los pacientes promedian entre cinco y ocho visitas por terapia, independientemente de otros factores (Garfield, 1986, 1994; Phillips, 1985), lo que corresponde a sus propias estimaciones de necesitar de seis a diez visitas para terminar el tratamiento (Garfield, 1978; Pekarik & Finney-Owen, 1987). Los recientes análisis de la Encuesta Nacional de Gastos Médicos (National Medical Expenditures Survey) (Olfson y Pincus, 1994), los datos de pacientes de la HMO (Craven, 1996; DeLeon, VandenBos y Bulatao, 1991) y de poblaciones generales (Taube, Goldman, Burns y Kessler, 1988) sugieren que la vasta mayoría, tal vez hasta 85% de los pacientes, son atendidos en menos de 11 visitas y el número modal de las visitas de pacientes externos puede ser tan pequeño como el de una

sola sesión (Garfield, 1986; Hoyt, Rosenbaum y Talmon, 1992; National Institute of Mental Health [NIMH], 1981). De forma interesante, Pekarik y Finney-Owen (1987) encontraron que los terapeutas creen que los pacientes necesitan tres veces más el número de sesiones que los mismos pacientes estimaron, un hallazgo que puede tener sus raíces en los datos consistentes que muestran que un número relativamente pequeño de pacientes, que tienden a ser los más recordados por los terapeutas, consumen recursos de terapia en forma desproporcionada (Taube *et al.*, 1988).

4. La mayor proporción de los beneficios del tratamiento se obtiene en las primeras etapas de éste, tal vez en seis u ocho sesiones (Smith, Glass y Miller, 1980). Se ha encontrado que el alivio clínico o el regreso al funcionamiento normal ocurre en menos de cinco visitas para más de 50% de la gente y en 14 sesiones para malestrares crónicos, sin tomar en cuenta las consideraciones del carácter (Kopta, Howard, Lowry y Beutler, 1994). De acuerdo con los meta-análisis de dosis-efecto de Howard *et al.*, (1986) se puede esperar que 62% de la gente mejore significativamente con 13 visitas, y con un esfuerzo creciente requerido para los pequeños incrementos de cambio, mejoraría más con 26 visitas.

5. La mayor parte de los datos de los resultados indican que la TB planeada es al menos tan efectiva como los tratamientos a largo plazo. Koss y Butcher (1986) encontraron pocos estudios que compararan directamente la terapia, a corto y a largo plazos, con resultados equivalentes, favoreciendo implícitamente al último tratamiento (Wells, 1993). Sin embargo, debe notarse que la comparación de los resultados es debatible por razones que incluyen el uso y comparación de datos promediados en situaciones e individuos únicos (Beutler, 1991; LeShan, 1990; Persons, 1991). Con respecto a los estudios dosis-respuesta que sugieren "entre más terapia, mejor", es un lugar común confundir el tiempo cronológico con el tiempo dedicado a las sesiones (Koss y Butcher, 1986).

El estudio más citado a favor de los tratamientos a largo plazo es el meta-análisis de Howard *et al.*, (1986), quienes encontraron un incremento sostenido en los beneficios de la terapia con el tiempo. Sin embargo, esta investigación es criticada por Pekarik (1990b) por usar estudios que emplean prácticas de terapia "no estandarizadas" y un promedio de visitas que exceden de manera considerable la norma, enfatizando los resultados calificados por el terapeuta, que son no-

toriamente incompatibles con las percepciones del paciente, el uso de ambientes "inusuales" y la exclusión de los métodos TCC. Más recientemente, en una "encuesta naturalista" a gran escala (Seligman, 1995) se encontró que los pacientes se sentían mejor entre más tiempo recibieran terapia, aunque los datos aparecen agrupados cronológicamente en lugar de estar agrupados por número de visitas. Esta investigación, aunque no necesariamente incompatible con la implementación de la TB como lo hemos discutido, también ha recibido críticas sustanciales. Por ejemplo, Jacobson (1996), notó el pequeño tamaño de las respuestas en relación a la muestra y sugirió que esto favorece a aquellos "preocupados" que responden y confían en una memoria retrospectiva sumamente inexacta y en los autorreportes. A este respecto existen estudios individuales mezclados. Por ejemplo, en un estudio controlado de terapia familiar, Smyrniotis y Kirby (1993) encontraron que las familias que recibían relativamente menos terapia mostraban los mejores resultados, mejorados tal vez debido a una actitud de confianza del terapeuta en su capacidad de enfrentamiento.

6. La bibliografía en materia de "compensación médica" sugiere que aun una entrevista terapéutica, que abandona un curso planeado de la TB, puede reducir sustancialmente el uso que hacen los pacientes de los servicios médicos durante un periodo de años (véase Bloom, 1992, para una revisión parcial).

7. La TB parece atenuar muchos de los factores asociados con quienes abandonan tempranamente la terapia a tal grado que la intervención activa, correcta y positiva a la hora de ingreso tiene un efecto deseable sobre la satisfacción del paciente y la memoria (Adams, Piercy y Jurich, 1991; Mohl, Martínez, Ticknor, Huang y Cordell, 1991; Sledge *et al.*, 1990). Más aún, aunque el abandono o la terminación prematura de la terapia constituye un fenómeno complejo con múltiples variables, probablemente interactivas (Garfield, 1986, 1994), el hecho de que los pacientes abandonen la terapia o la finalicen antes de lo que su terapeuta pensaba, no necesariamente significará que los pacientes estén insatisfechos con el tratamiento o que no progresaron (Bloom, 1992; Pekarik, 1983, 1990a). Sin embargo, un terapeuta breve escrupuloso da seguimiento a quienes abandonaron la terapia.

8. De forma creciente, las terceras partes que pagan, así como las agencias reguladoras, están deman-

dando eficiencia, efectividad e intervenciones apoyadas en resultados, todo lo cual es compatible con los principios del tratamiento breve (Craven, 1996; Meisols, 1995).

9. La TB es éticamente consistente con los principios del cuidado a la salud, de la autonomía de los pacientes, el consentimiento informado y el inicio de un tratamiento menos intrusivo (Pekarik 1990a; 1990b).

LOS LÍMITES DE LA TERAPIA BREVE

¿Por qué es importante una conciencia de las aplicaciones y las limitaciones de la psicoterapia para la terapia breve? Cooper (1995) ha sugerido que para que sea efectiva cualquier terapia, así como eficiente, los ingredientes esenciales son un paciente razonablemente motivado, un problema sensible al tratamiento y un terapeuta capaz. En ausencia de estos factores o (esto es más importante) con una falla por parte del terapeuta para reconocer su ausencia, no sólo fracasará la psicoterapia, sino que puede hacerse, parafraseando la perspectiva de la vida de Hobbes, "desagradable, tosca y larga".

Esto no quiere decir que a pesar de la duda inicial, uno no deba probar la psicoterapia con la mayoría de pacientes que la solicitan. Sin embargo, para el terapeuta breve, esto significa educarse más acerca del tipo de gente que más probablemente se beneficiará, en cuánto tiempo, en qué tipo de tratamiento, con qué tipo de psicólogo clínico que monitoree concienzudamente el progreso y que esté dispuesto a decir que el tratamiento no está funcionando.

Ya hemos observado que muchos autores consideran inadecuada a la terapia breve para tratar la psicopatología severa, que incluye estados como algunos trastornos de personalidad, falta de contacto con la realidad, una historia de tratamientos o intervenciones anteriores fallidos o bien una motivación pobre o inadecuada para el cambio. Sin embargo, otros autores (por ejemplo, Bloom, 1992; Cooper, 1995) han sugerido que esto no sólo describe los límites de la terapia breve, sino de cualquier psicoterapia. Por ejemplo, con relación a la conducta y a la personalidad antisocial, a pesar de la clara y rica comprensión descriptiva de estos enormes problemas, para ellos no existe una "cura" conocida (Gibbs, 1995; Lykken, 1995; Vachss, 1993). De forma similar, los problemas tales como trastornos del espectro esquizofrénico (Shrighi y Nasrallah, 1995)

y las enfermedades bipolares en fase maniaca (Maxmen y Ward, 1995) todavía no son fundamentalmente sensibles a cualquier tipo de tratamiento no farmacológico, aunque la psicoterapia auxiliar ciertamente puede ser útil (Kingsbury, 1995).

Con relación a los trastornos de personalidad, algunos terapeutas breves (por ejemplo, Pekarik, 1990a) consideran que tratar la personalidad es irrelevante para tratar las quejas específicas de los pacientes, especialmente porque hay poca evidencia que apoye un cambio de personalidad en la terapia. No obstante, Winston *et al.* (1994) reportaron tener éxito con varios trastornos de personalidad en un estudio controlado, usando dos métodos dinámicos que son debatiblemente "breves" (40 sesiones). De forma similar, otros autores psicodinámicos (por ejemplo, Lazarus, 1982; Leibovich, 1981) reportaron tener éxito al tratar casos severos de trastorno de personalidad, tal vez debido a que la ayuda es ofrecida de forma concreta, limitada y "respetuosa" (Donovan, 1987). La terapia cognoscitivo-conductual (por ejemplo, Beck, Freeman *et al.*, 1990) se enfoca indirectamente en el cambio de personalidad, a través de la atención a otros problemas específicos relacionados con la personalidad, tales como la autoeficacia, que pueden facilitar amplios cambios de personalidad. Linehan (Linehan y Kehrner, 1993) ha desarrollado un método empíricamente validado "metaparadójico" para el trastorno de personalidad límite, que es compatible con los principios de la TB e incorpora elementos dinámicos, estratégicos, de TCC e interpersonales. De forma similar, Budman y Gurman (1988) ilustran una forma integrada de tratar brevemente los trastornos de personalidad que "invaden" la terapia.

Deben mencionarse unas palabras con respecto al asunto del abuso de sustancias, que es otra exclusión típica de la TB. Existen argumentos convincentes (por ejemplo, Budman y Gurman, 1988; Dubowsky, 1993; Gitlin, 1990, 1996) para no realizar terapia con quienes abusan de sustancias activas resaltando, por ejemplo, la dificultad de separar la depresión de los efectos de la ingestión excesiva de alcohol. Sin embargo, hay buenos ejemplos publicados de trabajo productivo con quienes abusan de las sustancias, con el uso de elementos cognoscitivos (Beck, Wright y Newman, 1992; McCrady, 1993), o bien, con soluciones enfocadas o estratégicas (Berg y Miller, 1992b; Johnson, 1995; Miller y Berg, 1995; Todd y Selekman, 1991). Como lo observa Cooper (1995), estos métodos "enfatan la evaluación exacta de los niveles de motivación para cualquier

cambio de conducta (véase Prochaska, 1992), los cuales involucran cooperativamente a los pacientes para que usen sus fortalezas al nivel en el que estén dispuestos a cambiar y sacar provecho de este éxito para encaminarse hacia la recuperación" (p. 10).

UN PANORAMA DE VARIOS MODELOS DE TB Y DE LA TERAPIA EN CRISIS

En el capítulo 6 se incluye una discusión completa de las terapias analizadas a continuación. Se alienta al lector para que considere los diversos modelos mencionados aquí, en especial los modelos dinámicos, no simplemente como grandes modelos hechos en corto tiempo, sino distintos entre sí. La tabla 8.1 compara algunos aspectos de las diversas formas de TB.

Como se anotó al inicio, existen varios cientos de psicoterapias, y una buena parte de éstas parece ser, por lo menos, intrínsecamente breve. Koss y Butcher (1986) en su revisión listan más de 50 formas, pero ésta es claramente una estimación demasiado baja.

A pesar del uso de manuales para tratar de lograr una pureza técnica en la aplicación de las diversas terapias, y de las diferencias teóricas aparentes entre los

modelos, no está clara la extensión en que estas diferencias son aplicadas "puramente" en la práctica. Por ejemplo, se ha notado que los terapeutas que aplican el mismo tratamiento pueden tener resultados bastante diferentes (Luborsky, McClellan, Woody, O'Brien y Auerbach, 1985).

Más aún, existe mucha fertilización cruzada entre las terapias. Por ejemplo, Donovan (1987) amplía la aplicación de la terapia dinámica breve retando las "creencias patógenas" de los pacientes, que él considera más cercanas a una estructura de personalidad que a una función cognoscitiva, aunque fácilmente puede ser considerada como cognoscitiva. Bloom (1992) señala que la mayor parte de las terapias dinámicas ahora son más interpersonales que intrapersonales. De forma similar, el terapeuta cognoscitivo Mahoney (1993, 1995) reconoce el creciente reconocimiento de este modelo de la importancia de los procesos "inconscientes" (nótese la insinuación dinámica), constructivistas (por ejemplo, la realidad está en los ojos del observador) e interpersonales. Quick (1995) combina el énfasis de la terapia breve estratégica sobre la aclaración de un problema y la interrupción de lo que no funciona, con el énfasis en la terapia breve enfocada en soluciones sobre la

Tabla 8.1 Comparación de terapias breves seleccionadas

MODELO	ACEPTACIÓN DEL PACIENTE	ENFOQUE BÁSICO DEL TRATAMIENTO	
	PORCENTAJE ^a		TÉCNICAS BÁSICAS
Dinámico			
Mann	Bajo	Ansiedad por separación	Interpretación de la transferencia
Davanloo	Bajo	Conflictos pre-edípicos; conflictos edípicos	Confrontación; interpretación
Gustafson	De bajo a moderado	"Fallas" producidas por un trauma temprano	Compañía empática; interpretación
Wolberg	De moderado a alto	Queja presentada	Flexible; interpretación
Sifneos	Bajo	Conflictos edípicos	Confrontación; interpretación
Interpersonal	De moderado a alto	Disputas por el papel interpersonal, transiciones, déficits; sufrimiento	Comunicación y análisis de decisión; expansión de opciones
Cognoscitivo-conductual			
Beck	Alto	Distorsiones cognoscitivas	Empirismo cooperativo; reestructuración cognoscitiva
Ellis	De moderado a alto	Creencias irracionales	Discusión racional; tarea
Estratégico			
Erickson	Alto	Problemas actuales	Sugerencias directas e indirectas
Enfocado a la solución	Alto	Soluciones intrínsecas a los problemas actuales	Cuestionamiento estratégico; uso de excepciones

Fuente: Adaptado de Cooper (1995). Adaptado en parte de Donovan (1987).

^aLos porcentajes estimados están basados en los reportes clínicos de los autores, en otros comentarios o en criterios de selección disponibles.

amplificación de conductas que representan excepciones a la regla. Johnson y Miller (1994) ligan el tratamiento de la depresión enfocado en soluciones al modelo de Seligman de desesperanza aprendida (por ejemplo, Seligman, 1990).

No obstante estas tendencias integradoras, Peake, Borduin y Archer (1988) diferencian bastante las terapias breves en relación a las líneas de sus características dominantes psicodinámicas, cognoscitivas o estratégico-estructurales, mientras Bloom (1992 véase también Jones y Pulos, 1993) sugiere que la mayoría de las formas de TB pueden ser explicadas por la teoría psicodinámica o la cognoscitiva-conductual. En este contexto, la psicoterapia interpersonal (PIP) (Klerman, Weissman, Rounseville y Chevron, 1984; véase también Weissman y Markowitz, 1994) es considerada como un punto entre ambas. (PIP es un tratamiento empíricamente validado en particular para la depresión, véase Elkin, 1995; Glick, 1995; que coloca un énfasis explícito en el papel de los procesos interpersonales en el cambio e intenta ligar los problemas interpersonales a los síntomas actuales del paciente.)

Conforme evoluciona la TB, los modelos estratégico-estructurales y cognoscitivo-conductuales parecen, de manera convincente, estar ganando privilegios sobre los modelos dinámicos (Lambert y Bergin, 1994; Wells, 1993). Aparte de los asuntos de validación empírica, esto puede deberse a que las terapias breves dinámicas colocan un mayor énfasis en la selección de pacientes funcionales y motivados, capaces de lograr introspecciones y discernimiento y formar relaciones, limitando de este modo su aplicabilidad (Cooper, 1995).

Modelos psicodinámicos breves

Además del énfasis en la selección y exclusión de pacientes que ya mencionamos, la terapia dinámica breve también enfatiza la importancia de la transferencia y la contratransferencia; la confrontación e interpretación del conflicto focal intrapsíquico y, en muchos casos, la importancia psicológica de finalizar el tratamiento (Ursano, Sonnenberg y Lazar, 1991). Como lo señala Goldberg (1975; p. 342):

Para que la psicoterapia le permita a un individuo aceptar el significado de su existencia, deberá enfrentarse a la realidad de la no-existencia. La psicoterapia es un proceso de terminación más que de consolidación de la relación y la proliferación del tiempo.

Una elaboración detallada de las características que distinguen a cierto número de modelos dinámicos breves se puede encontrar en cualquier parte (por ejemplo, Bloom, 1992; Crits-Christoph y Barber, 1991; Donovan, 1987; Messer y Warren, 1995); se refiere al lector a éstas y otras fuentes originales para encontrar ejemplos clínicos. Lo siguiente es simplemente un medio para dar una noción de la variedad de modelos breves existentes.

El énfasis de Malan (1963, 1976, 1992) en el trabajo con metas de tratamiento limitadas, la identificación de un conflicto focal y la selección "correcta" de los pacientes adecuados han sido una fuerte influencia en la TB dinámica. Sin embargo, su noción de "breve", supera las 40 sesiones. Por otro lado, el método de Mann (1973, 1991) se adhiere estrictamente a un límite de 12 sesiones para facilitar la confrontación del paciente con la "realidad" y el proceso de separación-individuación. Un reciente estudio controlado aleatorio (Shefler, Dasberg y Ben-Shakhar, 1995) ha proporcionado evidencia de la efectividad de este modelo, donde la mejoría se ha mantenido al menos durante un año.

La psicoterapia dinámica de tiempo limitado de Strupp y Binder (1984; Levenson, 1995) (PDTL) también ha recibido un sustento empírico. Esta se enfoca en una forma de tiempo limitada crecientemente integrativa sobre patrones desadaptables cíclicos de conducta, de relaciones y de expectativas. De acuerdo con Messer y Warren (1995), este modelo captura dimensiones semejantes a las de un modelo de psicoterapia de relación. En contraste con los impulsos y conflictos estructurales, se enfatiza la calidad de los estados afectivos y de la relación terapéutica y la interacción. El proceso de una sesión es más importante que su contenido, y la reconstrucción exacta del pasado es menos importante que el significado que le dan los pacientes.

Algunos modelos breves provienen claramente de las perspectivas tradicionales del modelo del impulso de la conducta de Freud, que utiliza los conceptos señalados al inicio de esta sección. Por ejemplo, Davanloo (1979, 1988) busca de manera implacable las interpretaciones de la transferencia de una forma que tiende a provocar enojo en los pacientes, pero que presumiblemente limita "la neurosis de transferencia". Él considera que su método es aplicable aun a severas patologías, como lo hace Sifneos (1992) de su "terapia evocadora de ansiedad." Sifneos objeta las cuestiones edípicas sin interpretar primero las defensas como lo harían Davanloo y Malan (Messer y Warren, 1995), haciendo surgir, de

este modo, la dimensión evocadora de ansiedad de este método, puesto que las defensas son, en efecto, retadas sin advertencia.

Los modelos de Wolberg (1965, 1980) y Gustafson (1986), ven el tratamiento como una serie de primeras sesiones, en especial el de Gustafson, que está limitado principalmente al trabajo con estudiantes universitarios; ambos modelos son flexibles y técnicamente eclécticos.

Modelos cognoscitivo-conductual y estratégico

En contraste con las terapias dinámicas breves, las teorías cognoscitivo-conductuales enfatizan la evaluación y el alivio de los problemas actuales causados por un aprendizaje defectuoso y hábitos desadaptables, el uso de técnicas basadas empíricamente para lograr las metas definidas por medio de la colaboración, así como los esfuerzos para incrementar la autoeficiencia o el autodomínio (Orlinsky y Howard, 1995; Peake *et al.*, 1988). En la actualidad, estos métodos tienden hacia un punto de vista constructivista del tratamiento, en lugar de tener una visión estrictamente empírica de éste; esto es, la efectividad del tratamiento se incrementa al trabajar dentro de la realidad de los significados personales que la gente crea (Mahoney, 1993, 1995; Dobson y Shaw, 1995; véase Held, 1995, para una revisión y crítica de este movimiento).

Las terapias cognoscitivas inherentemente breves de Beck (1976; Beck y Weishaar, 1995) y Ellis (Ellis, 1992, 1995a, 1995b; Ellis y Grieger, 1997) intentan cambiar el pensamiento problemático. Conforme se ha hecho evidente que enfocarse de forma exclusiva en la conducta o en las cogniciones (por ejemplo, Wilson, 1995) es insuficiente para cambiar muchos tipos de problemas, las terapias cognoscitivas y conductuales se han ido fusionando en modelos "cognoscitivo-conductuales" (véase Barlow, 1993; Freeman y Dattilio, 1992; Hawton, Salkovskis, Kirk y Clark, 1989; Hollon y Beck, 1994; Lehman y Salovey, 1990; Mahoney, 1995). Estos modelos comparten una incorporación sistemática, aunque flexible, de los paradigmas cognoscitivo, conductual y de aprendizaje social; de la atención a la documentación objetiva de los síntomas y del progreso; del uso de la comprobación de hipótesis; así como un creciente énfasis en la relación terapéutica. La TCC ha sido validada para muchos problemas.

La terapia estratégica puede ser considerada, de manera general, como referente a intervenciones específi-

cas, usualmente generadas por los terapeutas para problemas específicos. Este es otro modelo fuerte, popular y general de la terapia breve, que ha sido de gran utilidad en el tratamiento de pareja y de familia (véase Gorman y Kniskern, 1981; 1991), pero que padece, como sucede generalmente en el campo de la terapia familiar, de falta de estudios empíricos rigurosos y limitaciones de investigación (Alexander, Holzworth-Munroe, Jameson, 1994).

La terapia estratégica tiene sus orígenes en Gregory Bateson (por ejemplo, en Broderick y Schrader, 1981) y Milton Erickson (por ejemplo, en Cade y O'Hanlon, 1993; Fisch, 1990; Lankton, Lankton y Matthews, 1991; Zeig, 1982). Erickson restó importancia a la patología y podía ser bastante directivo (pero con frecuencia indirecto y metafórico) en su estilo. Su trabajo derivó en el modelo de "solución de problemas" de Jay Haley (1980, 1991). Este, a su vez, está relacionado con Salvador Minuchin (Aponte, 1992; Minuchin y Fishman, 1981), cuyo modelo "estructural" para los problemas familiares enfatiza la intervención en los procesos transaccionales que revelan y mantienen los problemas.

El modelo MRI (por ejemplo, Fisch, Weakland y Segal, 1982; Segal, 1991; Watzlawick, Weakland y Fisch, 1974; Weakland y Fisch, 1992) (con el cual Haley, Bateson y Erickson también tienen conexiones) difiere de la terapia estructural en que, aunque los problemas son considerados de interacción y sistémicos, la resolución de las quejas presentadas se realiza al estrechar el enfoque del tratamiento a conductas específicas. Se considera importante saber cómo es que una conducta es vista como un problema, por quiénes y lo que se ha intentado para resolverlo; asimismo, es importante trabajar dentro de la realidad del paciente, considerando tanto el problema que persiste como los esfuerzos para solucionarlo y reformularlo (Cooper, 1995. p. 22).

Otras variantes de esta familia de métodos de tratamiento incluyen la perspectiva "meta-teórica" de la terapia de una sola sesión (TSS; Hoyt *et al.*, 1992; Talmon, 1990): "1. ¿cómo está "atorado" el paciente? (¿qué es lo que hace que el problema persista?), 2. ¿qué es lo que necesita el paciente para salir adelante?, 3. ¿cómo puede el terapeuta facilitar o proporcionar lo necesario?" (Hoyt *et al.*, 1992, p. 62). Estos autores sugieren que este tipo de encuadre flexible sea en especial útil para numerosos pacientes que únicamente acuden por un contacto terapéutico. En el nivel más superficial y simple, Yapko (1992) enfatiza lo que considera común a todas las psicoterapias, como los para-

digmas hipnóticos, la interrupción de patrones y la reconstrucción de patrones más funcionales.

Una variante popular de la terapia estratégica, la terapia breve enfocada a las soluciones (Berg y Miller, 1992a, 1992b; Cade y O'Hanlon, 1992; de Shazer, 1985, 1988, 1991b; O'Hanlon y Weiner-Davis, 1989; Walter y Peller, 1992), ha enfatizado la creación de excepciones a la presentación del problema (esto es, qué factores permiten que un problema no esté presente todo el tiempo en la misma medida) y hacer transiciones rápidamente para la identificación y el desarrollo de soluciones intrínsecas al paciente o al problema.

Budman y Gurman (1988, 1992) hacen énfasis en un modelo integrado de desarrollo con elementos existenciales e interpersonales enfocados en la pregunta de tratamiento: "¿por qué acudir a terapia en este momento?", el cual ha incorporado recientemente aspectos de la teoría del dominio del control del grupo del Monte Zion. Basch (1995) articula otro modelo integrador de desarrollo de menos de 20 sesiones, aplicable incluso a las personas con un deterioro significativo, interviniendo en una de cinco áreas: afecto/razonamiento, apego, psicosexualidad, autonomía o creatividad. Reid (1990) ha propuesto un modelo integrador utilizando componentes de solución de problemas, dinámicos, conductuales, cognoscitivos y estructurales.

Terapia en crisis

La crisis y la terapia breve comparten cualidades y a menudo son consideradas como sinónimos, aunque esto es simplista. En general, las intervenciones en crisis se proporcionan a personas bajo tensión extrema y, con frecuencia específica, con el propósito de restituir las al supuesto nivel adecuado de funcionamiento que tenían antes de la crisis (véase Shiang y Bongar, 1995). Aunque esto implica que las crisis se autolimitan (Caplan, 1964), algunos terapeutas argumentan que las intervenciones en crisis pueden y tienen la función de proporcionar un funcionamiento aún más adaptable que el que existía antes de la crisis (Ewing, 1990). Ewing (1990) también sugiere que las intervenciones en crisis son, por definición, de tiempo limitado, que se aplican ampliamente a los problemas humanos, que se enfocan en el presente y que se orientan a la realidad, y que requieren considerable flexibilidad del terapeuta, cuyas intervenciones pueden incluir recomendaciones o enseñanzas.

TB ecléctica/TB prescriptiva

Una importante tendencia en la terapia breve es el integracionismo, que es más reconciliatorio que el eclecticismo. (El lector puede consultar el capítulo sobre tratamiento en este libro para información adicional.) Esta tendencia involucra la aplicación del diseño de tratamientos específicos para problemas y momentos también específicos, para personas específicas, o lo que Norcross (1995) ha llamado "terapia breve prescriptiva" (véase también Norcross y Goldfried, 1992; Norcross y Newman, 1992; y Prochaska, Norcross y DiClemente, 1994) o "terapia ecléctica sistemática" (Beutler, Consooli y Williams, 1995). Este modelo breve se está haciendo especialmente viable a medida que el margen de las posibilidades validadas de tratamiento o "celdas" sugeridas por estas interacciones, que en un momento fueron prohibitivas en cantidad, se van consolidando (Held, 1995). Más aún, incluye la investigación prometedora y la práctica que pone énfasis en "los factores comunes" en la psicoterapia (Norcross y Newman, 1992) como un antídoto bienvenido para la constante multiplicación de terapias no probadas con muy pocas cosas nuevas que ofrecer (Miller *et al.*, 1995; véase también Orlinsky y Howard, 1995).

Este sofisticado modelo de terapia tiende a reflejar la práctica real informada y toma en cuenta las diferencias oscuras y los efectos de interacción sutiles entre pacientes, terapeutas y tratamientos, que son una función de la investigación normativa o meta-analítica (Beutler, 1991; Persons, 1991). Las interacciones de aptitud y tratamiento son un campo emergente en el que la evidencia sugiere, por ejemplo, que los pacientes reacios u opositoristas puedan lograr más con tratamientos paradójicos o no directivos, mientras que los pacientes impulsivos o con una socialización pobre puedan obtener mayores beneficios con la TCC o con la terapia directiva (Beutler *et al.*, 1995; Lambert y Bergin, 1994; Norcross, 1995, 1996).

LINEAMIENTOS DEL PROCEDIMIENTO DE LA TERAPIA BREVE

Esta sección ilustra un modelo ampliamente descriptivo y orientado a las tareas de la TB (adaptado y con porciones extraídas de Cooper, 1995), tan genérico como sea posible para darle al lector una idea de cómo puede proceder una sesión de terapia breve "típica." Esta se orienta hacia las escuelas de pensamiento cognosciti-

vo-conductual y estratégica, aunque tiene mucho en común con la estructura dinámica. El énfasis sobre la primera sesión es deliberado, puesto que la terapia breve puede ser considerada, de alguna forma, como una serie de primeras sesiones, ligadas amablemente pero firmemente (no de manera rígida) por un enfoque de tratamiento. A continuación sigue una simple nota de entrada como referencia y comparación con otros modelos.

Tareas previas al inicio

Un terapeuta breve puede de antemano recolectar tanta historia como sea posible por medio del uso de cuestionarios o listados. Aunque éstos no proveen a menudo mucha información útil acerca del proceso de la terapia, pueden ayudar al terapeuta para que establezca preguntas preliminares e hipótesis útiles. Otros terapeutas breves sugieren (por ejemplo, O'Hanlon y Wilk, 1987) esperar hasta que se aleje la urgencia de elaborar una hipótesis, puesto que en algunas ocasiones los terapeutas son incapaces o están renuentes a notar la información contraria a sus hipótesis, una vez que están formuladas éstas. No obstante, algunas cuestiones de historia útiles acerca de la fuente de referencia, tratamientos previos, uso de fármacos, uso de sustancias, riesgo suicida, síntomas focales y las razones para acudir en este momento, ahorran tiempo en la sesión.

De forma similar, puede ser útil para un terapeuta breve verificar la congruencia de la conducta observable del paciente, por ejemplo, en la sala de espera o por contacto telefónico, con la preocupación que ha expresado o que se sabe que tiene, pues esto puede facilitar una terapia. Por ejemplo, un paciente obviamente ansioso, puede por lo menos beneficiarse de esfuerzos implícitos por reafirmar o calmar su ansiedad.

También se les puede dar o enviar a los pacientes información escrita acerca de lo que se puede esperar en un tratamiento útil, y esto debe discutirse al inicio. El terapeuta también puede educar a los pacientes por medio del modelamiento, por ejemplo, siendo puntual para las citas y terminar a la hora establecida. Esto confiere un tono orientado al trabajo y una expectativa de que el tiempo y la relación con el paciente son valiosas y que será tratado como tal.

Tareas de la primera sesión

Aunque este modelo sugiere una dirección secuencial, no se implementa de forma rígida. Las tareas también se pueden traslapar o servir para múltiples propósitos,

como en una reafirmación empática de un problema de un paciente que resulte en la comprensión (importante para la construcción de la relación), pero que también sirve para aclarar el enfoque potencial del tratamiento.

1. Formar una relación de trabajo positiva

Los buenos terapeutas breves aprenden a formar esta relación de manera rápida (y continua). Reconocer que pueden tener oportunidades limitadas para dar una impresión positiva y que ésta es esencial para la terapia exitosa. A continuación se comentan algunas técnicas para formar una relación positiva de trabajo:

- Realizar un poco de educación mutua sobre terapia; esto es, discutir las expectativas mutuas del tratamiento, el proceso de la terapia, así como factores tales como el tiempo, el costo o las opciones de tratamiento. Esto comienza a generar una atmósfera de colaboración.
- Escuchar de forma activa, ser enfático y utilizar un lenguaje en una forma que demuestre que se está entendiendo y que se respeta el punto de vista de cada paciente. Es una meta valiosa hacer que los pacientes crean cuando un terapeuta dice "puedo entender por qué siente (o piensa) de esa forma".
- Proporcionar una atmósfera de confianza acerca del logro de un resultado razonable, por lo general puede tener un efecto saludable sobre el resultado real (Beutler, Crago y Arizmendi, 1986). Al introducir esperanza y una expectativa de mejoría, se puede lograr un saludable efecto de placebo (Beier y Young, 1984; Frank, 1974; Goleman, 1993; Lambert, Shapiro y Bergin, 1986). Por otro lado, no se alientan expectativas que no sean realistas.
- La postura de un terapeuta es la de un consultor que desea ser útil, no la de alguien que hace milagros o que lo sabe todo (a menos que el paciente requiera esto, ¿con lo que puede lucirse el terapeuta!).
- Encontrar algo agradable o respetable en cada paciente, como su capacidad de enfrentamiento y llamar la atención a esto. De forma similar, es útil evitar discusiones al encontrar al menos algo acerca de las declaraciones o posiciones del paciente con los cuales ser enfático.

2. Lograr un enfoque del tratamiento

El enfoque es desarrollado en colaboración con los pacientes y está relacionado con los conceptos de evaluación y diagnóstico, clarificados por la pregunta:

¿qué es lo que vamos a hacer acerca de esto? o ¿qué es lo que desea que sea diferente? Si se identifican múltiples problemas, serán clasificados en orden de importancia para el paciente. Debido a que muchos pacientes tienen dificultad para expresar las metas del tratamiento, es más productivo tratarlos como una confusión que necesita considerarse de forma creativa en lugar de manejarlo como negación o "resistencia". Esta última perspectiva corre el riesgo de configurar una relación adversa innecesaria (Bischoff y Tracey, 1995).

Los diagnósticos formales están tradicionalmente asociados con el enfoque de los modelos médicos o "patológicos" de tratamiento y son derivados por el terapeuta. Por otro lado, en la TB es importante desarrollar habilidad para diagnosticar mientras se trabaja a partir de la percepción que tiene el paciente de un problema. La mayoría de los pacientes no llegan diciendo: "mi trastorno de ansiedad generalizada y los rasgos de mi personalidad evasiva están comenzando a agravar los conflictos con mi esposa." En lugar de eso dicen: "mi esposa me hace muchos reproches, así que voy al bar para que las cosas se calmen."

Aparte de esto, Shaffer (1986) y Meehl (1973) han observado, como algo importante, problemas endémicos, algunos dirían epidémicos, como resultado de diagnósticos mal realizados. Shaffer delinea seis niveles de sofisticación del diagnóstico: (1) no se elabora diagnóstico en "reuniones de rutina" entre el paciente y el terapeuta; (2) se realiza un diagnóstico diferencial pero el terapeuta trata a todos del mismo modo; (3) se hace un diagnóstico a partir del *Manual diagnóstico y estadístico de los tratamientos mentales* (DSM, por sus siglas en inglés) basado en una entrevista, tal vez con algunas pruebas, pero éstas no son conciliadas o replicadas; (4) se hace un diagnóstico explícito ligando un problema actual a un tratamiento que tenga alguna validez investigada; (5) las decisiones sofisticadas del manejo del caso se toman desde el principio, basándose en resultados de investigación y se revisan conforme sea necesario a la luz de los desarrollos terapéuticos; (6) no se asume nada acerca de la preparación del paciente para el cambio; los terapeutas utilizan otras fuentes de información para evaluar y retar o modificar las "defensas" o estilos interactivos en el contexto de los niveles previos, tales como los cónyuges, los contextos culturales, etc. Un buen terapeuta breve opera en los niveles más altos de esta jerarquía.

Para regresar a la estrategia general para lograr el enfoque con los pacientes los terapeutas pueden buscar

patrones cognoscitivos, conductuales y afectivos rígidos e inútiles de enfrentamiento de los pacientes. A menudo éstos pueden agruparse en el llamado paradigma SORC (por sus siglas en inglés) (Situaciones, Causas Orgánicas, Respuestas, Consecuencias) (Giles, 1992).

- *Situaciones* (por ejemplo, pérdidas y enfermedades).
- *Causas orgánicas* (por ejemplo, prolapso de la válvula mitral como una contribución a las experiencias de pánico).
- *Respuestas* (reacciones interpersonales e intrapersonales).
- *Consecuencias*, en especial aquellas que inadvertidamente pueden fortalecer la conducta y las quejas sintomáticas.

Otras formas para lograr el enfoque:

- Preguntar qué fue lo que trajo al paciente al tratamiento ahora y no antes o después.
- Determinar de manera específica desde el inicio qué podría ser tangiblemente diferente para los pacientes al final de un tratamiento exitoso.
- Algunas veces se puede formular una "regla", en colaboración, acerca de la conducta del paciente, que puede servir como un enfoque para la intervención. Por ejemplo, una "regla" que gobierne la crítica inútil de un joven hacia su novia se formularía de la siguiente forma: "si la critico lo suficiente, ella hará las cosas a la perfección." Entonces se pueden diseñar intervenciones para retar esta creencia o conducta.
- Descubrir por qué la queja presentada representa un problema para los pacientes, y lograr acuerdos acerca de la naturaleza del problema. Es importante determinar el contenido o significado que tiene un problema para el paciente. Por ejemplo, la joven del caso citado piensa que la infidelidad del novio significa que ella debe hacer algo malo. Entonces esta percepción puede convertirse en un enfoque potencial para el tratamiento.

3. Criterios de negociación para un resultado exitoso

Una vez que los problemas han sido identificados, se negocian con el paciente las metas o soluciones a través de preguntas sensibles y del intercambio de información acerca de lo que sabemos que es efectivo para ciertos tipos de problemas o de pacientes.

Por lo general las metas se establecen en términos positivos, específicos, viables y medibles. Esto contribuye y refuerza un sentido de control en los pacientes. Por ejemplo, si un paciente dice que está deprimido y la meta es "ya no estar deprimido," el preguntarle qué sería diferente si ya no estuviera deprimido, sugiere un enfoque positivo. Entonces los pacientes pueden decir que estarían "más felices", lo cual cumple con el criterio del enfoque positivo, pero carece de especificidad. Si los pacientes dicen que están "deprimidos", los terapeutas deben encontrar qué es lo que esto significa exactamente para ellos y por qué constituye un problema. La fatiga, la falta de placer y la tristeza son más manejables que la "depresión", y los tratamientos se pueden enfocar a estos problemas, que pueden ser medidos aun por medio de escalas rudimentarias. La incuestionable aceptación de términos amplios y vagos (por ejemplo, ansiedad o baja autoestima), o bien, de términos populares tales como codependencia pueden estar sujetos al efecto Barnum (Longue, Sher y Frensch, 1992) y esto se deberá evitar.

4. Distinguir a los pacientes de los que no lo son

Debido a que no todos los que llegan a terapia están necesariamente interesados en cambiar su conducta y a que el compromiso activo de los pacientes está muy relacionado con los resultados (véase Miller *et al.*, 1995), el concepto de clientes, quejosos y visitantes (por ejemplo, de Shazer, 1988; véase también Berg y Miller, 1992b; Johnson, 1995) es útil para determinar el estatus "real" del paciente, en particular porque se enfatiza el trabajo óptimo con las diferentes etapas de motivación que tiene el paciente para el cambio.

Los pacientes o "clientes" son gente que reconoce que hay un problema y manifiesta un deseo genuino por trabajar en él. Los "quejosos" dirán que existe un problema pero que no se ven a sí mismos como parte de la solución. Pueden ser retadores debido a que, a pesar de su angustia aparente, ellos transmiten con frecuencia una sensación de desamparo y de enojo, puesto que ven las soluciones a sus problemas como algo fuera de su alcance. Se ajustan a esta categoría los miembros de una familia que están tratando de cambiar a los alcohólicos y a muchos pacientes deprimidos, posiblemente debido a las distorsiones cognoscitivas o falta de energía. Los "visitantes" no reconocen que hay un problema. A menudo acuden porque alguien más se los pidió o por presión. El tratamiento a elegir en este caso es que el terapeuta respete la creencia de que la vida del paciente es lo suficientemente armoniosa.

5. Identificar los niveles de motivación del paciente y ajustar las intervenciones de acuerdo con él

Es importante considerar estas cuestiones con relación a lo siguiente:

- ¿Quién está (más) deseoso y es capaz de cambiar?
- ¿Qué desean hacer para cambiar o para aceptar las cosas?
- ¿Pueden diseñarse estrategias para los que no son pacientes?

Adicionalmente, las cinco etapas del cambio en la conducta adictiva proporcionan un marco para la evaluación de la motivación en la psicoterapia (Prochaska, 1992; Prochaska *et al.*, 1994):

- *Precontemplación:* Aparentemente no existe un intento serio por cambiar en un futuro cercano.
- *Contemplación:* Los pacientes piensan seriamente en cambiar pero debaten los pros y contras de hacerlo.
- *Preparación:* Los pacientes pretenden ponerse en acción el próximo mes y el año pasado tomaron acción sin éxito.
- *Acción:* Los pacientes modifican activamente su conducta, experiencias o ambiente.
- *Mantenimiento:* Los pacientes trabajan para consolidar la mejoría.

Estas tres últimas etapas corresponden a tener un paciente genuino, mientras que la etapa 2 apenas corresponde al quejoso y la etapa 1 al visitante. Se requiere un tipo diferente de intervención para cada etapa de cambio, y el no reconocer esto puede dar como resultado un tratamiento ineficiente e inefectivo. La tabla 8.2 aclara la relación general de las intervenciones con estos niveles de motivación y con el estatus del cliente. Por tanto, las estrategias preferidas para la intervención con los pacientes reflejan su grado relativo de participación en el proceso de cambio.

6. Hacer algo hoy que haga la diferencia

Cuando menos, un buen terapeuta breve escuchará activa y enfáticamente a los pacientes. Notar y permitir, sin alentar, una expresión afectiva puede ser útil, pero puesto que esto es por lo regular insuficiente para el cambio, las intervenciones activas e inmediatas son un arte significativo de la TB. Estas pueden incluir la determinación y la construcción sobre formas positivas de enfrentamiento anterior con problemas similares, el juego de roles, la solución de problemas, la educación, la normalización de la conducta, el entrenamiento de

Tabla 8.2 Matriz del estatus del cliente y la tarea

<i>Estatus</i>	<i>¿Tiene usted un problema?</i>	<i>¿Está usted dispuesto a trabajar duro para solucionarlo?</i>	<i>Tareas o respuestas adecuadas</i>
Cliente	Sí	Sí	Reformulación, tarea, confrontación, interpretación; se le pide al paciente que cambie sus perspectivas del problema y su conducta.
Quejoso	Sí (pero...)	No	Elogiar al paciente y pedirle que observe (pero no que cambie) su conducta, en especial sus estrategias de enfrentamiento y, lo que funciona mejor, o bien que observe la conducta de otros en los momentos en que el problema no se ha presentado o cuando no hay tanto problema. Preguntar al paciente si puede predecir los momentos en los que el problema no se ha presentado. El cambio de las perspectivas está implícito, no explícito. Enfatizar la relación positiva; elogiar las fortalezas y habilidades; tal vez advertir acerca del peligro del cambio y recomendar que no cambie "por ahora" y entablar una conversación placentera. Buscar al "cliente oculto" preguntando cómo podrá saber la persona/agencia que lo envió cuándo el paciente ya no necesita acudir a terapia.
Visitante o invitado	No	No	

relajación, las instrucciones y la confrontación o interpretación adecuadas. Puede ser necesario discutir el proceso para obtener las soluciones deseadas y definir o redefinir los papeles del terapeuta y del paciente, en especial si los pacientes no están lo suficientemente motivados para hacer lo necesario a fin de cambiar un problema.

Una actividad universal en la terapia breve es conceptualizar o reformular los problemas en formas que sugieran soluciones. La reformulación es un cambio deseable en la perspectiva que con frecuencia conduce a cambios correspondientes en actitud y conducta (por ejemplo, Watzlawick *et al.*, 1974; Weeks y Treat, 1992). En la reformulación los terapeutas breves dispuestos estratégicamente buscan de manera específica intenciones positivas detrás de la conducta problemática, la función positiva de los síntomas, o sus consecuencias positivas no intencionadas —cualquier perspectiva que pueda ser considerada como una alternativa de un problema (Johnson, 1990). Por ejemplo,

...las peleas de una pareja, subjetivamente angustiantes aunque no dañinas, se reformulan como una forma

de intimidación y de construcción de confianza. O, para los padres perturbados: "su hijo puede tener la creencia de que únicamente actuando puede asegurar su amor." En estos casos, la conducta se reformula de forma precisa (esto es importante) y de manera más deseable, como un componente o una prueba de intimidad y amor (Cooper 1995, p. 47).

7. Negociar las tareas

La idea de asignar o negociar tareas durante y después de las sesiones no es para castigar a los pacientes, sino para mantener el tratamiento enfocado y ayudar a que la gente use productivamente el tiempo en cada sesión. Esto también es consistente con la evidencia de que la actividad dirigida a las metas es esencial para los sentimientos de bienestar (Csikszentmihalyi, 1990). La tarea se refiere a algún esfuerzo, cognoscitivo o conductual, para adquirir habilidades, probar suposiciones o cambiar patrones establecidos en los que los pacientes están atorados (Johnson, 1992, 1995). La tarea puede incluir técnicas estándar cognoscitivo-conductuales, tareas simbólicas o ritualistas (que pueden tener ventajas en la terapia multicultural), o aun los juegos (véase Levy y

Shelton, 1990) tales como lanzar una moneda al aire o pedir a un paciente a quien le gusta agradar a la gente que encueste a todos sus amigos acerca de qué debe hacer con relación a un problema. (Johnson, 1992). Puede pedirse a los pacientes que cambien los roles en las disputas familiares o que alteren la frecuencia, intensidad, duración o lugar de un síntoma que parece fuera de su control (por ejemplo, Ascher, 1989; Madanes, 1981; O'Hanlon y Wilk, 1987). La tarea en la TB se ajusta para que sea consistente con las metas, valores, habilidades, niveles de motivación e intereses de los pacientes.

8. Registro y documentación de resultados

La documentación de las sesiones en la terapia breve no es particularmente distinta de la documentación que debe acompañar a una buena terapia de cualquier tipo. Ésta es una medida, si bien no necesariamente infalible, de la integridad de la terapia así como una forma para comunicarla a otros profesionales. Nótese que, por el ejemplo en la tabla 8.3, se incluyen principalmente los detalles conforme tienen que ver con el problema inmediato o para permitirle a otros ver por qué fue hecho el diagnóstico o los planes del tratamiento. De este modo, las largas historias familiares o las descripciones detalladas de los sucesos por lo regular no son necesarias e incluso pueden oscurecer datos o enfoques más importantes. Es especialmente importante anotar los detalles que son consistentes con los principios de la TB: la preocupación actual, los patrones de enfrentamiento, los objetivos en la búsqueda de tratamiento, las salvedades para la ocurrencia del problema, las fortalezas del paciente y las especificaciones de cómo serán instrumentadas las soluciones posibles.

Por supuesto, la documentación de las sesiones subsecuentes podrían ser mucho más cortas, al enfocarse en las características más sobresalientes de la sesión y al hacer énfasis en cómo una intervención y la subsecuente tarea son consistentes con las metas ya establecidas o modificadas. El progreso y los resultados del tratamiento deben supervisarse en forma continua en una TB bien hecha, usando instrumentos subjetivos y objetivos que sean congruentes con el problema y con los objetivos del tratamiento (véase Ogles, Lambert y Masters, 1996). La calidad de la relación terapéutica también deberá evaluarse regularmente (Burns y Nollan-Hoeksema, 1992). Por lo general es innecesario, si no es que contrario a los principios del tratamiento breve, hacer pruebas rutinarias en la terapia (en especial pruebas de personalidad) que no añadan validez a una

entrevista o que hagan que la terapia avance de alguna forma tangible (Cooper, 1995).

TAREAS DE LAS SESIONES SUBSECUENTES

Los principios de las tareas de las primeras sesiones son consistentes a lo largo del tratamiento, aunque su forma y énfasis pueden cambiar de acuerdo con las demandas del tratamiento. Las tareas de seguimiento incluyen revisiones de las tareas de sesiones anteriores, el establecimiento o reestablecimiento de un enfoque para la sesión actual, trabajar en colaboración hacia al menos una intervención o interacción tangiblemente útil, negociando nuevas tareas consistentes con el progreso y las metas, y evaluando la utilidad de la sesión y la calidad de la relación terapéutica. Puede ser útil planear y ensayar respuestas para las "recaídas", y el terapeuta breve atento está muy interesado en encontrar formas para motivar a los pacientes.

Como se señaló antes, algunos terapeutas breves consideran el término formal del tratamiento como crucial debido a la supuesta importancia para el paciente del terapeuta. Otros terapeutas creen que el establecimiento de un tiempo limitado de tratamiento facilita el resultado del propio tratamiento y la separación del terapeuta. Sin embargo, muchos psicólogos clínicos esperan que los pacientes regresen periódicamente a lo largo del tiempo cuando se "atoren" en algo. La idea de terminar la terapia con un paciente desde esta perspectiva es irrelevante (Johnson, 1995). En cualquier caso, si el progreso terapéutico hacia metas claramente definidas y mutuamente entendidas ha sido señalado de forma regular, el final de un periodo de tratamiento resulta por lo regular evidente. Es probable que esto suceda aun si el número de visitas a la terapia no ha sido predeterminado.

EL TRABAJO CON FAMILIAS, PAREJAS Y GRUPOS

Para una observación detallada del tratamiento con familias y grupos, el lector puede consultar los capítulos 7 y 9 de este libro. Sin embargo, las suposiciones, principios y modelos de TB, que se delinean aquí pueden extenderse fácilmente al ámbito del tratamiento de familias, parejas y niños (por ejemplo, Alexander *et al.*, 1994; Bloom, 1992; Budman y Gurman, 1988; Budman *et al.*, 1992; Cooper, 1995; Gurman y Kniskern, 1991; Hudson y O'Hanlon, 1992; Johnson, 1995; Kreilkamp,

Tabla 8.3 Ejemplo de notas del ingreso a terapia

Identificación: Emma Howe es una mujer caucásica divorciada, de 35 años de edad, empleada como secretaria. Tiene un hijo de 13 años, Brian, quien vive con ella y tiene un contacto mínimo con su padre. El paciente fue referido por el doctor Zoe Loft de esta clínica.

Problema actual: "He estado deprimida toda mi vida." La señora Howe también reporta síntomas depresivos y de ansiedad más agudos que comenzaron hace 3 meses, cuando su hijo la dejó durante un mes para visitar a su padre y ella se quedó para "enfrentar" su relación con su "evasivo" novio de hace tres años, Bubba. El doctor Loft le recetó 150 mg de Zoloft y 0.5 mg de Klonopin en la noche, a lo que ella ha respondido sólo parcialmente. La meta general de su tratamiento es "sentirse más feliz."

Historia del problema: La señora Howe no puede recordar un periodo largo de eutimia (estado de ánimo positivo). Señala episodios anteriores de depresión durante su divorcio hace cuatro años y hace 2 años cuando su novio actual la dejó por un tiempo. Se han vuelto a unir, pero él sigue sin comprometerse a casarse, que es lo que desea la paciente. Sus síntomas actuales incluyen estar "triste todo el tiempo", aunque califica su estado afectivo con un "4" en una escala de "10". Ella señala que "no disfruta nada" y que tiene "poco apetito" con una pérdida inicial de peso de aproximadamente 5 libras, ahora está estable. Reporta culpa acerca de ser una madre y una pareja inadecuada, con expectativas de ser castigada por ninguna razón, tiene una dura autocrítica, así como dificultad para tomar decisiones y fatiga secundaria por "despertarse mucho". Tiene pesadillas ocasionales pero se despierta con palpitaciones algunas veces a la semana, con "sudor frío" y con sentimientos de que sólo quiere "dejarlo todo e irse". Ha comenzado a evitar salir con sus amigos cercanos debido a que piensa que no va a pasarla bien.

Ella señala, además, que tiene una dificultad histórica para decir "no" a la gente, haciendo grandes esfuerzos para no lastimarlos y evitar los conflictos. Los ejemplos incluyen vestir ropas "que no son para mí" para complacer a Bubba, permitir que un hombre en el trabajo la bese aunque ella se sienta incómoda con esto y "echar a perder" a su hijo debido a que no puede pasar el tiempo suficiente con él.

Asimismo, cree que podría ser más feliz si (1) estuviera casada con alguien que la aceptara como es y que fuera más "sociable", (2) estuviera en su propia casa en lugar de en un apartamento, (3) pudiera tomar una decisión acerca de seguir adelante en su relación, (4) no se preocupara tanto por el dinero y (5) pasara más tiempo con su hijo y estableciera mejores límites con él.

Su forma útil de enfrentamiento ha consistido en hacer ejercicio, vestirse como ella quiere y dedicar tiempo de "calidad" con su hijo

y sus amigos. Se observó en ella que parece tener una resistencia considerable y una idea clara de lo que es importante, a pesar de su confusión.

5.Tratamiento previo: Ninguno.

6.Historia médica: No contribuyente.

7.Historial de uso de sustancias químicas: Bebe moderadamente en el contexto social. Ha detenido la ingesta de cafeína, que era moderada.

Historia familiar: Positiva respecto a alcoholismo paternal y fraternal. La madre de la paciente aparentemente ha sido tratada con antidepresivos. Los padres de la paciente se divorciaron cuando ella tenía 9 años. Tiene una relación ambivalente con su padre pero se siente más cercana a su madre, aunque "no la ve lo suficiente".

Examen del estado mental: Paciente alerta, orientada y cognoscitivamente intacta en la entrevista. Fue puntual y pulcramente aseada. Se involucró fácilmente con el contacto visual. El estado psicomotor estaba normal aunque parecía estar físicamente tensa. Lenguaje con pausas ocasionales, pero en lo demás normal. Estado de ánimo: triste y algunas veces aprensivo.

Afecto: contraído. Niega pensamientos e intentos suicidas u homicidas. La inteligencia, la comprensión y el juicio parecen estar, en general, en el intervalo promedio.

Evaluación y diagnóstico:

Eje I. 300.4 Trastorno distímico (alteración del estado de ánimo), probablemente de inicio temprano.
296.31 Depresión mayor, recurrente. Leve (provisional).
300.01 Trastorno de pánico sin agorafobia (provisional).
Descartar 300.02 Trastorno de ansiedad generalizado.

Eje II: 301.90 Trastorno de personalidad NEOM (provisional), rasgos dependientes y de evasión.

Eje III: Ninguno.

Eje IV: Madre soltera; finanzas limitadas; conflictos con su novio.

EjeV: VGF actual: 55.

VGF más alto del año pasado: 70.

Plan: Continuar con tratamiento farmacológico recetado por el doctor Loft. Metas del tratamiento: (1) mejorar la estabilización del estado de ánimo, (2) incrementar las habilidades de asertividad, y (3) establecer un sentido de control personal sobre su vida. Las ideas del paciente para sentirse mejor son anotadas en el HPI y servirán como metas funcionales. La paciente acordó cumplir la tarea de pasar la tarde de sábado con su hijo, vestir como lo desee un día de esta semana y/o caminar durante 30 minutos tres veces a la semana para ver qué efecto tienen estas cosas en su estado de ánimo.

Fuente: J.F. Cooper. *A primer of brief psychotherapy* (Nueva York: Norton, 1995).

1989; Scheidlinger, 1984; Selekman, 1991; Todd y Selekman, 1991; Weeks y Treat, 1992; Wells y Giannetti, 1990, 1993).

Como en el tratamiento individual, el cambio terapéutico significativo puede ocurrir y persistir en hijos y familias en mucho menos tiempo del que comúnmente se piensa que es necesario (por ejemplo, Smyrniotis y

Kirby, 1993) e incluye la posibilidad de tratar a una familia por medio de una persona (Szapocnik, Kurtines, Perez-Vidal, Hervis y Foote, 1990). Más aún, los tratamientos más validados para parejas y familias, tales como el trabajo de Neil Jacobson y José Szapocznik, son inherentemente breves (véase Alexander *et al.*, 1994, y Johnson, 1995, para una discusión mayor).

Con respecto a los grupos, parece que no hay criterios claros de exclusión (tales como los pacientes seriamente perturbados o con enfermedad mental crónica) para los tratamientos breves de grupo que no pudieran aplicarse a modelos de mayor duración a condición de que las metas, estructura e intervenciones del terapeuta sean ajustadas adecuadamente al grupo (Klein, 1985). En general, los grupos de TB se distinguen de otros grupos por los valores básicos y los principios comunes de tratamiento delineados al inicio de éste capítulo (como ejemplos, véase a Wells y Giannetti, 1990).

Las ventajas potenciales de la terapia breve de grupo incluyen: (1) tratar simultáneamente a cierto número de personas, incluyendo parejas, que comparten un problema similar que puede servir como enfoque de organización y (2) usar a otros miembros del grupo como terapeutas asistentes (Bloom, 1992). Algunas personas parecen encontrar comodidad o beneficio en la universalidad de un grupo. Los grupos pueden ser el tratamiento de elección para algunos problemas, tales como la depresión o los déficit de las habilidades sociales en adolescentes (por ejemplo, Fine, *et al.*, 1989), o bien, para problemas definidos, tales como el trastorno de pánico, que se pueden manejar con un tratamiento estructurado y de tiempo limitado. Sin embargo, los grupos de tiempo estrictamente limitado no han mostrado ser superiores a otros formatos en ciertas cuestiones (véase Wells y Giannetti, 1990, y Yalom, 1995, para revisiones parciales de los modelos breves de grupo). De hecho, todo el campo de la investigación de grupos es lo suficientemente joven como para impedir declaraciones inequívocas acerca de los tratamientos de grupo, ya sean breves o de cualquier tipo (Bednar y Kaul, 1994).

MULTICULTURALISMO Y LA TERAPIA BREVE

En el capítulo 15 se puede encontrar una discusión más minuciosa sobre el trabajo con diferentes culturas. Aunque los rápidos cambios demográficos en Estados Unidos necesitan la atención de este tema (que técnicamente se refiere a los afroamericanos, asiático-americanos, latinoamericanos y americanos nativos), la falta de investigaciones rigurosas y de retos metodológicos únicos (como separar los efectos culturales de otros factores en el tratamiento) hace que sean extremadamente difíciles las declaraciones válidas más allá de opiniones, anécdotas y experiencias acerca de la terapia multicultural, incluyendo a la terapia breve.

Una respuesta típica a este dilema es recapitular la solicitud obvia de un mayor esfuerzo de comprensión e investigación, en particular del proceso de terapia y que los escritores honestos reconozcan que sus pensamientos a menudo no tienen una base empírica (por ejemplo, Casas, 1995). De este modo, no se puede decir mucho acerca del trabajo con pacientes culturalmente diferentes en la terapia breve, que no se pueda decir de la terapia en general.

Más aún, los pensamientos multiculturales en la actualidad tienden a simplificar demasiado las relaciones entre los grupos étnicos y raciales, que desde la perspectiva de la historia revelan pocos patrones simples o inviolables (véase Sowell, 1994) y desde la perspectiva de la sociobiología es demasiado complejo (Lykken, 1995). No obstante, Triandis (1996) ha observado que las culturas tienden a poseer su propia psicología, que no necesariamente refleja los puntos de vista contemporáneos y naturales de Occidente.

En su revisión, Sue, Zane y Young (1994) encontraron algunas sugerencias con base empírica de que ciertas condiciones pueden estar relacionadas con el trabajo efectivo con las diferentes culturas. Éstas son bastante compatibles con la sensibilidad de la TB. Incluyen: (1) similitud étnica entre pacientes y terapeutas de algunos grupos o individuos de minorías, (2) uso de formas de tratamiento culturalmente sensibles (cuando pueden ser identificadas), (3) una intervención y educación anterior a la terapia con los pacientes prospecto, (4) terapeutas entrenados en la apreciación cultural y en las manifestaciones culturalmente específicas de los problemas y (5), sensibilidad de los terapeutas a la heterogeneidad de los grupos étnicos minoritarios.

Nuestra experiencia al realizar la terapia breve con pacientes que representan más de una docena de nacionalidades y de las grandes subculturas de Estados Unidos es que los principios de la TB también son compatibles con los conceptos multiculturales de credibilidad y de otorgamiento (Sue y Zane, 1987). La credibilidad debe lograrse rápidamente para ayudar a asegurar la continuidad del tratamiento. Ésta se logra a través de: (1) un entendimiento congruente del problema, (2) medios de resolución del problema culturalmente compatibles (sugiriendo la necesidad de aprender cómo sería tradicionalmente manejado un problema, en una cultura en particular) y (3) metas acordadas mutuamente para el tratamiento. Puede ser recomendable, como con cualquier paciente, preguntar acerca de la familiaridad de éste con la terapia y respecto a qué tan cómodo se

siente al buscar ayuda de alguien que puede no saber mucho acerca de su cultura. El hecho de expresar una buena disposición para entender mejor a alguien puede mejorar el entendimiento mutuo y conducir a un trabajo productivo o a una referencia más adecuada (Cooper, 1995).

El dar involucra proporcionar algún beneficio o "regalo" inmediato de tratamiento, aun en la primera sesión. Estos regalos pueden incluir "la reducción de la ansiedad, el alivio de la depresión, la claridad cognoscitiva, la normalización, la reafirmación, la esperanza y la fe, la adquisición de habilidades, una perspectiva de enfrentamiento y el establecimiento de metas" (Sue y Zane, 1987, p. 42). Debido a que los terapeutas breves generalmente adoptan un estilo flexible, aquellos que trabajan de manera multicultural pueden incorporar en forma explícita en un método de tratamiento breve, la historia, los rituales y las filosofías de una cultura determinada, una vez que les son conocidas.

Otra forma de considerar la universalidad en la psicología cultural es a través de una comprensión de los "síndromes culturales" tales como la "rigidez" normativa, la complejidad cultural, los elementos activos-pasivos, una noción del honor, el colectivismo, el individualismo y las dimensiones de las relaciones verticales u horizontales (esto es, jerárquicas en contraste con democráticas) (Triandis, 1996). Una postura de la terapia breve que muestra tener este nivel de conciencia tiende a tener similitudes con el "eclecticismo técnico" discutido anteriormente (Casas, 1995).

TENDENCIAS FUTURAS EN EL TRATAMIENTO BREVE

Cummings (1995) sugiere que los factores económicos (para bien o para mal) tienden a determinar la forma en que se brinda la psicoterapia. Mientras que haya debates acerca de quién debe brindar estos servicios, por ejemplo, terapeutas con maestría "baratos" en contraste con psicólogos con doctorados (véase Humphreys, 1996), si los psicólogos clínicos continúan realizando la psicoterapia, será necesario que aprendan acerca de los tratamientos validados empíricamente para justificar ante las terceras partes que pagan, que están orientados al modelo de enfermedad, que son más que "gente amable" tratando de ayudar (Bologna y Feldman, 1994; Chambless, 1996; Johnson, 1995). Como lo hemos observado, todos los tratamientos validados de manera empírica a la fecha son intrínsecamente breves y seguirán así debido a su relativa facilidad de estudio.

Los límites de lo que puede lograrse en un tiempo más corto de lo esperado continuarán siendo probados en forma empírica. Por ejemplo, Craske (1995) describe un modelo TCC de cuatro sesiones para el trastorno de pánico que implica una reestructuración cognoscitiva, un reentrenamiento de la respiración y una exposición interoceptiva, el cual mostró ser efectivo en un estudio controlado con pacientes médicos. Los autores sugieren que para el subconjunto de personas que pueden negarse a participar en el tratamiento usual de TCC de 12 a 16 semanas, la biblioterapia, las tareas en casa y las audiocintas pueden suplir el tratamiento.

Estamos en una época de gran interés en los factores comunes de la psicoterapia y la aplicación selectiva de conceptos integrados a tipos específicos de personas y problemas (por ejemplo, Norcross y Goldfried, 1992). En otras palabras, habrá un énfasis creciente en ir más allá de nociones simplistas de si cierta terapia breve funciona, hacia una mayor sofisticación e integración en la elección de tipos particulares de terapia para problemas particulares y tipos de pacientes (Norcross, 1995; Orlinsky y Howard, 1995a;b).

Por último, es de considerable importancia en la actualidad comprender y ver la terapia breve de manera general, en gran parte debido a lo que Koss y Shiang (1994) señalan:

Además de ser una opción de tratamiento claramente viable, en la actualidad la terapia breve está siendo utilizada en forma rutinaria en los estudios de investigación que examinan la "psicoterapia". Sin embargo, esta evolución exitosa de una terapia prototipo para investigación no deberá impedir que los seguidores de los modelos breves continúen presionando para que exista una mejor comprensión de aquellos elementos únicos que definen el formato para que contribuyan a la teoría científica en cuanto a la forma en que la gente cambia (p. 693).

REFERENCIAS

- Adams, J. E., Piercy, F. P., & Jurich, A. (1991). Effects of solution focused therapy's "formula first session task" on compliance and outcome in family therapy. *Journal of Marital and Family Therapy*, 17, 277-290.
- Alexander, F., & French, T. M. (1946). *Psychoanalytic therapy: Principles and applications*. New York: Ronald Press.
- Alexander, J. E., Holtzworth-Munroe, A., & Jameson, P. (1994). The process and outcome of marital and family

- therapy: Research review and evaluation. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 595-620). New York: Wiley.
- Aponte, H. J. (1992). The black sheep of the family: A structural approach to brief therapy. In S. H. Budman, M. F. Hoyt, & S. Friedman (Eds.), *The first session in brief therapy* (pp. 324-345). New York: Guilford Press.
- Ascher, L. M. (Ed.). (1989). *Therapeutic paradox*. New York: Guilford Press.
- Austad, C. S., & Hoyt, M. F. (1992). The managed care movement and the future of psychotherapy. *Psychotherapy*, 29, 109-118.
- Barlow, D. H. (1988). *Anxiety and its disorders: The nature and treatment of anxiety and panic*. New York: Guilford Press.
- Barlow, D. (Ed.). (1993). *Clinical handbook of psychological disorders* (2nd ed.). New York: Guilford Press.
- Barlow D., & Craske, M. (1994). *Mastery of your panic and anxiety*—II. Albany, NY: Graywind Publications.
- Basch, M. F. (1995). *Doing brief psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Beck, A. T. (1976). *Cognitive therapy and emotional disorders*. New York: International Universities Press.
- Beck, A. T., Freeman, A., et al. (1990). *Cognitive therapy of personality disorders*. New York: Guilford Press.
- Beck, A. T., & Weishaar, M. E. (1995). Cognitive therapy. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (5th ed., pp. 229-262). Itasca, IL: Peacock.
- Beck, A. T., Wright, F. D., & Newman, C. F. (1992). Cocaine abuse. In A. Freeman & F. M. Dattilio (Eds.), *Comprehensive casebook of cognitive therapy* (pp. 185-192). New York: Plenum Press.
- Bednar, R. L., & Kaul, T. (1994). Experiential group research. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 631-664). New York: Wiley.
- Beier, E. G., & Young, D. M. (1984). *The silent language of psychotherapy* (2nd ed.). New York: Aldine de Gruyter.
- Benneft, M. J. (1988). The greening of the HMO: Implications for prepaid psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 145, 1544-1549.
- Berg, I. K., & Miller, S. D. (1992a). *Dying well: A case presentation of solution-focused therapy*. Audiotape. Milwaukee: Brief Family Therapy Center.
- Berg, I. K., & Miller, S. D. (1992b). *Working with the problem drinker: A solution-focused approach*. New York: Norton.
- Bergin, A. E., & Garfield, S. L. (1994). Overviews, trends and future issues. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 821-830). New York: Wiley.
- Bergman, J. S. (1985). *Fishing for barracuda: Pragmatics of brief systemic therapy*. New York: Norton.
- Berkman, A. S., Bassos, C. A., & Post, L. (1988). Managed mental care and independent practice: A challenge to psychology. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 25, 449-454.
- Beutler, L. E. (1991). Have all won and must all have prizes? Revisiting Luborsky et al.'s verdict. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 1-7.
- Beutler, L. E., Consoli, A. J., & Williams, R. E. (1995). Integrative and eclectic therapies in practice. In B. Bongar & L. E. Beutler (Eds.), *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice* (pp. 274-292). New York: Oxford University Press.
- Beutler, L. E., Crago, M., & Arizmendi, T. G. (1986). Therapist variables in psychotherapy process and outcome. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp. 257-310). New York: Wiley.
- Bischoff, M. M., & Tracey, T. J. G. (1995). Client resistance as predicted by therapist behavior: A study of sequential dependence. *Journal of Counseling Psychology*, 42, 487-495.
- Bloom, B. (1981). Focused single-session therapy: Initial development and evaluation. In S. Budman (Ed.), *Forms of brief therapy* (pp. 167-216). New York: Guilford Press.
- Bloom, B. L. (1990). Managing mental health services: Some comments on the overdue debate in psychology. *Community Mental Health Journal*, 26(1), 107-124.
- Bloom, B. (1992). Bloom's focused single-session therapy. In B. Bloom (Ed.), *Planned short-term therapy* (pp. 97-122). Boston: Allyn and Bacon.
- Bologna, N. C., & Feldman, M. (1994, May-June). Outcomes, clinical models, and the redesign of behavioral healthcare. *Behavioral Healthcare Tomorrow*, 31-36.
- Bolter, K., Levenson, H., & Alvarez, W. (1990). Differences in values between short-term and long-term therapists. *Professional Psychology*, 21, 285-290.
- Broderick, C. B., & Schrader, S. S. (1981). The history of professional marriage and family therapy. In A. S. Gurman & D. P. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy* (pp. 5-38). New York: Brunner/Mazel.
- Broskowski, A. (1991). Current mental health care environments: Why managed care is necessary. *Professional Psychology: Research and Practice*, 22(1), 6-14.
- Budman, S. (1989, August). *Training experienced clinicians to do brief treatment—Silk purses into sows' ears*. Paper presented at the 97th annual convention of the American Psychological Association, New Orleans, Louisiana.
- Budman, S. H., & Gurman, A. S. (1988). *Theory and practice of brief therapy*. New York: Guilford Press.

- Budman, S. H., & Gurman, A. S. (1992). A time-sensitive model of brief therapy: The I-D-E approach. In S. H. Budman, M. Hoyt, & S. Friedman (Eds.) *The first session in brief therapy* (pp. 111-134). New York: Guilford Press.
- Budman, S. H., Hoyt, M. F., & Friedman, S. (Eds.). (1992). *The first session in brief therapy*. New York: Guilford Press.
- Burlingame, G., Fuhrman, A., Paul, S., & Ogles, B. M. (1989). Implementing a time-limited therapy program: Differential effects of training and experience. *Psychotherapy*, 26, 303-313.
- Burns, D. D., & Nolan-Hoeksema, S. (1992). Therapeutic empathy and recovery from depression in cognitive therapy: A structural equation model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 441-449.
- Butler, S. F., Strupp, H. H., & Binder, J. L. (1992). Time-limited dynamic psychotherapy. In S. H. Budman, M. F. Hoyt, & S. Friedman, *The first session in brief therapy* (pp. 87-110). New York: Guilford Press.
- Cade, B., & O'Hanlon, W. H. (1993). *A brief guide to brief therapy*. New York: Norton.
- Caplan, G. (1964). *Principles of preventive psychiatry*. New York: Basic Books.
- Casas, J. M. (1995). Counseling and psychotherapy with racial/ethnic minority groups in theory and practice. In B. Bongar & L. E. Beutler (Eds.), *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice* (pp. 311-336). New York: Oxford University Press.
- Chambliss, D. L. (1996, June). Identification of empirically supported psychological interventions. *Clinician's Research Digest* (Supplemental Bulletin), 14, 1-2.
- Cooper, J. F. (1995). *A primer of brief psychotherapy*. New York: Norton.
- Corsini, R. J., & Wedding, D. (Eds.). (1995). *Current psychotherapies* (5th ed.). Itasca, IL: F. E. Peacock.
- Craske, M. (1995). Brief cognitive-behavioral versus non-directive therapy for panic disorder. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 26, 113-120.
- Craven, S. (1996, June 20). Unpublished data presented at UBS Minnesota Provider Partnering Training Meeting, Minneapolis.
- Crits-Christoph, P. (1992). The efficacy of brief dynamic psychotherapy: A meta-analysis. *American Journal of Psychiatry*, 149, 151-158.
- Crits-Christoph, P., & Barber, J. P. (Eds.). (1991). *Handbook of short-term dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Csikszentmihalyi, M. (1990). *Flow: The psychology of optimal experience*. New York: Harper Perennial.
- Davanloo, H. (1979). Techniques of short-term psychotherapy. *Psychiatric Clinics of North America*, 2, 11-22.
- Davanloo, H. (1988). The technique of unlocking the unconscious: Part 1. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 3, 99-121.
- DeLeon, P. H., VandenBos, G. R., & Bulatao, E. G. (1991). Managed mental health care: A history of the federal policy initiative. *Professional Psychology Research and Practice*, 22(1), 15-25.
- de Shazer, S. (1985). *Keys to solution in brief therapy*. New York: Norton.
- de Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York: Norton.
- de Shazer, S. (1991a). Foreword. In Y. M. Dolan (Ed.), *Resolving sexual abuse*. New York: Norton.
- de Shazer, S. (1991b). *Putting difference to work*. New York: Norton.
- Diguer, L., Luborsky, L., Singer, B., Luborsky, E., Dickter, D., & Schmidt, K. A. (1993, June). *The efficacy of dynamic psychotherapy versus other psychotherapies*. Paper presented at the meeting of the Society for Psychotherapy Research, Pittsburgh, Pennsylvania.
- Dobson, K. S., & Shaw, B. F. (1995). Cognitive therapies in practice. In B. Bongar & L. E. Beutler (Eds.), *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice* (pp. 159-172). New York: Oxford University Press.
- Dolan, Y. M. (1991). *Resolving sexual abuse*. New York: Norton.
- Donovan, J. M. (1987). Brief dynamic psychotherapy: Toward a more comprehensive model. *Psychiatry*, 50, 167-183.
- Dubovsky, S. L. (1993, September). *Treatment resistant depression: Psychotherapy and pharmacology*. Paper presented at annual meeting of Park Nicollet Medical Center, Minneapolis, Minnesota.
- Eckert, P. (1993). Acceleration of change: Catalysts in brief therapy. *Clinical Psychology Review*, 13(3), 241-253.
- Elkin, I. (1995). Initial severity and differential treatment outcome in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 841-847.
- Ellis, A. (1992). Brief therapy: The rational-emotive method. In S. H. Budman, M. F. Hoyt, & S. Friedman (Eds.), *The first session in brief therapy* (pp. 36-59). New York: Guilford Press.
- Ellis, A. (1995a). Rational emotive behavior therapy. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (5th ed., pp. 162-197). Itasca, IL: Peacock.
- Ellis, A. (1995b). *Better, deeper and more enduring brief therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Ellis, A., & Grieger, R. (Eds.). (1977). *Handbook of rational-emotive therapy* (Vol.1). New York: Springer.

- Epperson, D. L., Bushway, D. J., & Warman, R. E. (1983). Client self-terminations after one counseling session: Effects of problem recognition, counselor gender, and counselor experience. *Journal of Counseling Psychology*, 30, 307-315.
- Ewing, C. P. (1990). Crisis intervention as brief therapy. In R. A. Wells & V. J. Giannetti (Eds.), *Handbook of the brief psychotherapies* (pp. 277-297). New York: Plenum Press.
- Ferenczi, S. (1920/1960). The further development of an active therapy in psychoanalysis. In J. Richman (Ed.), (1960), *Further contributions to the theory and techniques of psychoanalysis* (pp. 198-216). London: Hogarth.
- Ferenczi, S., & Rank, O. (1925/1986). *The development of psychoanalysis*. Madison, CT: International Universities Press.
- Fine, S., Gilbert, M., Schmidt, L., Haley, G., Maxwell, A., & Forth, A. (1989). Short-term group therapy with depressed adolescent outpatients. *Canadian Journal of Psychiatry*, 34, 97-102.
- Fisch, R. (1990). The broader interpretation of Milton Erickson's work. In S. Lankton (Ed.), *The Ericksonian monographs*, No. 7. *The issue of broader implications of Ericksonian therapy* (pp. 1-5). New York: Brunner/Mazel.
- Fisch, R., Weakland, J., & Segal, L. (1982). *The tactics of change: Doing therapy briefly*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Fisher, S., & Greenberg, R. P. (1993). How sound is the double-blind design for evaluating psychotropic drugs? *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 345-350.
- Frank, J. D. (1974). *Persuasion and healing*. New York: Schocken.
- Freeman, A., & Dattilio, F. M. (Eds.). (1992). *Comprehensive casebook of cognitive therapy*. New York: Plenum Press.
- Garfield, S. L. (1978). Research on client variables in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (2nd ed., pp. 271-298). New York: Wiley.
- Garfield, S. L. (1986). Research on client variables in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp. 213-256). New York: Wiley.
- Garfield, S. L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 190-229). New York: Wiley.
- Gibbs, W. W. (1995, March). Seeking the criminal element. *Scientific American*, pp. 100-107.
- Giles, T. R. (1992). Brief therapy. *Strategies and Solutions*, 1, 10-12.
- Gitlin, M. J. (1990). *The psychotherapist's guide to psychopharmacology*. New York: Free Press.
- Gitlin, M. J. (1996). *The psychotherapist's guide to psychopharmacology* (2nd ed.). New York: Free Press.
- Glick I. D. (Ed.). (1995). *Treating depression*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Goldberg, A. (1975). Narcissism and the readiness for psychotherapy termination. *Archives of General Psychiatry*, 32, 695-699.
- Goldfried, M. R., & Norcross, J. C. (1995). Integrative and eclectic therapies in historical perspective. In B. Bongar & L. E. Beutler (Eds.), *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice* (pp. 254-274). New York: Oxford University Press.
- Goleman, D. (1993, October 17). Placebo more powerful than was thought, study finds. *Minneapolis Star Tribune*, p. 17E.
- Gurman, A. S., & Kniskern, D. P. (Eds.). (1981). *Handbook of family therapy* (Vol. 1). New York: Brunner/Mazel.
- Gurman, A. S., & Kniskern, D. P. (Eds.). (1991). *Handbook of family therapy* (Vol. 2). New York: Brunner/Mazel.
- Gustafson, J. P. (1986). *The complex secret of brief psychotherapy*. New York: Norton.
- Haley, J. (1980). *Leaving home*. New York: McGraw-Hill.
- Haley, J. (1991). *Problem-solving therapy* (2nd ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Hawton, K., Salkovskis, P. M., Kirk, J., & Clark, D. M. (Eds.). (1989). *Cognitive behaviour therapy for psychiatric problems: A practical guide*. Oxford: Oxford University Press.
- Held, B. S. (1995). *Back to reality*. New York: Norton.
- Henry, W. P., Strupp, H. H., Schacht, T. E., & Gaston, L. (1994). Psychodynamic approaches. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 428-467). New York: Wiley.
- Hollon, S. D., & Beck, A. T. (1994). Cognitive and cognitive-behavioral therapies. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 428-467). New York: Wiley.
- Hollon, S. D., DeRubeis, R. J., Evans, M. D., Wiemer, M. J., Garvey, M. J., Grave, W. M., & Tuason, W. B. (1992). Cognitive therapy and pharmacotherapy for depression: Singly and in combination. *Archives of General Psychiatry*, 49, 774-781.
- Horowitz, M. J., Marmar, C, Krupnick, J., Wilner, J., Kaltreider, N., & Wallerstein, R. (1984). *Personality styles and brief psychotherapy*. New York: Guilford Press.
- Howard, K. I., Kopta, S. M., Krause, M. S., & Orlinsky, D. E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41, 159-164.

- Hoyt, M. F. (1985). Therapist resistance to short-term dynamic psychotherapy. *Journal of American Academy of Psychoanalysis*, 13, 932-112.
- Hoyt, M. F. (1987). Resistance to brief therapy. *American Psychologist*, 42, 408-409.
- Hoyt, M. F. (1990). On time in brief therapy. In R. A. Wells & V. J. Giannetti (Eds.), *Handbook of the brief psychotherapies* (pp. 115-145). New York: Plenum Press.
- Hoyt, M. F., Rosenbaum, R., & Talmon, M. (1992). Planned single-session psychotherapy. In S. H. Budman, M. F. Hoyt, & S. Friedman, *The first session in brief therapy* (pp. 59-86). New York: Guilford Press.
- Hudson, P. O., & O'Hanlon, W. H. (1992). *Rewriting love stories: Brief marital therapy*. New York: Norton.
- Jacobson, N. (1996, January-February). Does therapy work? *The Family Therapy Networker*, 12-14.
- Johnson, L. D. (1990). *Using language for change*. Unpublished manuscript.
- Johnson, L. D. (1992). *Homework assignments*. Unpublished monograph.
- Johnson, L. D. (1995). *Psychotherapy in the age of accountability*. New York: Norton.
- Johnson, L. D., & Miller, S. D. (1994). Modification of depression risk factors: A solution-focused approach. *Psychotherapy*, 31, 244-253.
- Jones, E. E., & Pulos, S. M. (1993). Comparing the process in psychodynamic and cognitive-behavioral therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(2), 306-316.
- Kalous, T. D. (1996, February). Managed care is here to stay [Letter to the editor]. *APA Monitor*, p. 3.
- Kingsbury, S. J. (1995, September). Where does research on the effectiveness of psychotherapy stand today? *The Harvard Mental Health Newsletter*, p. 8.
- Klein, R. H. (1985). Some principles of short-term group therapy. *International Journal of Group Psychotherapy*, 35, 309-329.
- Klerman, G. L., Weissman, M. M., Rounsaville, B. J., & Chevron, E. S. (1984). *Interpersonal therapy of depression*. New York: Basic Books.
- Kohn, A. (1990). *The brighter side of human nature*. New York: Basic Books.
- Kopta, S. M., Howard, K. L., Lowry, J. L., & Beutler, L. E. (1994). Patterns of symptomatic recovery in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 1009-1016.
- Koss, M. P., & Butcher, J. N. (1986). Research on brief therapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp. 627-670). New York: Wiley.
- Koss, M. R., & Shiang, J. (1994). Research on brief therapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 664-700). New York: Wiley.
- Kreilkamp, T. (1989). *Intermittent time-limited therapy with children and families*. New York: Brunner/Mazel.
- Lambert, M. J., & Bergin, A. E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 143-190). New York: Wiley.
- Lambert, M. J., Shapiro, D. A., & Bergin, A. E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd ed., pp. 157-211). New York: Wiley.
- Lankton, S. R., Lankton, C. H., & Matthews, W. J. (1991). Ericksonian family therapy. In A. S. Gurman & D. P. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy* (Vol. 2, pp. 239-283). New York: Brunner/Mazel.
- Lazarus, L. W. (1982). Brief psychotherapy for narcissistic disturbances. *Psychotherapy*, 19, 228-236.
- Lehman, A. K., & Salovey, P. (1990). An introduction to cognitive-behavior therapy. In R. A. Wells & V. J. Giannetti (Eds.), *Handbook of the brief psychotherapies* (pp. 239-259). New York: Plenum Press.
- Leibovich, M. (1981). Short-term psychotherapy for the borderline personality disorder. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 2, 57-64.
- LeShan, L. (1990). *The dilemma of psychology*. New York: Dutton.
- Levenson, H. (1995). *Time-limited dynamic psychotherapy: A guide to clinical practice*. New York: HarperCollins.
- Levenson, H., Speed, J. L., & Budman, S. (1992, June). *The rapist training and skill in brief therapy: A survey of Massachusetts and California psychologists*. Paper presented to the Society for Psychological Research, Berkeley, California.
- Levy, R. L., & Shelton, J. L. (1990). Tasks in brief therapy. In R. A. Wells & V. J. Giannetti (Eds.), *Handbook of the brief psychotherapies* (pp. 145-163). New York: Plenum Press.
- Lindemann, E. (1994). Symptomatology and management of acute grief. *American Journal of Psychiatry*, 101, 141-148.
- Linehan, M. M., & Kehrer, C. A. (1993). Borderline personality disorder. In D. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (2nd ed., pp. 396-442). New York: Guilford Press.
- Lipsey, M. W., & Wilson, D. B. (1993). The efficacy of psychological, educational, and behavioral treatment: Confirmation from meta-analysis. *American Psychologist*, 48(12), 1181-1209.
- Logue, M. B., Sher, K. J., & Frensch, P. A. (1992). Purported characteristics of adult children of alcoholics: A possible

- "Barnum effect." *Professional Psychology: Research and Practice*, 23, 226-232.
- Luborsky, L., McClellan, A. T., Woody, G. E., O'Brien, C. P., & Auerbach, A. (1985). Therapist success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Luborsky, L., Singer, B., & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies. *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Lykken, D. T. (1995). *The antisocial personalities*. Hillsdale, N.J.: Erlbaum.
- Madanes, C. (1981). *Strategic family therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Mahoney, M. J. (1993). Theoretical developments in the cognitive psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 187-193.
- Mahoney, M. J. (Ed.). (1995). *Cognitive and constructive psychotherapies: Theory, research and practice*. New York: Springer.
- Mahoney, M. J., & Norcross, J. C. (1993). Relationship styles and therapeutic choices: A commentary on the preceding four articles. *Psychotherapy*, 30, 423-426.
- Malan, D. H. (1976). *The frontier of brief psychotherapy*. New York: Plenum Press.
- Malan, D. H. (1986a). Beyond interpretation: Initial evaluation and technique in short-term dynamic psychotherapy: Part 1. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 1, 59-82.
- Malan, D. H. (1986b). Beyond interpretation: Initial evaluation and technique in short-term dynamic psychotherapy: Part II. *International Journal of Short-Term Psychotherapy*, 1, 83-106.
- Malan, D. H. (1992). *Psychodynamics, training, and outcome in brief psychotherapy*. Oxford: Butterworth-Heinemann.
- Malan, J. (1963). *A study of brief psychotherapy*. London: Tavistock.
- Mann, J. (1973). *Time-limited psychotherapy*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mann, J. (1991). Time-limited psychotherapy. In P. Crits-Christoph & J. P. Barber (Eds.), *Handbook of short-term dynamic psychotherapy* (pp. 17-44). New York: Basic Books.
- Mann, J., & Goldman, R. (1982). *A casebook in time-limited psychotherapy*. New York: McGraw-Hill.
- Massad, P. M., West, A. N., & Friedman, M. J. (1990). Relationship between utilization of mental health and medical services in a VA hospital. *American Journal of Psychiatry*, 147(4), April.
- Maxmen, J. S., & Ward, N. G. (1995). *Essential psychopathology and its treatment* (2nd ed.). New York: Norton.
- McCrary, B. S. (1993). Alcoholism. In D. Barlow (Ed.), *Clinical handbook of psychological disorders* (2nd ed., pp. 362-395). New York: Guilford Press.
- Meehl, P. (1973). Why I do not attend case conferences. In P. Meehl (Ed.), *Psychodiagnosis* (pp. 225-302). New York: Norton.
- Meisoi, P. (1995, October 31). The therapy shrink. *The Baltimore Sun*, p. 1E.
- Messer, S. B., & Warren, C. S. (1995). *Models of brief psychodynamic therapy: A comparative approach*. New York: Guilford Press.
- Miller, S. D., & Berg, I. K. (1995). *The miracle method: A radical new approach to problem drinking*. New York: Norton.
- Miller, S., Hubble, M., & Duncan, B. (1995, March-April). No more bells and whistles. *The Family Therapy Networker*, 53-63.
- Minuchin, S., & Fishman, H. C. (1981). *Family therapy techniques*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Mohl, P. C., Martínez, D., Ticknor, C., Huang, M., & Cordell, L. (1991). Early drop-outs from psychotherapy. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 179, 478-491.
- Myers, D. G. (1992). *The pursuit of happiness*. New York: Avon.
- National Institute of Mental Health. (1981). *Provisional data on federally funded community mental health centers 1978-79*. Report prepared by the Survey and Reports Branch, Division of Biometry and Epidemiology. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Norcross, J. C. (1995, September). *Brief prescriptive psychotherapy: Customizing psychological treatments and therapeutic relationships*. Presentation sponsored by Walk-In Counseling Center, Minneapolis, Minnesota.
- Norcross, J. C. (1995). Dispelling the dodo bird verdict and the exclusivity myth in psychotherapy. *Psychotherapy*, 32, 500-504.
- Norcross, J. C., & Goldfried, M. R. (Eds.). (1992). *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Basic Books.
- Norcross, J. C., & Newman, C. F. (1992). Psychotherapy integration: Setting the context. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 3-46). New York: Basic Books.
- Ogles, B. M., Lambert, M. J., & Masters, K. S. (1996). *Assessing outcome in clinical practice*. Boston: Allyn and Bacon.
- Ogles, B. M., Lambert, M. J., & Sawyer, D. (1993, June). *The clinical significance of the NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program data*. Paper presented at the annual meeting of the Society of Psychotherapy Research, Pittsburgh.

- O'Hanlon, W. H., & Weiner-Davis, M. (1989). *In search of solutions: A new direction in psychotherapy*. New York: Norton.
- O'Hanlon, W. H., & Wilk, J. (1987). *Shifting contexts*. New York: Guilford Press.
- Olfson, M., & Pincus, H. A. (1994). Outpatient psychotherapy in the United States: JJ. Patterns of utilization. *American Journal of Psychiatry*, 151, 1289-1294.
- Omer, H. (1994). *Critical interventions in psychotherapy*. New York: Norton.
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1995a). *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice*. New York: Oxford University Press.
- Orlinsky, D. E., & Howard, K. I. (1995b). Unity and diversity among psychotherapies: A comparative perspective. In B. Bongar & L. E. Beutler (Eds.), *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice* (pp. 3-24). New York: Oxford University Press.
- Peake, T. H., Borduin, C. M., & Archer, R. P. (1988). *Brief psychotherapies: Changing frames of mind*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Pekarik, G. (1983). Improvement in clients who have given different reasons for dropping out of treatment. *Journal of Clinical Psychology*, 39, 909-913.
- Pekarik, G. (1990a). *Brief therapy training manual*. Topeka, KS: Washburn University.
- Pekarik, G. (1990b, January). *Rationale, training, and implementation of time-sensitive treatments*. Presentation to Executive Directors, MCC Companies, Inc. Minneapolis, Minnesota.
- Pekarik, G., & Finney-Owen, G. K. (1987). Psychotherapist's attitudes and beliefs relevant to client drop-out. *Community Mental Health Journal*, 23(2), 120-130.
- Pekarik, G., & Wierzbicki, M. (1986). The relationship between expected and actual psychotherapy duration. *Psychotherapy*, 23, 532-534.
- Persons, J. B. (1991). Psychotherapy outcome studies do not accurately represent current models of psychotherapy. *American Psychologist*, 46(2), 99-106.
- Peters, T., & Waterman, R. (1982). *In search of excellence: Lessons from America's best run companies*. New York: Harper & Row.
- Phelps, P. A. (1993). The case of oppositional cooperation. In R. A. Wells & V. J. Giannetti (Eds.), *Casebook of the brief psychotherapies* (pp. 287-303). New York: Plenum Press.
- Phillips, E. L. (1985). *Psychotherapy revisited: New frontiers in research and practice*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Prochaska, J. O., DiClemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviors. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Prochaska, J. O., Norcross, J. C., & DiClemente, C. C. (1994). *Changing for good*. New York: Avon.
- Quick, E. (1995). *Doing what works in brief therapy: A strategic solution-focused approach*. Orlando, FL: Academic Press.
- Rank, O. (1929/1978). *Will therapy*. New York: Norton.
- Reid, W. J. (1990). An integrative model for short-term treatment. In R. A. Wells & V. J. Giannetti (Eds.), *Handbook of the brief psychotherapies* (pp. 55-77). New York: Plenum Press.
- Rubin, S. S., & Niemeier, D. L. (1992). Non-verbal affective communication as a factor in psychotherapy. *Psychotherapy*, 29, 596-602.
- Sabin, J. E. (1991). Clinical skills for the 1990's: Six lessons from the HMO practice. *Hospital and Community Psychiatry*, 42(6), 605-608.
- Sachs, J. S. (1983). Negative factors in brief psychotherapy: An empirical assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(4), 557-564.
- Scheidlinger, S. (1984). Short-term group therapy for children: An overview. *International Journal of Group Psychotherapy*, 34, 573-585.
- Segal, L. (1991). Brief therapy: The MRI approach. In A. S. Gurman & D. P. Kniskern (Eds.), *Handbook of family therapy* (Vol. 2, pp. 171-199). New York: Brunner/Mazel.
- Selekman, M. D. (1991). The solution-oriented parenting group: A treatment alternative that works. *Journal of Strategic and Systemic Therapies*, 10(1), 37-50.
- Seligman, M. E. P. (1990). *Learned optimism*. New York: Pocket Books.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The Consumer Reports Study. *American Psychologist*, 50(12), 965-974.
- Shaffer, W. F. (1986). Diagnosis as a sham and a reality. *Journal of Counseling and Development*, 64, 612-613.
- Shapiro, D., Barkham, M., Rees, A., Hardy, G. E., Reynolds, S., & Startup, M. (1994). Effects of treatment duration and severity of depression on the effectiveness of cognitive-behavioral and psychodynamic-interpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 522-534.
- Shapiro, D. A., & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92, 581-604.
- Shefler, G., Dasberg, H., & Ben-Shakhar, G. (1995). A randomized controlled outcome and follow-up study of Mann's time-limited psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 585-593.
- Shiang, J., & Bongar, B. (1995). Brief and crisis psychotherapy in theory and practice. In B. Bongar & L. E. Beutler (Eds.), *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory*

- and practice (pp. 380-405). New York: Oxford University Press.
- Shriqui, C. L., & Nasrallah, H. A. (1995). *Contemporary issues in the treatment of schizophrenia*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Sifneos, P. S. (1992). *Short-term anxiety-provoking therapy: A treatment manual*. New York: Basic Books.
- Sledge, W. H., Moras, K., Hartley, D., & Levine, M. (1990). Effect of time-limited therapy on patient dropout rates. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1341-1347.
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Smyrniotou, K. X., & Kirby, R. J. (1993). Long-term comparison of brief versus unlimited psychodynamic treatments with children and their parents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 1020-1027.
- Sowell, T. (1994). *Race and culture: A world view*. New York: Basic Books.
- Stein, D. M., & Lambert, M. J. (1995). Graduate training in psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 182-196.
- Strupp, H. H., & Binder, J. L. (1984). *Psychotherapy in a new key: A guide to time-limited dynamic psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Sue, S., & Zane, N. (1987). The role of culture and cultural techniques in psychotherapy. *American Psychologist*, 42(1), 37-45.
- Sue, S., Zane, N., & Young, K. (1994). Research on psychotherapy with culturally diverse populations. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed., pp. 783-817). New York: Wiley.
- Svartberg, M., & Stiles, T. C. (1991). Comparative effect of short-term dynamic psychotherapy: a meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59, 704-714.
- Szapocnik, J., Kurtines, W. M., Perez-Vidal, A., Hervis, O. E., & Foote, F. H. (1990). One person family therapy. In R. A. Wells & V. J. Giannetti (Eds.), *Handbook of the brief psychotherapies* (pp. 493-513). New York: Plenum Press.
- Talmon, M. (1990). *Single-session therapy: Maximizing the effect of the first (and often only) therapeutic encounter*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Taube, C. A., Goldman, H. H., Burns, B. J., & Kessler, L. G. (1988). High users of outpatient mental health services: Definitions and characteristics. *American Journal of Psychiatry*, 145(1), 19-24.
- Todd, T. C., & Seleckman, M. D. (1991). *Family therapy approaches with adolescent substance abusers*. Needham Heights, MA: Allyn and Bacon.
- Triandis, H. C. (1996). The psychological measurement of cultural syndromes. *American Psychologist*, 51, 407-415.
- Ursano, R. J., Sonnenberg, S. M., & Lazar, S. G. (1991). *Concise guide to psychodynamic psychotherapy*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Vachss, A. (1993). Sexual predators can't be saved. *StarTribune*, January 7, p. 21A.
- Walter, J. L., & Peller, J. E. (1992). *Becoming solution focused in brief therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Watzlawick, R., Weakland, J., & Fisch, R. (1974). *Change*. New York: Norton.
- Weakland, J. H., & Fisch, R. (1992). Brief therapy—MRI style. In S. H. Budman, M. F. Hoyt, & S. Friedman (Eds.), *The first session in brief therapy* (pp. 306-324). New York: Guilford Press.
- Weeks, G. R., & Treat, S. (1992). *Couples in treatment: Techniques and approaches for effective practice*. New York: Brunner/Mazel.
- Weiss, J., Sampson, J., & the Mount Zion Psychotherapy Research Group. (1986). *The psychoanalytic process: Theory, clinical observations, and empirical research*. New York: Guilford Press.
- Weissman, M. M., & Markowitz, J. A. (1994). Interpersonal psychotherapy: Current status. *Archives of General Psychiatry*, 51, 599-606.
- Wells, R. A. (1993). Clinical strategies in brief psychotherapy. In R. A. Wells & V. J. Giannetti (Eds.), *Casebook of the brief psychotherapies* (pp. 3-17). New York: Plenum Press.
- Wells, R. A., & Giannetti, V. J. (Eds.). (1990). *Handbook of the brief psychotherapies*. New York: Plenum Press.
- Wells, R. A., & Giannetti, V. J. (Eds.). (1993). *Casebook of the brief psychotherapies*. New York: Plenum Press.
- Wilson, G. T. (1995). Behavior therapy. In R. J. Corsini & D. Wedding (Eds.), *Current psychotherapies* (5th ed., pp. 197-229). Itasca, IL: Peacock.
- Winston, A., Laikan, M., Pollack, J., Samstag, L. W., McCullough, L., & Muran, J. C. (1994). Short-term psychotherapy of personality disorders. *American Journal of Psychiatry*, 151(2), 190-194.
- Wolberg, L. R. (1965). The technique of short-term therapy. In L. R. Wolberg (Ed.), *Short-term psychotherapy* (pp. 127-200). New York: Grune & Stratton.
- Wolberg, L. R. (1980). *Handbook of short-term psychotherapy*. New York: Thieme-Stratton.
- Yalom, I. (1989). *Love's executioner & other tales of psychotherapy*. New York: Harper Perennial.
- Yalom, I. (1995). Foreword. In I. D. Glick (Ed.), *Treating depression*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Yapko, M. (1992). Therapy with direction. In S. H. Budman, M. F. Hoyt, & S. Friedman (Eds.), *The first session in brief therapy* (pp. 156-180). New York: Guilford Press.

- Zealberg, J. J., Santos, A. B., & Puckett, J. A. (1996). *Comprehensive emergency mental health care*. New York: Norton.
- Zeig, J. (Ed.). (1982). *Ericksonian approaches to hypnosis and psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Zimet, C. N. (1989). The mental health care revolution: Will psychology survive? *American Psychologist*, 44, 703-708.

LECTURAS ADICIONALES

- Bloom, B.L. (1992). *Planned short-term psychotherapy: A clinical handbook*. Boston: Allyn & Bacon. *Una revisión corporativa con buenas referencias y ejemplos del trabajo clínico.*
- Budman, S.H. y Gurman, A.S. (1988). *Theory and practice of brief therapy*. Nueva York: Guilford Press. *Una referencia clásica enfatizando el modelo "I-D-E" del autor, a la fecha algo obsoleto, pero que contiene información útil.*
- Budman, S.H., Hoyt, M.F. y Friedman, S. (Eds.). (1992). *The First session in brief therapy*. Nueva York: Guilford Press. *Una cautivadora referencia de historia de casos que compara los diferentes modelos a lo largo de la primera sesión. Con comentarios editoriales y entrevistas.*
- Johnson, L.D. (1994). *Psychotherapy in the age of accountability*. Nueva York: Norton. *Una legible y entretenida perspectiva de cómo hacer la terapia breve en la era de la administración de la asistencia, según un habilidoso, divertido y testarudo terapeuta.*
- Koss, M.P. y Shiang, J. (1994). Research on brief therapy. En A. E. Bergin y S.L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and behavior change* (4ª ed. pp. 664-700). Nueva York: Wiley. *Una revisión definitiva del tema.*
- Messer, S.B. y Warren, C.S. (1995). *Models of brief psychodynamic therapy: A comparative approach*. Nueva York: Guilford Press. *Esta revisión detallada está sustentada en la investigación.*
- Shiang, J. y Bongar, B. (1995). Brief and crisis psychotherapy in theory and practice. En B. Bongar y L.E. Beutler (Eds.), *Comprehensive textbook of psychotherapy: Theory and practice* (pp. 380-405). Nueva York: Oxford University Press. *Otra revisión general y resumen útiles, con otros razonamientos únicos que relacionan, como lo sugiere el título, la teoría con la práctica.*
- Wells, R. A. y Giannetti, V.J. (Eds.). (1990). *Handbook of the brief psychotherapies*. Nueva York: Plenum Press. *Un libro basado más en la teoría que el que se indica a continuación.*
- Wells, R.A. y Giannetti, V.J. (Eds.). (1993). *Casebook of the brief psychotherapies*. Nueva York: Plenum Press. *Ejemplos de casos reales (no todos exitosos).*

CAPÍTULO 9

EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE NIÑOS Y ADOLESCENTES

Gary Geffken

INTRODUCCIÓN

Historia de la psicología infantil

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

Los niños se convirtieron en el centro de la intervención y tratamiento al inicio de 1900. Al cambio de siglo, se descubrió que la higiene personal era la fuente de diseminación de las enfermedades. Esto se fue generalizando desde el área física hasta el área mental, lo

que sentó las bases para el desarrollo de clínicas de higiene mental y clínicas de orientación para niños. Fue tal el ímpetu por desarrollar estas clínicas que para 1914 casi cada ciudad tenía una, ya que la teoría prevaleciente indicaba que al tratar a los niños de manera temprana podría evitar una futura necesidad de hospitalización. En la década de los años veinte, el modelo psicoanalítico de Freud fue modificado por su discípula Melanie Klein y su hija Anna Freud quienes establecieron el tratamiento para los niños. El conductismo inicial fue introducido a la psicología infantil en 1920, cuando Watson y Rayner describieron el caso del pequeño Albert. Demostraron que era posible condicionar conductualmente una respuesta de miedo a una rata blanca. A pesar del énfasis en los niños en el desarrollo de la teoría, la mayor parte del crecimiento inicial de la psicología clínica estaba enfocada en los adultos, como se bosqueja en los subsecuentes capítulos.

En 1949 se publicó la escala Wechsler de inteligencia para niños. Esta representó una extensión descendente de la escala de inteligencia para adultos. En 1968, Erikson publicó *Identidad, juventud y crisis* (*Identity, youth and crisis*), en la que describió las ocho etapas de desarrollo psicosocial. La Asociación estadounidense de psicología (APA) estableció secciones de psicología clínica infantil y psicología pediátrica, lo cual enfatizó

más la importancia del estudio, la evaluación y el tratamiento de los niños.

Como se mencionó al inicio, el crecimiento real de la psicología clínica se enfocó en los adultos. Muchas de las teorías de personalidad y metodologías de evaluación no explicaban la naturaleza del desarrollo de la niñez. Por tanto, mientras los primeros clínicos estudiaban y escribían acerca de la naturaleza psicológica de la niñez, el crecimiento de la psicología infantil como una empresa científica no se desarrolló sino hasta mucho tiempo después.

Panorama de este capítulo

Este capítulo está dividido en tres secciones principales: evaluación, intervención y asuntos especiales al tratar con niños.

La sección sobre la evaluación inicia con una declaración acerca del valor de la evaluación de los niños y la necesidad de poner atención a las consideraciones del desarrollo. Es seguida por una revisión de temas psicométricos, que incluyen la estandarización de las mediciones de niños, varios tipos de calificaciones estandarizadas y consideraciones importantes con relación a la confiabilidad y la validez. Estos asuntos técnicos formarán los antecedentes para realizar una revisión de las medidas comúnmente usadas con los niños y los adolescentes. Las amplias categorías de medición comprenden medidas intelectuales, medidas de logro, escalas de conducta adaptable, pruebas de personalidad y medidas por reportes de los padres. La sección de evaluación concluirá con el reporte de un caso que ilustra la evaluación infantil.

La siguiente sección de este capítulo se enfocará en la intervención. La sección iniciará con una revisión de los principales sistemas teóricos, los cuales incluyen los modelos conductuales, el modelo cognoscitivo-conductual, el psicodinámico, el de los sistemas familiares y la terapia de juego. Además, se revisará una muestra de los tratamientos para niños empíricamente validados, en el contexto del *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, 4^a. ed.). La sección sobre la intervención concluirá con el reporte de un caso de una intervención con un niño.

La sección final principal de este capítulo tratará de asuntos especiales relacionados con la evaluación y tratamiento de niños y adolescentes, incluyendo una revisión de los asuntos éticos tales como la competencia, confidencialidad, la seguridad de las pruebas y las rela-

ciones profesionales. También habrá una revisión de temas especiales en el diagnóstico del retraso mental y los trastornos de aprendizaje. También se tratarán asuntos de minorías étnicas, abuso sexual y físico, y psicología pediátrica. Asimismo, se analizarán las tendencias futuras en el campo de la psicología clínica infantil.

EVALUACIÓN

El valor de la evaluación

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

La APA y una abrumadora mayoría de asociaciones psicológicas estatales, en Estados Unidos, piden que es necesario un doctorado en psicología y una licencia estatal para practicar la psicología clínica. Un doctorado deberá incluir la capacitación básica en las áreas centrales de la psicología, el cual incluye cursos sobre desarrollo, psicopatología relacionada con los niños y los adultos, y cursos de evaluación que cubran sus técnicas objetivas, proyectivas y conductuales de evaluación. Los programas doctorales que capacitan a los psicólogos clínicos para que sean eficientes en la evaluación psicológica infantil requieren de experiencias prácticas con niños y adultos. Los cursos de medición o diseño de investigación que enfatizan la confiabilidad y validez, junto con clases de estadística, le permiten al psicólogo clínico evaluar las pruebas psicológicas que pueden usarse para seleccionar los instrumentos psicométricamente más sofisticadas del conjunto de pruebas disponibles. Después de finalizar un programa de doctorado, los educandos en psicología deberán completar un año de internado antes de que les sea otorgado un grado doctoral. Además, después de obtener el doctorado, la mayoría de los educandos en Estados Unidos requieren de un año de supervisión posdoctoral por parte de un psicólogo con licencia, antes de presentar su examen para

obtener la licencia estatal. Por tanto, con esta breve revisión de los requisitos, uno puede percibir la experiencia especial que los psicólogos clínicos tienen al realizar la evaluación psicológica de niños y adolescentes.

Desarrollo

Las teorías del desarrollo tales como la teoría de Freud del desarrollo psicosexual, la teoría del desarrollo cognoscitivo de Piaget y la teoría psicosocial del desarrollo de Erikson, han jugado históricamente un papel crítico en la conceptualización de la psicología infantil. Éstas también han provisto la infraestructura para modelos de desarrollo contemporáneos con una base más empírica. Una introducción a la evaluación y al tratamiento psicológico de los niños no estaría completa sin un énfasis en los asuntos relacionados con el desarrollo infantil. Los estudiantes de psicología, tanto a nivel de licenciatura como de posgrado, se enfrentan a problemas respecto al desarrollo infantil. Quienes encuentren esta área particularmente relevante e interesante, pueden optar por concentrar sus estudios y convertirse en psicólogos del desarrollo.

El conocimiento relacionado con el nivel de desarrollo de los niños permite a los psicólogos ajustar las intervenciones terapéuticas a un nivel de desarrollo adecuado. Los psicólogos clínicos competentes conocen los aspectos del desarrollo, las influencias genéticas y hereditarias, las influencias que ocurren durante el periodo prenatal y el proceso de nacimiento. Los psicólogos infantiles necesitan estar familiarizados con los diversos hechos importantes de desarrollo que se espera que un niño logre en diversas áreas, los cuales incluyen el aprendizaje de las habilidades motoras, de lenguaje, el desarrollo cognoscitivo, emocional, intelectual y el sexual. Es importante que los psicólogos conozcan e investiguen acerca del momento y logro de estos acontecimientos históricos del desarrollo, ya que éstos pueden tener un impacto significativo en el crecimiento posterior. El crecimiento también es influenciado por la familia y otras personas significativas, tales como la escuela y los compañeros de clase; de este modo, los psicólogos clínicos también evalúan y monitorean estas influencias y su relación con el niño. Juntas, estas influencias, son parte de un cuerpo empírico de conocimiento conocido como psicología del desarrollo.

Aspectos psicométricos

Cuando se realiza una evaluación, los psicólogos clínicos deben seleccionar instrumentos de un amplio conjunto de pruebas psicológicas. Estas decisiones están basadas en aspectos psicométricos que incluyen la habilidad técnica, el conocimiento estadístico, el diseño de investigación y el comportamiento ético. ¿Cómo es que los psicólogos clínicos eligen el conjunto de pruebas intelectuales, de logro y de personalidad? Ciertamente un factor debe ser las propiedades psicométricas de las pruebas, las cuales incluyen qué tan confiable es la prueba o qué tan consistentemente se obtienen los mismos resultados con el mismo niño. También es importante considerar la validez de la prueba o el grado en el que se puede demostrar que ésta mide exactamente las características que pretende medir. Además, uno debe considerar las bases normativas de la prueba, o el grupo con el que son comparadas las calificaciones de un niño.

Estandarización

La estandarización de una prueba se refiere al proceso por medio del cual una prueba es administrada, de manera idéntica, a una muestra normativa de sujetos. Esto permite la comparación de un niño en particular con un grupo de niños de referencia quienes comparten características similares, tales como edad, grado, género y/o raza. Las muestras de estandarización para las pruebas varían enormemente. La escala Wechsler de inteligencia para niños, tercera edición (WISC-III, por sus siglas en inglés Wechsler, 1991), es una prueba que fue diseñada con un proceso de estandarización relativamente superior. En el desarrollo de la WISC-III se puso énfasis en desarrollar procedimientos de aplicación precisos, que están especificados en el manual de la prueba. Un psicólogo clínico tradicionalmente puede aplicar la WISC-III en un tiempo de 90 a 120 minutos. Estos procedimientos de aplicación fueron realizados con una muestra de estandarización de niños de edades entre 6 y 16 años, con aproximadamente 100 niños y 100 niñas en cada intervalo anual de edad. La muestra representó un sector transversal de los datos del censo reciente de Estados Unidos, con números proporcionales basados en los grupos étnicos, nivel socioeconómico, ubicación geográfica y otras variables relevantes. Los niños y adolescentes a quienes se les aplica esta prueba son comparados con esta muestra estandarizada.

Por las razones descritas con anterioridad, los psicólogos clínicos frecuentemente seleccionan a la WISC-III como una herramienta de evaluación intelectual cuando surge una pregunta acerca del desarrollo intelectual de un niño en particular. Existen numerosas pruebas psicológicas que no son comparables con la WISC-III por una variedad de aspectos relacionados con la psicometría. Con frecuencia, cuando se desarrollan las pruebas, no se pone mucha atención en el desarrollo de una muestra de estandarización que sea representativa de los datos del censo de Estados Unidos, y tampoco son descritos cuidadosamente los procedimientos de aplicación.

Tipos de calificaciones

Una vez que un joven ha realizado una prueba, el examinador deberá calificarla. Hay numerosos tipos de sistemas de calificación que es importante conocer para entender las pruebas psicológicas. A continuación se describen algunos.

Calificaciones brutas. Por lo general, se suman las respuestas de una prueba psicológica de un niño para obtener una calificación bruta. En una prueba de habilidad, la calificación bruta representa las respuestas correctas a los reactivos de la prueba, mientras que en una escala para evaluar la personalidad o la conducta, la calificación bruta es un indicativo de las repuestas que son consistentes con el constructo que la prueba está midiendo. Estas calificaciones brutas no le indican al examinador cómo se está desempeñando el niño con relación a otros niños con características similares (por ejemplo, un grupo de comparación de edades similares); así que, el valor informativo de las calificaciones brutas para el examinador es bastante limitado. Por ejemplo, si uno estuviese calificando una prueba aritmética, la misma calificación bruta o el número de respuestas correctas tendría un significado muy diferente para un niño de 5 años quien recibió una calificación de 15 de 20 aciertos, comparado con un niño de 15 años que obtuvo la misma calificación. Para contabilizar tales discrepancias, las calificaciones brutas se convierten en calificaciones estandarizadas.

Calificaciones estandarizadas. Una vez que las calificaciones brutas se han convertido a una calificación estandarizada, el examinador puede comparar el desempeño de un niño con la muestra de estandarización. Usando el ejemplo anterior, un niño de 5 años de edad que se somete a una prueba aritmética puede ser com-

parado con otros niños de la misma edad, mientras que el desempeño del niño de 15 años podrá compararse con el de otros niños de la misma edad. Hay numerosos tipos de calificaciones estandarizadas. En este capítulo hay una revisión de la desviación de las calificaciones, percentiles, calificaciones-T, equivalentes de edad y equivalentes de calificación.

Desviación de las calificaciones. La desviación de las calificaciones se usa tradicionalmente para referirse al desempeño de un niño en pruebas de habilidad, tales como pruebas de (CI, por sus siglas en inglés) o pruebas de logro. La desviación de las calificaciones se emplea de manera adecuada en pruebas que se distribuyen normalmente, esto es, en donde la distribución de las calificaciones se aproxima a la curva con forma de campana. Usando la escala Wechsler de inteligencia para niños, tercera edición, como ejemplo, la media o desempeño promedio en la prueba se define por una calificación de 100. Un niño con una calificación de 100 se ha desempeñado en el percentil 50 y ha sido calificado mejor que la mitad de los niños de su edad. La desviación estándar es una medida de la variabilidad de las calificaciones con respecto al grupo de referencia. En la WISC-III la desviación estándar es de 15. Por tanto, si un niño es calificado con una desviación estándar por debajo de la media, sabemos que una desviación del CI de 85 significa una calificación en el percentil 16, independientemente de su edad. Asimismo, si un niño califica a dos desviaciones estándar por debajo de la media, su desempeño está en el percentil 2, lo que significa que el niño calificó mejor que tan sólo el 2% de los niños de la misma edad.

Rangos percentilares. Los rangos percentilares son otra forma de calificación estandarizada. Dichos rangos van de una fracción del primer percentil al percentil 99+. Usando los mismos rangos, la calificación de un joven puede describirse en referencia a un grupo de comparación adecuado. Un rango percentilar representa el porcentaje de la muestra de comparación que el desempeño del niño sobrepasó. De este modo, al usar la WISC-III como ejemplo, la calificación del CI (IQ) de 100 de un niño estaría en el percentil 50, lo que significa que el niño clasificó mejor que 50% de los niños en el grupo de referencia. De forma similar, si un niño obtuvo una calificación de 130 en la WISC-III, esto correspondería al percentil 98, lo que significaría que el niño clasificó mejor que 98% de los niños en el grupo de comparación apropiado.

Calificación T. La calificación T es una forma alternativa de calificación estandarizada, similar a la desviación de las calificaciones, y también está relacionada con los rangos percentilares. Una de las pruebas más utilizadas en jóvenes, que usa la calificación T, es el Inventario multifásico de la personalidad de Minnesota para adolescentes (Minnesota multiphasic personality inventory for adolescents) (MMPI-A). La calificación media o promedio es equivalente a la calificación T de 50. Esto significa que un niño que obtuvo una calificación T de 50 ha calificado en el percentil 50 con relación a la escala de autorreporte del niño. Si uno desea ver la calificación de un niño en la escala de depresión del MMPI-A, uno deberá saber que una calificación T de 50 significa que el niño respondió con aciertos una cantidad típica o promedio de reactivos y, por lo general, no será considerado como deprimido. La desviación estándar de la distribución de la calificación T es de 10. Por consiguiente, una calificación de 70 estaría dos desviaciones estándar por encima de la media. En términos de rangos percentilares, una calificación de 70 indica que el niño respondió con aciertos los reactivos con una carga positiva en su escala, con más frecuencia que 98% de su grupo adecuado de comparación. Si un niño recibiera una calificación T de 70 en la escala de depresión del MMPI-A, por lo general sería considerado deprimido.

Calificaciones equivalentes a la edad. Las calificaciones equivalentes a la edad se usan comúnmente en pruebas de logro o pruebas de habilidades académicas para niños. Un equivalente de edad representa el desempeño promedio de un niño en una edad en particular en una muestra normativa. Por ejemplo, si un niño recibe una calificación equivalente a la edad de 8 años en una prueba de logro en lectura, esto significaría que el niño tuvo un desempeño al nivel del niño promedio de 8 años en la muestra normativa. Las calificaciones equivalentes a la edad no dependen de la edad cronológica real del niño; de este modo una calificación equivalente a la edad de 8 años podría ser obtenida por un niño de 5 años de edad o por un niño de 15. Los padres tradicionalmente no están familiarizados con el significado de las calificaciones estandarizadas, tales como la desviación y las t. De este modo, la calificación equivalente a la edad puede ser un medio para comunicar el logro de un niño a sus padres.

Calificaciones equivalentes al grado escolar. Las calificaciones equivalentes al grado escolar son similares a

las equivalentes a la edad y representan otra forma de calificaciones estandarizadas. Al igual que las calificaciones equivalentes a la edad, las equivalentes al grado escolar se utilizan con frecuencia para describir los resultados en pruebas de logro de niños. Una calificación equivalente al grado escolar representa el desempeño promedio de un niño en un nivel escolar en particular, en el grupo de referencia. Por consiguiente, una calificación equivalente al nivel del tercer grado escolar significaría que el desempeño de un niño fue similar al del niño promedio de tercer grado, o en el percentil 50 de los niños del mismo grado. Como con la calificación equivalente a la edad, ésta es independiente del grado real en el que se encuentra el niño que se somete a la prueba. Por tanto, un niño en el doceavo grado que obtuvo una calificación equivalente al tercer grado tendrá un desempeño similar al de un niño que está en el primer grado que también haya obtenido una calificación equivalente al tercer grado. Al igual que las calificaciones equivalentes a la edad, las equivalentes al grado escolar pueden facilitar la comunicación con los padres acerca del desempeño del niño.

Error estándar de medición. El error estándar de medición es un término usado para describir el rango de calificaciones dentro del cual probablemente cae la calificación verdadera del niño. El error estándar de medición es un intervalo de confianza formado alrededor de la calificación obtenida del niño. Por ejemplo, en la WISC-III, si un niño obtiene una calificación de 100 con un error estándar de medición de ± 6 al nivel de confianza de 95%, esto indicará que la calificación verdadera podría caer entre 94 y 106 un 95% de las veces. En forma alterna, si a un niño se le aplica la prueba 100 veces, podría caer únicamente cinco veces por azar fuera del rango de 94 a 106.

Confiabilidad. Como se mencionó con anterioridad, la confiabilidad y validez de los instrumentos psicológicos también son consideraciones importantes cuando se elige una prueba para aplicarla. Cuando un psicólogo clínico aplica una prueba a un niño, necesita eliminar tantas fuentes de error como sea posible para evaluar con precisión la verdadera calificación del niño en la medición. Existen numerosos factores que afectan la confiabilidad de una prueba, o los factores que pueden contribuir al error en la calificación. Sattler (1992) ha descrito cuatro factores que afectan la confiabilidad: duración de la prueba, intervalo entre una y otra aplicación, adivinación y variación en la situación de la prueba.

En general, si una prueba está bien construida, una prueba larga será más confiable que una corta. *El intervalo test-retest* se refiere al tiempo que ha pasado entre dos aplicaciones de pruebas; en general, a mayor intervalo entre pruebas, mayor probabilidad de que cambien otros factores tales como la habilidad o grado de psicopatología. La adivinación es otro factor que afecta la confiabilidad de las calificaciones. Cuando el examinado adivina, introduce un error en su calificación. El factor final descrito por Sattler (1992) es la variación en la situación de prueba. Esto se refiere a una variedad de variables que pueden tener impacto en el desempeño del examinado, las cuales incluyen errores del examinador en la aplicación, ruido externo que ocasiona distracciones en el salón de la prueba, sueño, hambre y enfermedad. Todos estos factores pueden introducir error en la calificación del examinado. Los diversos métodos para la evaluación de la confiabilidad de una prueba comprenden la confiabilidad test-retest, la confiabilidad entre estimadores, la consistencia interna y la forma alternada. Estas se revisaron en el capítulo 3 de este libro, con excepción de la confiabilidad de forma alternada, que será considerada a continuación.

Confiabilidad de forma alternada. Se refiere al grado de consistencia entre dos diferentes versiones de la misma prueba. La mayor parte de las pruebas estudiadas en este capítulo no tendrán una confiabilidad de forma alternada. Las pruebas de logro de Woodcock Johnson-revisada (WJ-R) tienen una confiabilidad de forma alternada. En esta forma, se aplican dos versiones de la misma prueba a un grupo grande de niños y se calcula el grado de asociación o relación entre las dos diferentes formas de la prueba. La ventaja de la aplicación de una prueba que tiene una alta confiabilidad de forma alternada es que brinda la oportunidad de volver a aplicar la prueba a un niño, usando una versión diferente. De este modo, si el niño recuerda reactivos del primer formato de la prueba, este recuerdo no será un factor que afecte su calificación en la situación de retest al usar la forma alterna de la prueba.

Validez. La validez es otro aspecto psicométrico importante de una prueba. Se define como la extensión en la que una prueba mide lo que se pretende que debe medir. Una prueba no puede ser válida a menos que sea razonablemente confiable; sin embargo, las pruebas necesitan algo más que confiabilidad para ser válidas. Como con la confiabilidad, hay varios tipos de validez que incluyen: la validez aparente, la validez de cons-

tructo, la validez de criterio, que comprende la validez predictiva, la validez concurrente y la validez de contenido. Estas han sido revisadas en el capítulo 3 de este libro. La validez en la situación de la aplicación de la prueba puede ser afectada por numerosos y diferentes factores. Estos incluyen el grado en el que el examinado comprende las instrucciones de la prueba, el dominio del lenguaje en el que es aplicada la prueba y la experiencia educativa que difiere significativamente de la muestra de estandarización (Sattler, 1992). Cuando se someten a prueba a niños con cierto deterioro tal como problemas visuales, daño en el oído o problemas motores, es importante considerar los efectos que estas limitaciones tendrán sobre la validez de las pruebas, en particular cuando ésta involucra estas habilidades. Asimismo, la alteración emocional aguda o las enfermedades físicas pueden afectar adversamente la validez de los resultados de la prueba. Tal vez uno de los factores que más comúnmente afectan la validez de una evaluación es un niño que no coopera o cuya atención es tan vaga que ya no tiene validez la prueba. En general, el niño que será sometido a la prueba debe parecerse a los niños representados en la muestra de estandarización, para que la prueba sea válida.

Mediciones para niños y adolescentes

Esta sección repasará un número de medidas usadas frecuentemente con los niños y adolescentes. Se describirán algunos de los ejemplos más populares de cada tipo de medición. Éstos incluyen pruebas intelectuales, pruebas de logro, escalas de conducta de adaptación, medidas de personalidad y medidas por el reporte de los padres. Esta sección concluirá con el reporte de un caso que usa algunas de las mediciones descritas.

Medidas intelectuales

La evaluación de la inteligencia y habilidades cognitivas es importante para los niños y adolescentes. Las clasificaciones como superdotado, con trastornos de aprendizaje y retrasado mental, son fuertemente afectadas por la evaluación de las habilidades cognitivas. En la escuela, los niños tradicionalmente participan en la aplicación grupal de pruebas de habilidad cognitivas como un medio para evaluar las fortalezas y debilidades. Con frecuencia, desde el inicio los niños son separados en la escuela con base en su habilidad cognoscitiva. Esto continúa a lo largo de la preparatoria, la universi-

dad y la capacitación profesional y tiene muchas ramificaciones sociales polémicas (Herrnstein y Murray, 1994).

Las escalas Wechsler. Las escalas Wechsler son un prototipo de las pruebas psicológicas para niños y adolescentes. Tienen una estandarización, confiabilidad y validez superiores. Existen tres escalas Wechsler de inteligencia que pueden usarse con niños y adolescentes. La escala Wechsler de inteligencia para niveles preescolar y primaria, revisada (WPSSI-R, por sus siglas en inglés) (Wechsler, 1989b) se usa con niños en edad de 3 años 0 meses a 7 años 3 meses (véase la tabla 9.1). La escala Wechsler de inteligencia para niños, tercera edición (WISC-III) (Wechsler, 1991) se usa con niños de 6 años 0 meses hasta 16 años 11 meses. La escala Wechsler de inteligencia para adultos, revisada (WAIS-R, por sus siglas en inglés)* (Wechsler 1989a) se usa para adolescentes mayores de 16 años 0 meses y se extiende hasta la edad adulta. Las escalas Wechsler proporcionan un medio para evaluar el intelecto a través de una prueba aplicada de forma individual. En la mayor parte de las zonas en Estados Unidos se requiere de pruebas de inteligencia para que los niños reciban servicios de educación especial. Estos servicios especiales incluyen la colocación en clases para superdotados, la

colocación en clases donde los servicios son dirigidos hacia varios niveles de retraso mental y la clasificación para programas de intervención con estudiantes fracasados. Cuando se realizan en conjunto las pruebas intelectuales y las de logro, los psicólogos pueden proporcionar a las escuelas las clasificaciones de los trastornos específicos de aprendizaje. Mientras que se aplica una prueba de logro en forma individual, el examinador tiene la oportunidad de asegurar que el niño haga el esfuerzo suficiente para producir una evaluación confiable y válida de sus habilidades. Esta es una ventaja distintiva sobre las pruebas de habilidad cognoscitiva, aplicadas en forma grupal, que se realizan regularmente en los sistemas escolares.

Las escalas Wechsler tienen ciertas características en común que facilitan al examinador el aprendizaje para aplicarlas. Por lo general toma entre 90 y 120 minutos el hacerlo. Cada una comprende entre 11 y 13 subpruebas o tareas separadas de diferentes tipos de habilidades intelectuales. Juntas, estas subpruebas producen una escala de calificación global o compuesta, referida como el Cociente de inteligencia de escala completa o CIEC. El CIEC es una calificación de desviación o CI, como se mencionó en la sección anterior

Tabla 9.1 Subescalas y reactivos típicos de la WPPSI-R

SUBESCALA	REACTIVOS TÍPICOS
Ensamble de objetos	Organizar piezas para que se ajusten en un tablero de formas o armado de rompecabezas.
Diseños Geométricos	Seleccionar el diseño que coincida; copiar un diseño que se muestra en una tarjeta impresa.
Diseño con cubos	Ordenar 3 o 4 cubos para reproducir los diseños
Figuras incompletas	Identificar las partes esenciales fallantes en un dibujo.
Percheros de animales	Colocar los percheros de colores de tal manera que coincidan con los animales correspondientes en los orificios correspondientes.
Información	Incluye preguntas similares a: "¿cuántos ojos tienes?", "¿de qué color es el cielo?", "dime el nombre de una fruta."
Comprensión	Incluye preguntas similares a: "¿por qué la gente necesita vestirse?", "¿por qué necesitamos mantener el hielo en el congelador?"
Aritmética	Incluye preguntas similares a: "¿cuántas manzanas son 2 manzanas más 3 manzanas?" "Sally tiene 3 libros, le presta 2 a sus amigos; ¿cuántos libros le quedan?"
Vocabulario	Incluye preguntas similares a: "¿qué es un tenedor?", "¿qué es una flor?", "¿qué significa atrapar?"
Semejanzas	Incluye preguntas similares a: "¿en qué se parecen los frijoles y las papas?"; "¿en qué se parecen un cuarto de dólar y diez centavos de dólar?"
Oraciones	Repetir una oración al pie de la letra, "el gatote corrió detrás del ratón."
Laberintos	Encontrar el camino a través de un laberinto.

*Cuando se imprimía este libro, la WAIS-R fue revisada y ahora existe la WAIS-III. Véase el capítulo 3 para tener una descripción de esta revisión.

sobre los tipos de calificaciones. Ésta tiene una media de 100 fija, en el percentil 50, con una desviación estándar de 15, que le permite al examinador y a otros que consultan los resultados de la prueba entender la calificación del niño con relación al desempeño normativo de un niño de la misma edad. El CI de escala completa de las escalas Wechsler tiene una alta confiabilidad y ha demostrado fuertes correlaciones con otras medidas muy respetables de la inteligencia (Sattler, 1992).

Todas las escalas Wechsler también comprenden un CI verbal (CIV) y un CI (CI) de ejecución (CIE), como índices secundarios de la habilidad intelectual del niño. El CIV es una medida del entendimiento del niño sobre la expresión y comprensión verbal. El CIE es una medida de las habilidades de percepción organizacional y visoespacial del niño. El análisis factorial de las tres escalas Wechsler apoya la existencia de una escala verbal y una de ejecución separadas en todas las edades (Sattler, 1992).

Escala de inteligencia Stanford-Binet, cuarta edición (Thorndike, Hagen y Sattler, 1986). La escala de inteligencia Stanford-Binet, cuarta edición (SB:FE, por sus siglas en inglés) es descendiente de la primera medida popular de la habilidad intelectual, la escala Binet-Simon de 1905, usada en Francia. Al igual que las escalas Wechsler, la Stanford-Binet es una medida muy respetada de la habilidad intelectual. Puede ser administrada a individuos de edades entre los 2 y 21 años. Es similar a las escalas Wechsler en términos del tiempo de aplicación y también proporciona una medida global compuesta del funcionamiento intelectual. Como con las escalas Wechsler, la media de la calificación global compuesta es de 100; sin embargo, la desviación estándar es de 16 en lugar de 15.

La Stanford-Binet también produce medidas secundarias de habilidad intelectual, que incluyen una calificación verbal que es similar al CIV de la Wechsler, una calificación de razonamiento abstracto y visual que es similar al CIE de la Wechsler, una calificación de razonamiento cuantitativo que no tiene paralelo en las escalas Wechsler y una escala de memoria a corto plazo que es análoga a una calificación libre de distracciones, que puede ser calculada en las escalas Wechsler. La Stanford-Binet no es tan psicométricamente sólida como las escalas Wechsler. Los problemas psicométricos son bastante evidentes en las 15 pruebas que contribuyen a las combinaciones e índices secundarios del funcionamiento intelectual.

Pruebas de logro

Las pruebas de logro se refieren a la evaluación de las habilidades de un niño que están relacionadas con la destreza cognoscitiva y con la información tradicionalmente adquirida en las escuelas. Aunque se realizan algunas pruebas de logro con los adultos, se usan más comúnmente con niños y adolescentes. La mayor parte de las pruebas de logro proporcionan calificaciones en lectura, aritmética y ortografía. Aunque cierto número de diferentes habilidades y destrezas son evaluadas en las pruebas de logro, éstas dependen de las pruebas específicas de logro. Estas pruebas son requeridas para el diagnóstico de los trastornos de aprendizaje, de acuerdo con la Ley pública 94-142 (en EE.UU.) Las pruebas de logro que se describirán incluyen las pruebas de logro de Woodcock Johnson revisadas, la prueba Wechsler de logro individual y la prueba de logro de rango amplio, tercera edición.

Pruebas de logro de Woodcock Johnson, revisadas (Woodcock, 1977). Las pruebas de logro de Woodcock Johnson, revisadas (WJ-R) son una de las tres partes de la batería Woodcock Johnson, que también incluye pruebas de habilidad cognoscitiva y pruebas de intereses. Las WJ-R están extremadamente bien estandarizadas y son pruebas del logro psicométricamente sofisticadas. Son aplicables en un amplio margen de edad que oscila entre los 3 y los 90 años.

Las WJ-R tienen 18 diferentes subpruebas, nueve en la batería estándar y nueve en la batería complementaria. La batería estándar produce calificaciones de identificación de letras en palabras, comprensión de lectura, cálculo, problemas aplicados, dictado, muestras escritas, ciencia, estudios sociales y humanidades. La batería complementaria tiene muchas pruebas útiles para un trabajo de diagnóstico más profundo. Las subpruebas en la batería estándar proporcionan calificaciones compuestas de lectura, aritmética y lenguaje escrito.

Prueba Wechsler de logro individual (Wechsler, 1992). El desarrollo de la prueba Wechsler de logro individual (WIAT, por sus siglas en inglés) es un avance reciente en las pruebas de logro con los niños. Existen ocho subpruebas en la WIAT, que incluyen lectura básica, comprensión de lectura, ortografía, comprensión auditiva, expresión oral, expresión escrita, razonamiento matemático y razonamiento numérico (véase la tabla 9.2). Al igual que las escalas Wechsler de inteligencia, la WIAT

también está bien estandarizada. Al momento que se elaboraba este escrito, como con todas las pruebas, los psicólogos están esperando una investigación más extensa sobre su confiabilidad y validez.

La WIAT es una prueba de logro única puesto que los datos fueron recolectados con la misma muestra de niños utilizada en las tres escalas Wechsler de inteligencia. Como resultado de esto, las formulaciones de discrepancias de los trastornos de aprendizaje (descritas más adelante en este capítulo bajo el título "Temas especiales") están determinadas empíricamente. Cuando la prueba de CI y la prueba de logro aplicadas no comparten la misma muestra de estandarización, las conclusiones sobre los trastornos de aprendizaje están basadas en modelos conceptuales con menor respaldo empírico en lugar de ser empíricamente derivados (como se describe después en el capítulo).

Prueba de logro de rango amplio, tercera edición (Jastak y Wilkinson, 1984). La prueba de logro de rango amplio (WRRT, por sus siglas en inglés) está actualmente en su tercera edición. Las primeras ediciones de la WRAT-III fueron criticadas por los problemas psicométricos relacionados con la estandarización. Durante el desarrollo de la WRAT-III fueron atendidas muchas de las críticas psicométricas; de este modo la edición actual tiene ventajas que no eran evidentes en sus predecesoras. La WRAT-III es una prueba breve que cubre las áreas básicas del cálculo numérico, ortografía y lectura básica sin considerar la comprensión de lectura.

Escalas de conducta adaptativa

Las escalas de conducta adaptativa clasifican el nivel de independencia personal y responsabilidad social de un individuo en diferentes intervalos de edad. Tradicionalmente, las escalas de conducta adaptativa son usadas con jóvenes en los que se sospecha que tienen retrasos en el desarrollo o para la clasificación del retraso mental.

Escalas Vineland de conducta adaptativa (Sparrow, Baila y Cicchetti, 1994). Las escalas Vineland de conducta adaptativa (EVCA) son medios bien desarrollados para evaluar la conducta adaptativa. Estas están adecuadamente estandarizadas con una estratificación razonable, y la prueba tiene propiedades psicométricas adecuadas. La EVCA consiste en tres versiones: la forma ampliada, la forma de encuesta y la edición para el salón de clases. La forma ampliada y de encuesta son aplicadas a través de una entrevista con los padres y la edición del salón de clases está diseñada para ser completada por el maestro del niño. En casos de niños internados en instituciones, esta prueba puede ser aplicada a un cuidador que conozca bien al niño.

La escala Vineland consiste en cuatro áreas de competencia básicas: comunicación, socialización, habilidades en la vida cotidiana y habilidades motoras. Estas áreas de competencia están combinadas para producir una calificación general compuesta de la conducta adaptativa. Adicionalmente, las formas ampliada y de encuesta contienen una escala de calificación para el comportamiento desadaptado.

Tabla 9.2 Subescalas y habilidades medidas por la WIAT para niños de 5 años de edad

SUBESCALA	EJEMPLO DE LAS HABILIDADES MEDIDAS
Lectura básica	La habilidad para leer; el uso de estrategias de decodificación.
Razonamiento matemático	Sumas de un paso; reconocer el valor de las monedas; lectura de tablas y gráficas de barras.
Comprensión de la lectura	Secuencia; completar dibujos; comparar y contrastar.
Operaciones numéricas	Sumar renglones y columnas con 3 sumandos de un dígito; restar dos números de dos dígitos.
Comprensión auditiva	Usar pistas de imágenes; reconocer los detalles establecidos, causa y efecto; secuencia.
Expresión oral	Dar descripciones detalladas; direcciones; explicar los pasos lógicamente.
Expresión escrita	Desarrollo de ideas, organización y unidad de la escritura; gramática, lenguaje, uso de mayúsculas, puntuación.
Ortografía	Habilidades básicas de ortografía.

Cada área de competencia incluye varias subáreas diseñadas para brindar datos más finos de análisis. Respecto a la comunicación, las subáreas de competencia son el lenguaje receptivo, expresivo y escrito. En las habilidades de la vida diaria, las subáreas son la conducta personal, doméstica y comunitaria. El área de competencia de socialización consiste en subáreas de interacción sociales, tiempo libre y responsabilidad. Respecto a las habilidades motoras existen las subáreas del desarrollo motor fino y grueso, aunque debe señalarse que esta escala es aplicable únicamente en niños mayores de 6 años de edad.

Medidas de personalidad

Las medidas de personalidad que se usan con niños y adolescentes difieren de las medidas previamente descritas, ya que se centran menos en la habilidad y más en la psicopatología o características problemáticas del individuo. También describen conductas y emociones presentadas por el niño o el adolescente. Las medidas de personalidad pueden clasificarse como medidas objetivas o proyectivas. La calificación de las medidas objetivas requiere menos interpretación por parte de la persona que las califica y pueden tener más validez normativa. Por lo general, las medidas proyectivas son las menos psicométricamente acertadas de todas las herramientas de evaluación revisadas. De manera adicional, las mediciones proyectivas proporcionan al niño estímulos de prueba ambiguos. Esto es, no tienen validez normativa y, por tanto, son consideradas menos susceptibles a los efectos sociales deseables. En general, las medidas objetivas tienen características psicométricas más fuertes que las medidas proyectivas.

Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota para Adolescentes (MMPI-A, por sus siglas en inglés) (Butcher *et al.*, 1992). El MMPI-A es una prueba de personalidad objetiva o una herramienta de evaluación psicopatológica para adolescentes de entre 12 y 18 años. Este inventario contiene 478 afirmaciones que los adolescentes consideran en relación a sí mismos y responden ya sea con falso o verdadero. Luego, estos reactivos son calificados para determinar si el adolescente ha respondido en forma similar a los grupos de adolescentes previamente identificados con tipos específicos de psicopatologías; tales tipos de psicopatología pueden incluir depresión, psicopatía o esquizofrenia.

El MMPI-A se distingue de otros inventarios objetivos de la personalidad debido a que contiene escalas de validez. Éstas indican si el adolescente ha respondido en una forma socialmente deseable, minimizando así la psicopatología. Las escalas de validez también se usan para indicar si un adolescente ha intentado "clamar que le ayuden" o ha exagerado sus respuestas como un intento por indicar una psicopatología más severa. El MMPI-A también le permite a los psicólogos clínicos determinar si el adolescente ha respondido a los reactivos de manera aleatoria. Esta prueba tiene una muestra de estandarización razonablemente buena y se encuentra en el proceso para obtener datos de confiabilidad y validez.

Escala revisada de ansiedad manifiesta infantil (RCMAS, por sus siglas en inglés) (Reynolds y Richmond, 1985). La RCMAS es una escala de autorreporte para clasificar la ansiedad de los niños y adolescentes de edades entre los 6 y los 19 años de edad; esta medida es un indicativo del nivel de síntomas de ansiedad percibidos en un niño. Como esta medida posee validez normativa, un individuo puede responder en una forma sensible a la aceptación social percibida. La estandarización de la RCMAS es menos sofisticada que la de las pruebas previamente analizadas. Sin embargo, existen algunos datos pertenecientes a la confiabilidad y validez que garantizan su uso para la evaluación de la ansiedad en niños y adolescentes.

Inventario de ansiedad rasgo-estado para niños (STAI-C, por sus siglas en inglés) (Spielberger, Edwards, Montouri y Lushene, 1970). El STAI-C es otra medida de autorreporte de ansiedad usada para las poblaciones de jóvenes. Se distingue en que tiene calificaciones tanto para la ansiedad de estado o ansiedad a corto plazo, que depende de una situación específica, y la ansiedad como rasgo, que es menos específica y más perdurable. La estandarización del STAI-C y otras propiedades psicométricas son adecuadas.

Escala Yale-Brown de Obsesión-compulsión para niños (YBOS-C, por sus siglas en inglés). La YBOS-C, desarrollada por Goodman *et al.* (1986), es una extensión derivada de la versión para adultos de la escala Yale-Brown de obsesión-compulsión. Ésta es una medida especializada puesto que proporciona una forma de clasificación para el diagnóstico específico de un trastorno. Se siguen recolectando datos acerca de la YBOS-C.

Técnica de las manchas de tinta de Rorschach. La Rorschach es una de las varias y diferentes técnicas proyectivas usadas con niños y adolescentes. Es catalogada como una técnica proyectiva de manchas de tinta. Históricamente hubo preocupaciones acerca de la confiabilidad y la validez de la técnica Rorschach. John Exner en el Sistema de calificación Exner (Exner, 1974) realizó intentos por señalar muchos de los problemas psicométricos. Aunque los críticos de la Rorschach continúan identificando problemas de esta prueba, es ampliamente usada como prueba de personalidad para niños y adolescentes.

Técnicas proyectivas de narración de historias

La Prueba de apercepción temática (TAT, por sus siglas en inglés) (Murray, 1943) es una de las diferentes técnicas proyectivas de narración de historias; otras incluyen la prueba de apercepción para niños (Bellack y Bellack, 1986), la prueba de apercepción de Roberts (McArthur y Roberts, 1982) y las tareas de desarrollo emocional (Cohen y Weil, 1971). Estas pruebas o técnicas implican el presentar a los niños una foto y pedirles que cuenten una historia acerca de ella. Las instrucciones generales de la TAT piden al niño que cuente una historia que muestre lo que está pasando en la foto, qué fue lo que condujo a esta imagen y qué pasará después de la escena o cómo terminará la historia. Además, se le pide al niño que especifique qué es lo que pueden estar pensando o sintiendo los personajes de la imagen. Dependiendo del niño y de su historia, el examinador selecciona las fotos que desea usar para la evaluación.

Las historias son analizadas de acuerdo con su contenido temático, puesto que muchas de las tarjetas llevan a una historia con un tema particular. Murray desarrolló un sistema de calificación elaborado para la TAT; sin embargo, las propiedades psicométricas de las técnicas proyectivas de narración de historias han sido frecuentemente cuestionadas. Quienes utilizan esta técnica pueden usarla como una herramienta para desarrollar hipótesis clínicas acerca de un joven. Luego pueden verificarse estas hipótesis recolectando información subsecuente a través de entrevistas y otras formas de recolección de datos.

Técnicas de oraciones incompletas

Al igual que las técnicas descriptivas descritas anteriormente, hay numerosas técnicas de cómo completar ora-

ciones. La técnica de completar oraciones implica dar al joven los principios de las oraciones y pedirle que las complete; hay numerosos problemas psicométricos con esta técnica. Como con la TAT, existen sistemas formales de calificación. En la práctica clínica algunos clínicos usan la técnica de completar oraciones informalmente para obtener información sobre temas, como sentimientos hacia la familia, la escuela, y relaciones con los compañeros.

Dibujos proyectivos

Los dibujos proyectivos son técnicas que requieren que un niño dibuje objetos específicos. Estas técnicas incluyen la casa, árbol, persona (HTP, por sus siglas en inglés), el dibujo de la figura humana (DAP, por sus siglas en inglés), y el dibujo de la familia en movimiento (KFD). Se han desarrollado sistemas de calificación para los dibujos proyectivos (Koppitz, 1968), pero los críticos señalan que las técnicas de dibujos proyectivos tienen problemas significativos de confiabilidad y validez. Al igual que la mayor parte de las técnicas proyectivas, los clínicos tradicionalmente usan los dibujos proyectivos para generar hipótesis acerca de los niños, que pueden ser verificadas o rechazadas al obtener información clínica subsecuente. Los dibujos proyectivos son considerados particularmente útiles con algunos niños, puesto que muchos de ellos dibujan de manera espontánea en una situación clínica, cuando pueden tener dificultad para verbalizar. De este modo, el uso de dibujos proyectivos en la terapia o situaciones de evaluación, con el propósito de generar una hipótesis, puede tener valor en una situación clínica.

Medidas por el reporte de los padres

Las medidas obtenidas por los reportes de los padres son herramientas importantes en la evaluación de los niños, puesto que proveen información corroborativa acerca de los datos recolectados durante la entrevista o directamente de los niños. Existen varias medidas de los reportes de los padres. A continuación se describirán dos de las mediciones más populares.

Listado de la conducta infantil (CBCL, por sus siglas en inglés) (Achenbach y Edelbrock, 1986). El CBCL es una escala de calificación para padres, usada comúnmente para niños entre los 2 y 18 años de edad. El CBCL tiene dos formas separadas; una forma para los

niños de 2 y 3 años de edad y otra que es aplicable a niños de entre 4 y 18 años de edad. Hay datos normativos disponibles para niños y niñas a diferentes edades, a lo largo del intervalo de edades.

El CBCL tiene una parte de clasificación de competencia y una de la calificación de problemas de conducta (véase la tabla 9.3). La parte que clasifica la competencia provee calificaciones compuestas sobre actividades sociales, actividades organizacionales y competencia escolar. Las calificaciones son reportadas en términos de percentiles y de calificaciones *t*. Hay datos disponibles de una adecuada estandarización, confiabilidad y validez.

La parte del CBCL para clasificar los problemas de conducta consiste en 108 problemas de conducta que ocurren comúnmente. Se les pide a los padres que clasifiquen cada problema de conducta en una escala de 0 a 2 donde 0 = ausente, 1 = poco y 2 = mucho. Los estudios de análisis factorial de los jóvenes agrupados por edad y sexo proporcionan factores de banda estrecha y de banda amplia. Esto significa que las dificultades de los niños pueden ser descritas como factores de banda amplia, tales como internalizar y externalizar, así como también como factores de banda estrecha, incluyendo estado de ánimo depresivo, estado de ánimo ansioso, problemas somáticos, problemas sociales, problemas de atención y de agresión. Como con la parte

referente a la competencia, el CBCL posee datos disponibles de estandarización, confiabilidad y validez adecuados en la parte de clasificación conductual.

Inventario de personalidad para niños (PIC, por sus siglas en inglés) (Lachar, 1982). El PIC es una medida de 300 reactivos que consiste en afirmaciones a las cuales los padres responden ya sea como verdaderas o falsas con relación a su hijo. Como con el MMPI-A, están disponibles escalas de validez para el PIC, que ayudan a los clínicos a evaluar si los padres han exagerado o minimizado la psicopatología de sus hijos. Estudios de análisis factorial han proporcionado escalas factoriales y escalas clínicas empíricamente derivadas. Las escalas factoriales incluyen: indisciplinado/pobre autocontrol, incompetencia social, internalización/ síntomas somáticos y desarrollo cognoscitivo. Las escalas clínicas incluyen: logro, evaluación intelectual, desarrollo, preocupaciones somáticas, depresión, relaciones familiares, delincuencia, aislamiento, ansiedad, psicosis, hiperactividad y habilidades sociales. Las respuestas de los padres dan como resultado una calificación *T* en cada escala que indica el grado en que la descripción del niño es similar a los patrones de respuesta que son característicos de los grupos de niños que han sido descritos con diferentes características de personalidad. El PIC tiene problemas psicométricos que son de interés para los clínicos, aunque sigue proporcionando datos útiles para el reporte a los padres de la evaluación del niño.

Tabla 9.3 Escalas de competencia y de problemas del Listado de la Conducta Infantil (Escala LCI)

Escalas de competencia

Actividades

Social

Escolar

Competencia total

Escalas de problemas

De banda estrecha

Retraído

Quejas somáticas

Ansioso/deprimido

Problemas sociales

Problemas de pensamiento

Problemas de atención

Conducta delictiva

Conducta agresiva

Problemas sexuales

De banda amplia

Internalización

Externalización

Problemas totales

Evaluación psicológica, estudio de caso

Razón de la referencia

Nancy Brown es una niña afroamericana de 17 años 3 meses de edad que fue referida por la Adolescent psychiatry para una evaluación intelectual y psicológica. Nancy fue diagnosticada en 1993 con una diabetes insulino dependiente (IDDM, por sus siglas en inglés) y en diciembre de 1995 comenzó a experimentar dolor en las piernas, así como también síntomas depresivos, una rápida pérdida de peso y severos problemas de control metabólico con su diabetes. Fue admitida en la Unidad de internamiento para pacientes psiquiátricos adolescentes debido a fuertes dolores en las extremidades inferiores, sin una base orgánica demostrable, que reporta interfiere con su habilidad para comer, ir a la escuela y funcionar socialmente. En la actualidad, Nancy está siendo considerada como un candidato para ingresar a la Unidad de Proyectos de Diabetes, una unidad de internamiento pediátrica psiquiátrica para pacientes jóvenes con IDDM.

Información sobre antecedentes

Nancy reside en Trenton, OK, con su madre, padre y un hermano de 22 años. Su padre trabaja como conductor de autobús y su madre fue despedida de un trabajo de muchos años en una casa de asistencia en diciembre de 1995. Nancy fue diagnosticada con IDDM en 1993 después de que una enfermedad viral dañó su páncreas. Comenzó a perder peso en diciembre de 1995 y bajó de 125 libras (62 kg) a 87 libras (45 kg) al momento de su admisión a la unidad psiquiátrica. Nancy estudiaba el onceavo grado en la preparatoria Oakwood en Trenton; sin embargo, como resultado de su excesivo ausentismo, repetirá el onceavo grado. Adicionalmente, Nancy repitió el tercer grado debido a un deficiente desempeño escolar. Indicó que perdió gran cantidad de tiempo escolar como resultado de los dolores que sufría, y desde principios de marzo permaneció en casa y participó en un programa escolar diseñado para las personas que se recluyen en sus casas. No obstante, señaló que su malestar era tan severo que le era difícil continuar con sus trabajos escolares. Nancy comentó que su madre la ha animado a considerar primero su salud, antes que la escuela, y declaró que siempre podría obtener su certificado escolar.

Nancy describió su estado de ánimo como "un tipo de tristeza". Comentó, también, que se disgusta cuando le duelen las piernas o cuando ve llorar a su madre. Cuando le duelen las piernas, ella, por lo regular, se pone a llorar, se deprime y pierde la esperanza de que su condición mejore. Nancy comentó también que su madre frecuentemente le da masaje a sus piernas durante dos horas para mitigar el dolor. Indicó que tiene una relación muy cercana con sus padres, y dice que se preocupó cuando su madre perdió el trabajo, puesto que la vio muy triste. Afirmó que el dolor se volvió más intenso, casi al mismo tiempo en que su madre había perdido el trabajo, pero no parecía estar consciente de la relación entre ambos sucesos. Indicó, a su vez, que recientemente su hermano le había informado a la familia que era homosexual. Ella reportó que desaprobaba a la gente con quien él se relaciona y le culpa de hacer enfadar a sus padres.

Observaciones conductuales

Nancy es una pequeña mujer afroamericana atractiva que se presentó aseada y vestida adecuadamente. Fue agradable y amistosa, y mantuvo un buen contacto visual durante la entrevista y las pruebas. Durante la en-

trevista se mostró abierta, pero no profundizó en sus respuestas ni ofreció información que no se le requiriera. Durante las pruebas Nancy fue diligente, examinando las tareas que se le presentaban antes de intentar resolver el problema. Si una tarea le parecía demasiado difícil, comentaba: "pienso que no podré hacer esto, se ve demasiado difícil", pero intentaba resolver el problema si se le alentaba. Se mostró orientada en todas las esferas, pero demostró un rango de afecto muy restringido, distanciándose de las emociones negativas.

Resultados de la evaluación

En un examen formal de la habilidad mental (WAIS-R), Nancy obtuvo un CI de escala completa de 92 (percentil 30), que cae dentro del rango promedio del funcionamiento intelectual en general. Su CI verbal fue de 89 (percentil 23), reflejando una habilidad verbal por debajo del promedio y su CI de ejecución fue de 98 (percentil 45) lo que sugiere una habilidad perceptiva-organizativa en el rango promedio (véase la tabla 9.4 donde se incluyen las calificaciones escalares de las subescalas individuales).

Las calificaciones de Nancy reflejan una desventaja relativa en las tareas verbales comparadas con las tareas de ejecución, lo que sugiere una aptitud académica deficiente y una adquisición de conocimientos limitada a través del tiempo, así como también habilidades verbales pobres de comprensión y expresión. Las subescalas del WAIS-R revelan un nivel de dispersión considerablemente alto, consistente con una facilidad de distracción.

Las calificaciones de las pruebas de logro de Woodcock-Johnson, revisadas, indican que Nancy está retrasada significativamente en todas las áreas de aptitud escolar para su edad y nivel de grado. Sin embargo, los resultados de sus pobres logros académicos son bastante congruentes con sus habilidades intelectuales; de este modo no cumple el criterio de diagnóstico para trastornos de aprendizaje. En la tabla 9.5 se presentan sus calificaciones generales del logro.

Las pruebas de personalidad (TAT, Frases incompletas, MMPI-A) sugieren que aunque Nancy intenta presentarse de una manera positiva, puede estar experimentando factores estresantes que contribuyen a su experiencia de depresión. El perfil del MMPI-A de Nancy indicó una depresión significativa y preocupaciones somáticas exageradas. Los datos del TAT y de la prueba de Frases incompletas sugirieron sentimientos de depresión e inmadurez emocional.

Tabla 9.4 Calificaciones escalares de las subescalas WISC-III de Nancy Brown

ESCALA VERBAL		ESCALA DE EJECUCIÓN	
SUBESCALA	CALIFICACIÓN ESCALAR	SUBESCALA	CALIFICACIÓN ESCALAR
Información	8	Figuras incompletas	9
Retención de dígitos	6	Ordenamiento de figuras	11
Vocabulario	6	Diseño con cubos	10
Aritmética	6	Ensamble de objetos	10
Comprensión	10	Dígito-símbolo	6
Semejanzas	6		

Nota. M = 10, DS = 3.

Tabla 9.5 Calificaciones del logro en general de Nancy Brown

	CALIFICACIÓN ESTÁNDAR	EQUIVALENCIA DE EDAD	EQUIVALENTE DE GRADO	RANGO PERCENTILAR
Lectura general	87	12-5 años	7.1	
Matemáticas generales	86	12-3 años	6.9	
Conocimiento general	86	12-4 años	7.0	
Lectura básica	89	12-1 años	6.5	

Nota. Las calificaciones están basadas en las pruebas de Woodcock-Johnson de logro, revisadas.

Resumen y recomendaciones

Nancy es una mujer de 17 años 3 meses de edad que fue atendida para una evaluación intelectual y psicológica. Los resultados de la prueba sugieren que se está desempeñando muy por debajo de su edad y grado escolar. Sin embargo, sus puntuaciones son consistentes con lo que podría ser pronosticado a partir de su medida de inteligencia; de este modo, ella no reúne los criterios para determinar un trastorno de aprendizaje. Además, Nancy no parece tener recursos internos adecuados para manejar el dolor que experimenta. Su expresión de dolor se asocia con ganancias secundarias relacionadas con la atención especial que recibe de sus padres, con distraerlos de otros sucesos estresantes y evitando ir a la escuela. También está experimentando una sintomatología depresiva importante, y ni ella ni su familia han sido capaces de mantener un control adecuado de la diabetes, dos áreas que son de relevante importancia. También ha experimentado una pérdida de peso importante durante un tiempo corto. A la luz de estos hallazgos, recomendamos que Nancy sea admitida en la Uni-

dad del Proyecto de Diabetes, donde recibirá terapia individual, terapia de grupo y terapia familiar. Deberá ponerse especial atención en la solución de los problemas escolares de Nancy, lo que incluye trabajar con la escuela para desarrollar una estrategia adecuada y fortalecer así sus puntos débiles.

INTERVENCIÓN

Principales sistemas teóricos

Tratamientos conductuales

Los tratamientos conductuales se basan en las teorías de aprendizaje. En este capítulo se revisarán los principios de varias teorías de aprendizaje, incluyendo el condicionamiento clásico, la teoría operante y la teoría del aprendizaje social. También se describirán las terapias basadas en estas principales teorías del aprendizaje.

Condicionamiento clásico. El condicionamiento clásico, también conocido como aprendizaje respondiente o condicionamiento pavloviano, es una teoría del apren-

dizaje crucial en el tratamiento conductual de múltiples problemas de comportamiento en niños y adolescentes. La conducta problemática se conceptualiza usando los principios del condicionamiento clásico, y luego estos principios son empleados para tratar el problema. Se estudiará el tratamiento de los problemas relacionados con la ansiedad que emplean estos paradigmas.

Los términos básicos en el modelo de condicionamiento clásico incluyen el *estímulo incondicionado*, la *respuesta incondicionada*, el *estímulo condicionado* y la *respuesta condicionada*. Estos términos serán ilustrados con el ejemplo clásico del perro de Pavlov. El estímulo incondicionado es un estímulo que produce automáticamente la respuesta incondicionada en un organismo. En el caso del perro de Pavlov, un estímulo incondicionado, como la carne, producirá la salivación de manera automática, la respuesta incondicionada; cuando la respuesta de la salivación se presenta con la comida no requiere ningún aprendizaje previo. En contraste, el estímulo condicionado se refiere a un estímulo previamente neutral, o a uno que no evoca en forma automática una respuesta. En este ejemplo se presenta una campana (el estímulo que será condicionado); en un principio, no provocará una respuesta del perro. Sin embargo, cuando se presenta la campana simultáneamente o un poco antes de la presentación de la comida, ocurrirá el condicionamiento clásico. Esto es, después de presentaciones repetidas, el perro comenzará a salivar en respuesta a la campana sola. En este punto, la campana se convierte en un estímulo condicionado que produce la respuesta condicionada de la salivación, en respuesta al sonido de la campana.

El modelo de condicionamiento clásico es particularmente aplicable al tratamiento de las ansiedades y miedos de la niñez. Usando el mismo paradigma, Watson y Rayner (1920) produjeron miedo en un niño pequeño en el caso clásico del pequeño Albert. Esto se logró al presentar primero un ruido estrepitoso (estímulo incondicionado), que sobresaltó de inmediato al pequeño Albert (respuesta incondicionada). No se requirió un aprendizaje para que el ruido estrepitoso provocara el sobresalto del pequeño Albert. A continuación, Watson presentó una rata blanca (estímulo a ser condicionado) junto con la presencia del ruido estrepitoso, y eventualmente, el pequeño Albert tuvo miedo (respuesta condicionada) a la rata blanca. Con anterioridad, la rata blanca no había provocado una respuesta de miedo en Albert; de este modo, la rata blanca se había convertido en un

estímulo condicionado que producía una respuesta condicionada de miedo en el pequeño Albert.

Las terapias basadas en el condicionamiento clásico que tratan las respuestas fóbicas o de ansiedad intentan romper la conexión aprendida que ha ocurrido previamente entre el estímulo condicionado y la respuesta condicionada. Por tanto, si uno estuviese tratando al pequeño Albert, podría intentar romper la conexión aprendida con anterioridad, entre la rata blanca y la respuesta de sobresalto o de miedo. Esto implicaría enseñar al pequeño Albert a mantenerse relajado o en otro estado emocional incompatible con el miedo, cuando se le presenta la rata blanca. Este paradigma de tratamiento es en particular exitoso en las fobias de la niñez y la adolescencia, como las fobias dentales, los problemas para tragar pastillas, la náusea anticipatoria como respuesta a la quimioterapia y muchas otras ansiedades y fobias.

Teoría operante. La teoría operante es una teoría del aprendizaje que incorpora los principios también conocidos como condicionamiento instrumental o aprendizaje skinneriano. Muchos tratamientos de niños y adolescentes se basan en los principios de la teoría operante originalmente popularizados por B. F. Skinner (1974).

Los términos clave en el condicionamiento operante incluyen *reforzamiento positivo*, *reforzamiento negativo*, *castigo positivo* y *castigo negativo*. Estos términos describen los procesos que ocurren como resultado del aprendizaje de las consecuencias de la propia conducta. Estos términos operantes se caracterizan de manera abstracta por la proposición de que la conducta que es seguida por una consecuencia afectará la probabilidad futura de esa conducta.

El *reforzamiento positivo* se refiere a la situación en la que un comportamiento es seguido por un estímulo que dé como resultado un incremento en la probabilidad de la ocurrencia futura de esa conducta. El acto de recompensar a un niño por una conducta deseada podría ser clasificado como el uso de un reforzamiento positivo para aumentar la probabilidad de que la conducta recompensada ocurra en el futuro. Un ejemplo serían los padres que premian a su hijo cuando éste realiza una tarea como lavar los trastes. Otro ejemplo sería un padre que abraza al hijo para demostrar su alegría al saber que sacó una buena calificación. El reforzamiento positivo también puede ocurrir cuando se responde inadvertidamente a conductas no deseadas

en una forma que elevan la posibilidad de ocurrencia futura de esa conducta. Un ejemplo común es cuando un padre responde a la mala conducta de un hijo, regañándolo. Si el mismo niño recibe muy poca atención o cuidado por parte del padre, los regaños le proporcionarán un contacto con el padre y pueden incrementar la probabilidad de que el niño se porte mal para recibir esta atención. Otro ejemplo común de reforzamiento positivo inadvertido ocurre por lo regular en las tiendas departamentales y en las de abarrotes. Si un hijo está suplicando o lloriqueando para que le compren algún objeto, el padre que en un principio se rehusaba a comprarlo, puede ceder y lo compra para calmar al hijo. Por desgracia, esto refuerza de manera positiva el comportamiento desagradable, y el niño aprende que al comportarse de esa forma puede adquirir los objetos deseados.

El *reforzamiento negativo* es otra contingencia por medio de la cual los niños aprenden a través de las consecuencias de su conducta. Como en el reforzamiento positivo, el resultado del reforzamiento negativo es un incremento (o refuerzo) de la probabilidad futura de una conducta. Sin embargo, a diferencia del reforzamiento positivo, donde se aplica un estímulo después de la ocurrencia de una conducta, en el reforzamiento negativo se elimina un estímulo después de que ocurre una conducta. La eliminación del estímulo se asocia con un aumento de la conducta original. Dicho de otra forma, la ocurrencia de esa conducta se asocia con la eliminación del estímulo. Tanto el aprendizaje de escape como el aprendizaje por evitación caracterizan el reforzamiento negativo. En el aprendizaje de escape, el niño está expuesto a estímulos que experimenta como aversivos; así, el niño aprende a evitar este estímulo a través del incremento de alguna conducta. Por ejemplo, un niño que es sensible a las críticas es criticado por no limpiar su cuarto, es probable que incremente su conducta de limpieza del cuarto para evitar recibir las críticas. En el aprendizaje por evitación, se le advierte al niño que el estímulo aversivo está por llegar, de este modo se comportará en una forma que evita el estímulo. Por ejemplo, un niño que ve a su padre fruncir el ceño, puede limpiar su cuarto para evitar recibir una crítica verbal mayor por parte del padre.

El castigo es una consecuencia de la conducta que da como resultado una disminución de la probabilidad de la ocurrencia futura de esa conducta. En el *castigo positivo*, un niño realiza una conducta seguida por una consecuencia que disminuye la probabilidad de que el

niño continúe presentando esa conducta en el futuro. Aquí el término *positivo* se refiere a la suma de un estímulo o consecuencia. Por ejemplo, si un niño interrumpe una plática, su padre puede responder llamándole la atención por haberlo hecho. Si disminuye la probabilidad de que el niño interrumpa en el futuro, entonces la llamada de atención ha servido como un castigo positivo, que ha disminuido la conducta de interrupción.

Castigo negativo, al igual que el castigo positivo, es una consecuencia de la conducta que da como resultado la disminución de la probabilidad de la futura ocurrencia de ese comportamiento. Sin embargo, en el castigo negativo se retira un estímulo después de la ocurrencia de una conducta, que da como resultado la disminución de la probabilidad de que suceda esa conducta; las restricciones o el tiempo fuera son ejemplos de esta contingencia. Si un niño le pega a su hermano, puede perder el permiso de ver televisión durante un tiempo especificado. Cuando la pérdida de privilegios tiene el efecto de disminuir la probabilidad de que el niño le pegue de nuevo a su hermano en el futuro, entonces se ha dado un castigo negativo.

Teoría del aprendizaje social. La teoría del aprendizaje social fue popularizada por Albert Bandura (1977). Aunque ésta es una amplia teoría que abarca muchos temas y principios, esta revisión se concentrará en los procesos involucrados en el aprendizaje por observación o modelamiento. El aprendizaje por observación se presenta cuando un niño es capaz de modelar una conducta después de observar a otro individuo realizar dicha conducta. Este fenómeno sucede tanto con las conductas deseables como con las indeseables. Para que ocurra el aprendizaje por observación, el niño debe estar atento al individuo que modela la conducta y retener y recordar la conducta observada. También es necesario que el niño tenga la oportunidad de practicar o de ensayar la conducta y deberá haber un incentivo para realizarlo. Muchas conductas de la niñez, tanto positivas como negativas, son adquiridas a través del aprendizaje por observación.

Tratamiento cognoscitivo-conductual

La terapia cognoscitivo-conductual es un método de tratamiento que contiene los principios de la terapia conductual. Esta intervención se desarrolló cuando los principios conductuales tradicionales no fueron lo sufi-

cientemente exitosos en el tratamiento tanto de niños como de adultos. Los principios operantes tradicionales no probaron ser tan útiles en la producción de un cambio generalizado a largo plazo como se había esperado (Bellack y Hersen, 1977). Tampoco la investigación empírica ha apoyado los supuestos conductuales subyacentes de varias técnicas efectivas (Kazdin y Wilcoxon, 1976). A finales de la década de 1970, se dio un resurgimiento de la mente, puesto que los psicólogos comenzaron a rechazar los métodos conductuales tradicionales que se negaban a considerar los pensamientos privados de un individuo. Surgieron numerosas y bien conocidas intervenciones cognoscitivo-conductuales empíricamente validadas (Greenspoon y Lamal, 1978; Jaremko, 1979; Ledwidge, 1978, 1979; Locke, 1979; Mahoney y Kazdin, 1979; Meichenbaum, 1979).

Aunque hay numerosas técnicas cognoscitivo-conductuales, el principio general de la terapia cognoscitivo-conductual mantiene que las dificultades emocionales y conductuales surgen de procesos de pensamiento desadaptativo. De este modo, la meta de la terapia cognoscitivo-conductual es alterar las cogniciones desadaptativas, dado que un cambio en los propios pensamientos tiene como consecuencia cambios tanto en la conducta como en las emociones. Existe un amplio margen de técnicas terapéuticas, que incluyen la alteración de creencias irracionales (Ellis, 1970), el adiestramiento autoinstructivo (Meichenbaum, 1977) y el adiestramiento de autocontrol (Kanfer y Karoly, 1972). La meta de estas estrategias es promover un cambio generalizado conductual y emocional, en otras palabras, un cambio que se extenderá más allá del intercambio terapéutico inmediato a las situaciones y tareas cotidianas. En contraste con el control externo ejemplificado por la terapia conductual tradicional, el enfoque de la terapia cognoscitivo-conductual está en el establecimiento del individuo como el *locus* de control (Whitman, Burgio y Johnston, 1984). La terapia cognoscitivo-conductual es en particular útil para tratar niños con trastornos de miedo y ansiedad, fobias, tics y depresión.

Psicoterapia psicodinámica para niños

En algún punto de sus vidas, muchos de los niños normales pueden experimentar factores psicológicos estresantes de diversas fuentes tales como un divorcio, la pérdida de un padre u otra persona amada, cambios en su estado de salud o un gran número de situaciones potenciales que pueden provocar problemas emocionales o

conductuales leves. El tratar a tales niños por medio de la terapia psicodinámica no siempre implica que el niño recibirá un psicoanálisis, que tradicionalmente se refiere a las técnicas y principios freudianos. Aunque los modelos psicodinámicos están basados en los principios generales de la teoría psicoanalítica, la psicoterapia psicodinámica por lo general se refiere a una amplia variedad de métodos terapéuticos diseñados para proporcionar la comprensión y la explicación para las diversas conductas que el niño puede exhibir (Nichols y Paolino, 1986). La psicoterapia para niños hace uso de numerosos métodos con diversas orientaciones teóricas como útiles ayudantes para el tratamiento. En efecto, se ha estimado que hay más de 230 tipos diferentes de tratamiento psicológico usados con niños (Kazdin, 1988).

Como se mencionó al inicio de este capítulo, la psicoterapia para niños tiene sus orígenes en 1909, cuando Freud curó al "pequeño Hans" de 5 años de edad de su fobia a los caballos. Una década después, una mujer psicoanalista, Hermine Hug-Hellmuth, profundizó en el método psicoanalítico con niños, originando el concepto de la terapia de juego. El uso del juego en la psicoterapia con niños fue impulsado por las ideas de Melanie Klein (1932) y Anna Freud (1965). Ambas veían el juego de los niños como algo semejante al concepto de las asociaciones libres, que expresan fantasías e impulsos inconscientes, o conflictos internalizados, y que permiten que los adultos comprendan los problemas y preocupaciones de los niños.

Desde aquellos inicios se ha desarrollado una profunda comprensión de la psicoterapia de niños. En la actualidad, gran parte de la psicoterapia infantil depende de la alianza terapéutica entre el niño y el terapeuta. Esta relación proporciona un ambiente de apoyo en el que el niño es libre para reflexionar sobre sí mismo y los demás, con la idea de que el incremento en la apreciación creciente de su Yo y de las relaciones con los demás es una fuerza principal en el comienzo de los cambios psicológicos. Además de la relación terapeuta-niño y de la meta final del desarrollo de la conciencia, otros principios terapéuticos activos en la psicoterapia infantil incluyen conceptos como la experiencia emocional correctiva, la abreacción, la sugestión y la maduración (Carek, 1997).

La *experiencia emocional correctiva* se refiere a la acción opuesta a la experiencia que pudo haber contribuido a las distorsiones del niño. Por ejemplo, la bondad y el afecto positivos pueden ayudar a contrarrestar en parte una experiencia previa de maltrato que haya recibido el niño. La *abreacción* se refiere a la expresión

de emociones encubiertas que pueden aparecer como síntomas neuróticos. La psicoterapia intenta enseñar al niño una forma efectiva para enfrentar emociones y para expresarlas de una manera razonable. La sugestión también es básica para el proceso psicoterapéutico y puede surgir en las sesiones conforme se exprese la confianza del terapeuta en el esfuerzo del niño por tener éxito en la terapia. Finalmente, la *maduración* se refiere simplemente al desarrollo creciente del niño hacia niveles más maduros. Entonces el objetivo de la psicoterapia infantil exitosa es simplemente eliminar los impedimentos para su desarrollo natural.

Estos principios de psicoterapia psicodinámica individual constituyen el marco de trabajo operativo básico dentro del tratamiento psicológico y la psiquiatría infantil. Un terapeuta efectivo probablemente encontrará que la integración de otras técnicas terapéuticas en un método personal como éste tiene posibilidades de éxito para tratar trastornos infantiles.

Terapia de juego. La terapia de juego está enraizada en el hecho de que el juego sirve para varios propósitos en el curso normal del desarrollo del niño. El juego es la forma innata del niño de expresarse y de comunicarse con los demás. El juego le brinda al niño la oportunidad para revelar fantasías o para expresar fuertes emociones tales como enojo, temor, tensión o frustración. El juego mejora las funciones motoras al ejercitar los músculos del cuerpo y al desarrollar una mejor coordinación; también es una de las formas más importantes por medio de la cual el niño aprende. A través del juego, un niño conoce funciones sociales tales como los papeles y el desarrollo de relaciones interpersonales. El juego alienta la cooperación y el seguimiento de reglas; además puede servir para desarrollar las habilidades cognitivas al incrementar la concentración y promover el incremento del vocabulario y el desarrollo de habilidades para solucionar problemas.

La actividad del juego sigue una secuencia de desarrollo que puede cambiar dependiendo de las habilidades cognitivas y de lenguaje del niño, como también a factores asociados con la familia, la cultura o el ambiente. Piaget (1962) llamó a las primeras etapas del juego *periodo sensoriomotor*, que se extiende desde el nacimiento hasta los 18 o 24 meses de edad. Durante este tiempo, el niño asimila nueva información sensorial asociada con gente y objetos novedosos, y eventualmente se adapta al mundo de la realidad. La actividad significativa se presenta conforme el niño demuestra

juego propositivo con los juguetes. De acuerdo con Piaget (1962), la segunda etapa del desarrollo del juego ocurre entre las edades de 2 y 6 años. Conforme se incrementan las habilidades cognitivas y prolifera el uso del lenguaje, los niños desarrollan la habilidad para imitar y fingir, creando un juego simbólico. Este juego de imitación con frecuencia se usa en la terapia, ya sea para diagnosticar o para tratar trastornos infantiles. Esto se puede lograr a través del uso de juguetes de la vida en miniatura, creaciones de arena o con títeres. La etapa final del juego se inicia alrededor de la edad de 6 años, cuando el niño participa en juegos con reglas.

Como se mencionó previamente, la terapia de juego con niños tiene sus orígenes de desarrollo arraigados en los trabajos de Hermine Hug-Hellmuth, Anna Freud (1965) y Melanie Klein (1932), quienes intentaron ayudar a que los niños lograran un discernimiento psicoanalítico de sus problemas. Además de la terapia psicoanalíticamente orientada al juego, existen varios métodos importantes que incluyen la terapia rogeriana de juego no directiva, la terapia de juego familiar y la terapia del juego limpio (Schafer y O'Connor, 1983).

La terapia de juego psicoanalítica no considera al juego como terapéutico en sí, sino como uno de los diversos medios de interpretación de los conflictos internos, fantasías y deseos del niño. El juego debe promover la observación de estos estados internos a través del uso de materiales tales como papel, crayones, tijeras, plastilina, bloques, títeres, muñecas, pistolas de juguete o pelotas. La función del terapeuta es observar, interpretar y explicar al niño la naturaleza de su conflicto para proporcionarle una comprensión del problema y encontrar una solución adecuada.

La terapia de juego no directiva o centrada en el cliente fue desarrollada para niños por Virginia Axline (1947), a partir del modelo centrado en el cliente de Carl Rogers. La terapia puede ser en forma directiva o no directiva. En la terapia directiva, el terapeuta guía al niño en las actividades de juego y hace interpretaciones; en la terapia no directiva, toda la dirección y responsabilidad se deja completamente al niño. Axline toma el último método, describiendo la terapia de juego no directiva como "una oportunidad que se ofrece al niño para que experimente el crecimiento bajo las condiciones más favorables" (Axline, 1947, p.16). Ésta alienta el proceso de crecimiento y desarrollo normal ayudando al niño para que abandone las conductas desadaptativas tales como una agresión extrema. Durante la terapia de juego, "se le brinda al niño la oportunidad

para que se dé cuenta de su poder y que sea él mismo" (Axline, 1947, p. 23). El terapeuta únicamente proporciona un ambiente de apoyo consistente en calidez, aceptación y comprensión. Por lo general, los materiales de juego consisten en una caja de arena, una casa de muñecas, papel, crayones, tijeras, plastilina, bloques, títeres, muñecas, equipo de doctor, pistolas de juguete, pelotas o juegos.

La terapia de juego familiar involucra a padre(s), hijo(s) y terapeuta juntos en una sesión de juego planeada previamente para enfatizar el hecho de que los hijos existen dentro del contexto de un sistema familiar (Griff, 1983). La educación de los padres se incluye como una meta de la terapia, donde el terapeuta brinda el adiestramiento en las habilidades paternas y el modelaje de papeles.

La terapia de juego limpio se basa en la premisa de que los niños necesitan ser manejados equitativamente y a quienes se les niegan tales experiencias tienen probabilidades de ser problemáticos (Peoples, 1983). El terapeuta toma un papel más activo en el tratamiento y crea un ambiente donde el niño se sienta aceptado. Sin embargo, esta aprobación no es incondicional, sino que depende del desarrollo del niño y del mantenimiento de conductas adecuadas. La meta es crear condiciones en las que el niño pueda aprender a construir relaciones interpersonales y a solucionar problemas de forma adaptable.

Como señala Axline (1947), tal como los adultos en terapia "hablan" de sus sentimientos y problemas, la terapia de juego brinda a los niños la oportunidad para "representar en el juego" sus propias dificultades. Combinado con los efectos de un terapeuta afectivo y enfático, la terapia de juego puede ser de utilidad en el tratamiento de problemas infantiles y familiares.

Modelos familiares

Carlson (1990) ha delineado los temas relacionados con el funcionamiento familiar que los psicólogos clínicos deben considerar cuando evalúen y traten a niños. ¿Es el problema que presenta el niño en realidad un problema familiar?, ¿de qué manera se relacionan las dificultades del niño con el funcionamiento de la familia?, si el problema del niño está relacionado con el funcionamiento de la familia, ¿cuál es la naturaleza de esta relación? y ¿cómo podría un plan de tratamiento abordar estos asuntos?

El psicólogo comienza a desarrollar un marco clínico para tratar a una familia al identificar patrones estables de interacción o relaciones predecibles que constituyen el sistema familiar. Haley (1987) enfatizó un examen de rutinas y reglas que definen cómo interactúan los miembros de la familia. Este marco de referencia considera importante entender dónde radica la autoridad o el poder en la familia y realizar un análisis a fin de determinar las jerarquías familiares. En una familia saludable o que funciona de manera normal, los padres mantienen más poder que los hijos. En una familia funcional, los papeles identificables ayudan a que la familia funcione y fomente el crecimiento y desarrollo individual de los miembros específicos de la familia.

Carlson (1990) describe un modelo para evaluar el contexto familiar que involucra el examen de los subsistemas familiares, que incluyen el subsistema de hermanos, el de padres e hijos, el de los padres, el de matrimonio, el de toda la familia y el de la familia ampliada. Aunque no existe una medida o prueba para describir las diversas facetas de estos subsistemas, un psicólogo clínico puede usar la observación y las entrevistas clínicas como herramientas para desarrollar una rica conceptualización de estos sistemas familiares. Mientras que muchos de ellos usan estas técnicas y encuentran que tienen un valor particular pragmático o heurístico, en la actualidad no es posible evaluar de manera psicométrica estos métodos de conceptualización.

Dentro del marco de referencia descrito aquí, se considera que el desarrollo individual dentro de un sistema familiar y el funcionamiento general familiar dependen de la claridad de los límites o reglas con relación a la participación de los miembros de la familia en diferentes papeles. La claridad de los límites es tradicionalmente vista como un continuo, con un amalgamamiento en un extremo y una desunión en el otro. Tanto los amalgamamientos como la desunión son considerados patológicos, ya que las familias que operan con este tipo de límites con frecuencia experimentan impedimentos en el crecimiento emocional y relaciones familiares disfuncionales. El *amalgamamiento* ocurre cuando los límites familiares son difusos o poco claros. Existe una intromisión frecuente entre los miembros de la familia y los subsistemas que tienden a sofocar la autonomía personal. De forma alternativa, la *desunión* se define por límites extremadamente rígidos; los individuos experimentan una autonomía excesiva que proporciona un cuidado y apoyo inadecuados.

Los papeles y los límites familiares progresan a través de una secuencia de desarrollo. Las familias, por lo general, alteran en forma significativa sus relaciones y funcionamiento en respuesta a sucesos tales como el divorcio, segundas nupcias, enfermedades crónicas, la muerte o las mudanzas. La teoría del ciclo de vida familiar predice que un niño manifestará síntomas cuando una estructura familiar es rígida y no cambia en respuesta a cambios grandes. Las prácticas de crianza del niño deben ser adecuadas a su etapa de desarrollo, y la familia debe ser flexible y capaz de ajustarse a las tensiones provocadas por los cambios en los individuos. En resumen, la conceptualización del problema presentado por el niño, como el caracterizado por el padre, con frecuencia cambia cuando uno considera el marco del sistema familiar. Los terapeutas familiares creen que los problemas del paciente identificado son, en realidad, la expresión de un sistema familiar disfuncional. A menudo las familias que carecen de flexibilidad no se pueden adaptar en forma adecuada a los cambios normales de la vida, y los individuos dentro de tales familias pueden desarrollar dificultades de conducta como un síntoma subyacente a la disfunción familiar.

Carlson (1990) revisó tres métodos de evaluación familiar: entrevista, observación y cuestionarios. Algunos psicólogos clínicos prefieren realizar la entrevista familiar inicial con todos los miembros de la familia presentes, ya que esto proporciona la oportunidad para observar a toda la familia y obtener información de múltiples fuentes y con múltiples perspectivas. Un asunto clave a considerar mientras se realiza la entrevista, involucra una evaluación de la jerarquía familiar, o la organización del poder dentro del sistema familiar. En las familias problemáticas algunas veces se observa una jerarquía de poder de padres a hijos invertida, que Patterson y Reid (1984) describen como un proceso familiar coercitivo. Durante la entrevista también es importante que el psicólogo clínico comience a formular hipótesis con relación al grado relativo de amalgamamiento y desunión dentro del sistema familiar. El amalgamamiento puede ser caracterizado por individuos que comparten la ropa, niños que duermen con sus padres, padres que confían detalles de sus relaciones matrimoniales a sus hijos o individuos en la familia que requieren una constante atención. De forma alternativa, la desunión con frecuencia se manifiesta con padres que no están informados acerca de las actividades de sus hijos o desconocen su paradero, o padres que no responden a los éxitos o fracasos de los hijos.

Otro proceso problemático a considerar mientras se evalúa y trata a una familia es la presencia de triángulos patológicos. Los triángulos familiares ocurren cuando hay una tensión intolerable entre dos miembros de la familia y un tercer miembro de la misma difunde el conflicto. Carlson (1990) habla de cuatro tipos de triángulos: triangulación, coalición padre-hijo y dos tipos de triángulos bifurcados, bifurcación de ataque y de apoyo.

La *triangulación* ocurre cuando ambos padres luchan por la atención o la lealtad del hijo, como se ve comúnmente en las situaciones de divorcio. La *coalición padre-hijo* ocurre cuando un hijo se alía con un padre contra el otro, como cuando una madre y un hijo se alían en contra de un padre no involucrado. Los triángulos bifurcados implican una intensa atención sobre un hijo como medio para evitar tratar con los sentimientos conflictivos entre los padres. En una *bifurcación de ataque*, el niño es victimado; en lugar de tratar con el conflicto matrimonial directamente, los padres identifican al niño como un problema. En el caso de un *triángulo bifurcado de apoyo* un niño puede ser visto como enfermo, dándoles a los padres un foco de atención en el hijo como una alternativa para no enfrentar de manera directa sus propios conflictos matrimoniales. Aunque la evaluación de la triangulación está basada más bien en la observación y en las entrevistas que en una evaluación psicométrica, muchos psicólogos clínicos infantiles consideran dicha evaluación importante para la conceptualización de los problemas psicológicos de la niñez y en la formulación de su tratamiento.

En resumen, la meta de la terapia familiar es realinear la estructura y los límites familiares de forma que la familia esté facultada para resolver sus dificultades. En la entrevista inicial y en etapas iniciales de la terapia, el terapeuta familiar se enfoca en cada miembro individual de la familia y hace un esfuerzo consciente para entender la perspectiva de cada individuo. De forma simultánea, el terapeuta observa las interacciones familiares y comienza a desarrollar una hipótesis con relación a los patrones de interacción, límites, jerarquías y estructura familiar en general. A continuación, el terapeuta familiar intenta resaltar y modificar las interacciones familiares. Tradicionalmente la terapia conlleva a provocar interacciones familiares, reestructurar los límites al incrementar ya sea la proximidad o la distancia entre los miembros de la familia, cambiar las relaciones de los miembros dentro de los subsistemas y

desafiar las suposiciones de la familia. Los terapeutas familiares, influenciados tanto por el problema presentado por la familia como por su propia orientación teórica, usan una variedad de técnicas para tratar a las familias.

Terapias infantiles empíricamente validadas

El *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*, cuarta edición (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, fourth edition; DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994) diagnostica muchos trastornos de la niñez, que incluyen problemas tales como la depresión, los trastornos de conducta, los trastornos de alimentación y los trastornos de eliminación (encopresis [defecación involuntaria en un niño mayor de 2 años de edad sin lesión alguna del sistema nervioso central] o enuresis [existencia de micciones nocturnas, activas, inconscientes, en un sujeto de más de 5 años de edad cuya continencia en estado de vigilia es normal]). Dadas las múltiples terapias existentes para tratar cada uno de los diversos problemas de la infancia, un terapeuta se beneficiaría al conocer qué tratamientos han mostrado ser los más efectivos para los trastornos particulares en los niños.

Recientemente, intervino la Fuerza de Tarea sobre Intervenciones Psicosociales Efectivas de la División 12 de la Asociación Psicológica Americana para lo siguiente: se formó una perspectiva de vida para investigar e identificar las intervenciones psicosociales empíricamente validadas relacionadas en especial con los niños, los adolescentes y las familias. Los lineamientos para lo que constituye un tratamiento válido en forma empírica fueron seguidos de acuerdo con las recomendaciones formadas por la Fuerza de tarea sobre promoción y diseminación de procedimientos psicológicos, de la División de psicología clínica, de la Asociación estadounidense de psicología (1995). La Fuerza de tarea especificó ciertos criterios que deberán reunir los tratamientos a fin de ser considerados "tratamientos bien establecidos" o "tratamientos probablemente efectivos". De acuerdo con estos criterios, los tratamientos bien establecidos deberán haber sido demostrados ya sea por: (1) dos buenos experimentos de diseño entre grupos, realizados por al menos dos diferentes equipos de investigación, que hayan mostrado ser superiores ya sea al placebo o a otro tratamiento, o (2) una serie grande de experimentos de caso único

bien diseñados, que también comparen el tratamiento con un placebo o con otro tratamiento. Además, el tratamiento debe realizarse usando los manuales del tratamiento, y las características de la muestra de los pacientes deben estar claramente definidas. Los criterios para lograr una etiqueta de "probablemente eficaz" son un poco menos rigurosos.

Como un ejemplo del proceso citado aquí, Houts, Berman y Abramson (1994) realizaron una revisión de 78 estudios que examinaban la efectividad de los tratamientos psicológicos y farmacológicos para la enuresis infantil nocturna. Descubrieron que tanto los tratamientos psicológicos como los farmacológicos tenían resultados superiores que los de los grupos de control, aunque aquellos que recibieron tratamiento psicológico tenían mayor posibilidad de dejar de mojar la cama en el postratamiento y seguimiento. Uno de tales tratamientos involucra el uso de un cojín colocado debajo del niño dormido; cuando el niño se moja, se cierra un circuito a lo largo del cojín que hace sonar la alarma, creando una situación para que ocurra un condicionamiento clásico. La combinación de la vejiga llena con la alarma para despertar da como resultado que el niño se despierte en lugar de empapar la cama mientras duerme (véase la figura 9.1). Su revisión reúne los lineamientos para el establecimiento de un tratamiento psicológico para la enuresis considerado empíricamente válido que beneficia a los niños enuréticos. Walter y Gilmore (1973) y Wells y Egan (1988) también han provisto evidencia bien establecida sobre la eficacia de programas de entrenamiento para padres de niños con conducta oposicionista. Las terapias que reúnen el criterio para los tratamientos probablemente eficaces para niños incluyen la modificación conductual para la encopresis (O'Brien, Ross y Christophersen, 1986), y el entrenamiento para el manejo de la ansiedad familiar para trastornos de ansiedad (Barrett, Dadds y Rapee, 1996). La identificación de los tratamientos psicológicos infantiles empíricamente validados es un proceso importante en el desarrollo de este campo.

Resumen del tratamiento, estudio de caso

Problemas presentados

Nancy Brown es una niña afroamericana que tiene 17 años 3 meses de edad y que fue diagnosticada con diabetes mellitus insulino dependiente (IDDM, por sus siglas en inglés) desde la edad de 14 años. Fue admitida en la Unidad de Proyecto de Diabetes después de salir

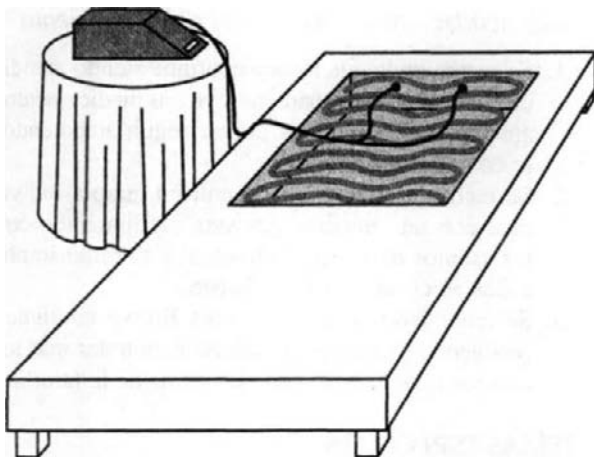


Figura 9.1 La campana y el cojín son considerados un tratamiento empíricamente validado para la enuresis nocturna (para los que mojan la cama).

de la Unidad de internamiento psiquiátrico. Ella experimentó dolor importante en las extremidades inferiores, pobre control y manejo de su diabetes, ausentismo escolar importante, sintomatología depresiva, pérdida importante de peso y una interrupción en su funcionamiento social. Otros factores estresantes en su familia incluyen la pérdida del trabajo por parte de su madre y el hecho de que su hermano de 22 años de edad recientemente anunció a la familia que es homosexual. Nancy residió en la Unidad de Proyecto de Diabetes durante 4 meses y 6 días. Allí recibió psicoterapia individual dos veces a la semana, terapia de grupo una vez a la semana y terapia familiar cada dos semanas. Ella fue dada de alta después de la terminación exitosa del programa.

Metas y progreso del tratamiento

Problema 1: Las pobres habilidades para manejar la diabetes, que incluyen una dieta pobre, ejercicio inconsistente y la no aplicación de algunas inyecciones.

Progreso: Nancy demostró una gran mejoría en sus habilidades para manejar su diabetes al momento en que se dio de alta. Durante el tiempo que estuvo en la unidad monitoreó regularmente la glucosa en su sangre y se inyectó insulina con una dificultad mínima. Mejoró de manera importante su conocimiento relacionado

con la diabetes, como lo demostró en el incremento de sus calificaciones en las pruebas de conocimiento sobre la diabetes. Ella demostró su habilidad para identificar cuándo el azúcar de su sangre está baja o alta y a utilizar las técnicas adecuadas para corregir los niveles irregulares de glucosa en su sangre. La motivación de Nancy para realizar ejercicios continúa siendo un área de preocupación.

Problema 2: Problemas con el manejo de la diabetes por parte de la familia de Nancy.

Progreso: Los padres de Nancy recibieron educación continua con relación al manejo de la diabetes, a los lineamientos de las dietas, a la necesidad de ejercicio y al monitoreo de la glucosa cada fin de semana en que visitaran la Unidad de Proyecto de Diabetes. Se mostraron muy motivados para aprender; sin embargo, el señor Brown falló en varios de los módulos educativos y tuvo que volver a tomar varias de las pruebas escritas. Sus calificaciones en la prueba posterior sobre el conocimiento de la diabetes fueron entre 74 y 87%, las cuales sugieren que ambos fueron capaces de retener una cantidad moderada de información relacionada con el manejo de la diabetes.

Problema 3: Cogniciones deformadas y desadaptativas sobre la alimentación, que pueden estar relacionadas con la importante pérdida de peso de Nancy y su relativa ganancia de peso lenta.

Progreso: Nancy trabajó en estos asuntos durante la terapia individual; expresó una frustración por su lento porcentaje de ganancia de peso pero aparentó entender el papel vital que la nutrición y la dieta juegan en su régimen de diabetes. Ella expresó cierta preocupación respecto a su imagen corporal (por ejemplo, ser demasiado delgada), aunque comprendió el motivo por el que perdió 38 libras antes de ser admitida en el hospital. También fue capaz de desarrollar buenas habilidades para la planeación de sus alimentos y expresó un deseo por continuar ganando peso para cuando regresara a casa.

Problema 4: Dificultades para reconocer los conflictos interpersonales, especialmente dentro del sistema familiar. Estas dificultades dieron como resultado que Nancy continuara siendo en extremo dependiente de sus padres, además de que interfirieron con sus es-

fuerzos por una independencia y autonomía apropiadas a su edad.

Progreso: Parece que Nancy desarrolló un moderado conocimiento del papel que su familia juega en sus dificultades para independizarse, y expresó su interés y alguna emoción acerca de iniciar algunas actividades propias de su edad. Sin embargo, tiene problemas para admitir la existencia de un conflicto familiar en casa y continuó negando su impacto en su salud emocional.

En la terapia familiar, el señor y la señora Brown reconocieron su tendencia a "sobreproteger" a Nancy pero no entendieron cómo su sobreprotección contribuye a sus dificultades actuales para ser independiente. Los señores Brown tampoco reconocieron los patrones de evitación del conflicto que mantienen estas conductas en casa. Deberá continuar la terapia individual y familiar para enfatizar la necesidad de la resolución del conflicto y para que le den a Nancy las oportunidades para lograr una mayor independencia dentro de su sistema familiar.

Problema 5: El historial de Nancy en el uso de quejas somáticas para recibir cuidados y atenciones extras de su familia, y para alejarse de actividades que no disfruta.

Progreso: La tendencia de Nancy a usar quejas somáticas para recibir cuidado y atenciones extras fue un tema recurrente en la terapia individual. Fue capaz de entender el papel de las emociones negativas en sus quejas médicas; sin embargo, no comprendió la naturaleza operativa de estas quejas somáticas. Se le reforzó para una participación adecuada en las actividades, y al momento en que se le dio de alta seguía siendo un área de preocupación importante, obligando enfocarlos nuevamente en la terapia individual y familiar.

Problema 6: La confusión de Nancy y de sus padres acerca de las razones que están detrás de su logro académico por debajo del promedio y de sus preguntas acerca de las opciones para su colocación en la escuela una vez que dejara la Unidad.

Progreso: Los resultados de las evaluaciones psicológicas, de logro y educativas de Nancy fueron discutidos con ella y con su familia. Además, fue contactado el consejero de su preparatoria, a quien se concientizó sobre las dificultades de lectura de ella. Nancy recibirá ayuda extra de su escuela para remediar estos trastornos de aprendizaje.

Recomendaciones y planeación del seguimiento

1. Se recomienda que Nancy continúe siendo atendida por un psiquiatra para manejar sus medicamentos antidepresivos. Además, deberá seguir atendiendo con un endocrinólogo.
2. Se recomienda que Nancy entre a terapia individual con un terapeuta que esté familiarizado con los asuntos de terapia individual y familiar implicados en el manejo de la diabetes.
3. Se recomienda que los señores Brown continúen recibiendo psicoterapia familiar para tratar más los asuntos relacionados con el sistema de la familia.

TEMAS ESPECIALES

Diagnóstico del retraso mental

En el DSM-IV el retraso mental se caracteriza por deficiencias importantes en el funcionamiento de adaptación e intelectual, durante el periodo de desarrollo (Asociación psiquiátrica estadounidense, 1994). Esta definición puede ser dividida en tres partes, que se revisarán a continuación.

Tradicionalmente, las deficiencias intelectuales profundas son diagnosticadas con una herramienta de evaluación intelectual tales como las escalas Wechsler. Una deficiencia intelectual profunda se refiere al funcionamiento individual general que cae dos desviaciones estándar por debajo de la media. En las escalas Wechsler, esto corresponde a un CI de escala completa de 69 o más bajo. Esto indica que el individuo ha calificado en o por debajo del 2o. percentil cuando se compara con la muestra normativa de sus compañeros de la misma edad. Los déficits importantes en el comportamiento adaptable pueden ser evaluados por medio de las escalas Vineland de conducta adaptativa. Como en las escalas Wechsler, un déficit profundo se define por una calificación de 69 o más baja, significando que la conducta adaptativa del individuo está en o por debajo del 2o. percentil cuando es comparado con una muestra normativa. Como se analizó en la sección anterior, la evaluación de la conducta adaptativa involucra considerar áreas del desarrollo relacionadas con el funcionamiento diario general, más que con el intelecto. Tanto el retraso intelectual profundo como el de la conducta adaptativa son necesarios para el diagnóstico del retraso mental. De este modo, un niño que sólo reúne uno de estos dos criterios podría no ser clasificado como mentalmente retrasado. El tercer componente de la definición de

retraso mental requiere que estos déficits sean evidentes durante el periodo de desarrollo; en otras palabras, deberán ser evidentes antes de la edad de 18 años. Los niños y adolescentes que reciben un diagnóstico de retraso mental están facultados para recibir servicios educativos especiales a través del sistema escolar para tratar sus déficits.

Diagnóstico de los trastornos de aprendizaje

Cuando los niños y adolescentes parecen tener una inteligencia promedio o por encima del promedio, pero no parecen estar desempeñando su potencial en la escuela, con frecuencia son referidos para una evaluación de trastornos de aprendizaje. Antes de alcanzar la comprensión que ahora se tiene sobre los trastornos para aprender, los niños que parecían trabajar por debajo de su potencial podían ser vistos como desmotivados o perezosos. Otros factores que pueden explicar las fallas para desempeñarse como se espera incluyen el desagrado que tiene el niño del maestro, o el experimentar algunos factores estresantes recientes tales como la muerte de un padre, un divorcio o una mudanza reciente. Estos factores estresantes pueden afectar la estabilidad emocional del niño y el desempeño académico subsecuente, y no deben llevar automáticamente a un diagnóstico de trastornos de aprendizaje. Los niños que reciben dicho diagnóstico tienen derecho a recibir servicios especiales en las escuelas, que les ofrezcan estrategias instructivas individualizadas para ayudar a estos estudiantes a maximizar sus habilidades intelectuales.

La Public law (Ley pública) (P.L.) 94-142 y la National joint commission on learning disabilities (Comisión nacional conjunta sobre trastornos de aprendizaje) (NJCLD) proveen definiciones prácticas de los trastornos de aprendizaje. Por lo general, los sistemas escolares utilizan la definición de la P.L. 94-142. En su descripción de dicha ley, Sattler (1992) delinea cuatro componentes que constituyen una forma de ver los trastornos de aprendizaje. En la P.L. 94-142 (*Federal Register*, diciembre 29, 1997) (p. 65083, 121A, 5) se lee: "el trastorno específico de aprendizaje implica un problema en uno o más de los procesos psicológicos básicos implicados en la comprensión o en el uso del lenguaje, hablado o escrito, que puede manifestarse en una incapacidad para escuchar, pensar, leer, escribir, hablar o realizar cálculos matemáticos." De acuerdo con la P.L. 94-142, la clasificación de un trastorno de aprendizaje incluye "condiciones tales como desventa-

jas en la percepción, daño cerebral, disfunción cerebral mínima, dislexia y afasia del desarrollo". Los criterios de exclusión están delineados en el tercer componente de la definición: "el término no incluye a niños que tienen problemas de aprendizaje que son principalmente el resultado de incapacidades visuales, auditivas o motoras, de retraso mental, de trastornos emocionales o de desventajas ambientales, culturales o económicas." Por último, dicha ley indica que la designación de trastornos de aprendizaje deberá aplicarse a los niños que tienen una severa discrepancia entre el logro y la habilidad intelectual.

Aunque la definición de trastorno de aprendizaje, como se describió líneas arriba, puede ser criticada, ésta brinda una base para el diagnóstico que está actualmente en uso. La prueba Wechsler de logro individual y las pruebas de Woodcock Johnson de logro, revisadas, son herramientas de evaluación comúnmente usadas en la identificación de problemas en las habilidades descritas sobre la comprensión o el uso de lenguaje en el primer componente de la definición. Los términos tales como *disfunción cerebral mínima* usados en el segundo componente de la definición son poco empleados en la actualidad para describir a los niños. Los criterios de exclusión, aunque conceptualmente importantes, son algo problemáticos. Con frecuencia, es difícil determinar si los problemas de aprendizaje de un niño en particular son debidos a trastornos emocionales o a desventajas ambientales, lo que podría excluirlos de manera técnica de un diagnóstico de trastorno de aprendizaje. Por ejemplo, un niño que cumple el cuarto criterio de tener una discrepancia significativa entre el logro y el CI, podría ser técnicamente excluido de la definición si se determina que su trastorno de aprendizaje es el resultado directo de sus antecedentes de bajo nivel socioeconómico y de problemas familiares. La cuestión es determinar si uno puede asumir que el antecedente de nivel socioeconómico bajo y los problemas familiares causaron las bajas calificaciones de logro. Si uno asume que esto es cierto, el niño podría no calificar para el diagnóstico y podría no recibir servicios de educación especial. El criterio final, una diferencia importante entre el CI y las calificaciones del logro, es un componente crucial en la definición operacional del diagnóstico del trastorno de aprendizaje.

Sattler (1992) revisó una segunda definición de trastornos de aprendizaje establecida por la National joint commission on learning disabilities (Comisión nacional conjunta para trastornos de aprendizaje) (NJCLD).

Aunque es similar a la P.L. 94-142, la definición de la NJCLD no excluye el retraso mental, ni requiere que el niño tenga un CI promedio. Para diagnosticar a un niño con un trastorno de aprendizaje, un psicólogo clínico debe considerar el criterio del DSM-IV y los resultados de una prueba de CI aplicada individualmente y de pruebas de logro. Aunque esta evaluación es bastante costosa, incrementa la confiabilidad y la validez del diagnóstico al seguir criterios psicométricos rigurosos.

Sattler (1992) enumera varios métodos por medio de los cuales se puede identificar una discrepancia significativa entre la habilidad de un niño y el logro. Estos métodos incluyen los siguientes: (1) el logro del niño es un número fijo de grados escolares detrás del grado escolar en el que está colocado, (2) el logro del niño es una calificación del grado escolar, detrás del que está cursando, (3) una formulación de una calificación estándar y (4) una ecuación de regresión.

El primer método, perteneciente al requerimiento de que el logro del niño es una calificación detrás del grado en el que está colocado en la actualidad, es el método menos sofisticado para determinar una discrepancia importante. Por ejemplo, un niño que está en el tercer grado, deberá calificar a un nivel de primer grado en una prueba de logro para poder tener un diagnóstico de trastorno de aprendizaje. Este procedimiento no considera el intelecto del niño, o si el niño es muy brillante o muy torpe. Por ejemplo, si un muchacho está en tercer año de preparatoria y su calificación del logro está al nivel de uno de primero de preparatoria, hay una discrepancia mucho menor que la existente en un niño del tercer grado de primaria que funciona a un nivel de uno de primer grado.

El segundo método, o método graduado, intenta tomar en cuenta este problema (Sattler, 1992). El método graduado implica considerar el grado en el que está colocado actualmente el niño como un factor que determina el tamaño de una discrepancia de grado significativa para un diagnóstico de trastorno de aprendizaje. Cuando un niño está entre el primer y el tercer grados, podría considerarse importante un año de discrepancia entre el logro y el grado escolar actual. Sin embargo, para un niño que está en cuarto o quinto grado, 1.5 grados por debajo de su grado actual podría usarse como un criterio para determinar un trastorno de aprendizaje. De igual forma, para un niño que está en sexto de primaria o en primero o segundo de secundaria, podría considerarse un criterio de dos años de atraso; y para los jóve-

nes que se encuentran entre tercero de secundaria y tercero de preparatoria, puede requerirse que estén tres años por detrás para ser diagnosticados con un trastorno de aprendizaje. Este proceso de identificación de discrepancias representa una ventaja sobre el primer método, pero tampoco considera el nivel intelectual del niño.

La formulación de la calificación estándar de una discrepancia entre el logro y el CI, trata algunos de los problemas de los métodos de discrepancia del logro basados en el grado escolar, ya descritos. Tanto las medidas intelectuales, como las escalas Wechsler y las medidas de logro, tales como las pruebas del logro de Woodcock Johnson fueron establecidas con una media de 100 y una desviación estándar de 15. Una comparación de las calificaciones en estas dos medidas toma en cuenta tanto el nivel intelectual como el nivel de logro. Por ejemplo, si un niño de 15 años de edad tiene un CI de 110 y una calificación estándar de logro de lectura de 88, uno puede ver que hay una discrepancia importante (22 puntos) entre la calificación del CI del niño y las calificaciones de logro. En contraste, un niño de la misma edad que cursa el segundo grado de preparatoria, con un CI medido de 88 y una calificación estándar de logro de 88 podría estar desempeñándose varios grados por debajo del grado en el que está colocado, a pesar de que este niño pueda estar obteniendo justamente las calificaciones preestablecidas, con base en su CI. De este modo, si se toma en consideración la inteligencia, este niño no podría cumplir los criterios para un trastorno de aprendizaje.

La fórmula de la ecuación de regresión es el medio más sofisticado para identificar una discrepancia importante entre el CI y el logro. Este método toma en cuenta el efecto de regresión hacia la media o, de manera más específica, el hecho de que un niño que está por debajo del promedio de una medida probablemente se desempeñará mejor en una segunda medida, y que un niño que está por encima del promedio en una medida probablemente se desempeñará peor en una segunda medida. Las pruebas del CI y del logro no están perfectamente correlacionadas entre sí, y esto incrementa la probabilidad de una regresión hacia la media. La ecuación de regresión puede tomar esto en cuenta. Es preferible utilizar dos medidas que hayan sido estandarizadas sobre la misma muestra de niños, tales como las escalas Wechsler de inteligencia y la prueba Wechsler de logro individual, ya que muchos asuntos y supuestos psicométricos están en juego cuando se usa

una prueba de CI y otra de logro que no fueron establecidas con la misma muestra. De este modo, para definir un trastorno de aprendizaje, un psicólogo clínico que ha aplicado estas dos pruebas puede buscar las dos calificaciones en el manual de la escala WIAT para determinar si las calificaciones de logro están significativamente por debajo de lo que podría esperarse con base en el CI medido. Este método para determinar una discrepancia significativa está apoyado de manera empírica en lugar de ser hipotéticamente derivado.

Aspectos de la evaluación de niños con antecedentes de minorías étnicas

Hay muchas disputas con relación al uso adecuado de las herramientas intelectuales actuales de evaluación con niños con antecedentes de minorías étnicas. Algunos consideran que las pruebas de inteligencia tienen prejuicios culturales que favorecen a los niños blancos anglosajones (Sattler, 1992). En apoyo a esta posición está el hecho de que los grupos minoritarios tienden a tener calificaciones medias más bajas en las pruebas de inteligencia que la muestra de estandarización. Específicamente, se ha encontrado que los afroamericanos tienen calificaciones cercanas a una desviación estándar por debajo de la media de la muestra de estandarización; también se ha encontrado que los hispanos difieren significativamente de la muestra de estandarización (Sattler, 1992).

Los críticos de las pruebas de CI han argumentado que las normas de las muestras de estandarización, que comprenden un grupo nacional de jóvenes socialmente estratificados, son inadecuadas para los niños minoritarios. Aquellos que favorecen esta posición argumentan que las experiencias de la vida de los niños que pertenecen a las minorías son diferentes en grado importante a las experiencias del grupo de estandarización (Sattler, 1992). Algunos críticos han argumentado que se usen normas pluralistas, lo que implica comparar a los niños con normas medidas en su propio grupo étnico.

Otros críticos han argumentado que los niños de las minorías tienen pocas habilidades para responder las pruebas, lo que puede manifestarse como ansiedad al tomar la prueba, lo que afecta su desempeño. Algunos sugieren que los examinadores blancos pueden reducir las calificaciones de los niños que pertenecen a las minorías étnicas, ya que la mayoría de los examinadores en las situaciones de pruebas psicológicas son blancos. Las diferencias en los antecedentes étnicos han sido

propuestas como un factor que puede desalentar o reducir las calificaciones de los niños de minorías étnicas. También se ha argumentado que los resultados de las pruebas de evaluación intelectual dan como resultado que a los niños de las minorías se les coloque en niveles escolares más bajos. Algunos críticos plantean hipótesis de que los niños negros podrían tener niveles más altos de logro si se les permitiera seguir en sus clases regulares.

Sattler (1992) ha revisado las investigaciones para refutar los argumentos en contra del uso de las herramientas de evaluación intelectual con niños que pertenecen a minorías étnicas. Respecto a la principal crítica, que las pruebas de inteligencia tienen un sesgo cultural, Sattler (1992) describe estudios que demuestran que el nivel socioeconómico (NSE) da cuenta de la mayor parte de la varianza en las diferencias entre las minorías étnicas, las calificaciones en las pruebas intelectuales y la muestra de estandarización. Estos datos demuestran que, cuando es controlado el NSE, la diferencia media entre estos dos grupos de niños comúnmente es menor de 5 puntos. Por tanto, puede argumentarse que el NSE, y no la raza, da cuenta de la mayoría de las diferencias entre el grupo de minoría étnica y la muestra de estandarización.

Otros datos han apoyado el uso de pruebas intelectuales con minorías étnicas, puesto que se ha encontrado que son igualmente predictivas de los logros académicos cuando se comparan niños caucásicos y afroamericanos. Más aún, estudios de análisis factorial sobre diferentes grupos étnicos produjeron resultados comparables, sugiriendo que la estructura de inteligencia es similar en niños caucásicos, afroamericanos e hispanoamericanos.

El argumento de que los niños de las minorías tienen habilidades deficientes para responder las pruebas, es un argumento principalmente retórico, puesto que hay pocos datos que demuestren que factores tales como la motivación y la ansiedad tengan un efecto demostrable. Sattler (1992) ha recolectado los datos de 29 estudios que examinan los efectos de un examinador blanco sobre el desempeño de un niño afroamericano. En 25 de los 29 estudios no se encontraron diferencias cuando fueron probados niños con antecedentes de minorías étnicas por examinadores blancos en contraste con examinadores afroamericanos. Finalmente, él refuta el argumento de que los resultados de las pruebas intelectuales llevan a una colocación en un nivel educativo inferior en niños de minorías étnicas. La evaluación intelectual realizada por medio de la aplicación indivi-

dual de pruebas de CI no se hace de manera rutinaria con ninguna población. Para recibir una evaluación intelectual, se debe haber referido al niño, y tal referencia podría indicar o sugerir que el niño ya tiene problemas. Estas políticas están en contra de cualquier discriminación masiva contra los grupos minoritarios. La evaluación intelectual se realiza cuando se ha identificado un problema con anterioridad, y la clasificación se hace con el propósito de obtener servicios especiales independientemente del origen étnico del niño.

Sattler (1992) concluye que mientras que en las investigaciones que él ha revisado no parece haber algún indicativo de que las pruebas intelectuales con niños minoritarios sean injustas; es importante que en cualquier evaluación el examinador establezca el *rappor*t y siga con cuidado los protocolos de las pruebas. Independientemente del origen étnico del niño, puede desarrollarse una dificultad para establecer el *rappor*t, lo que debe resolverse de una forma adecuada, ya que esto puede influir en el desempeño del niño. Deben darse consideraciones especiales a las pruebas de un niño cuya lengua materna no es inglés. Debe tenerse cuidado para asegurar que el niño puede expresarse en forma adecuada y que entiende el inglés para garantizar que las comparaciones con los grupos estandarizados de habla inglesa son adecuadas. El evaluar a un niño con habilidades inadecuadas en el idioma inglés, usando una versión en este idioma de una prueba de CI para la colocación educativa, podría dar como resultado una evaluación prejuiciosa o inadecuada.

Abuso sexual y físico en niños

El término *abuso infantil* se refiere al abuso físico o sexual o al abandono de un niño menor de 18 años de edad, por parte de sus padres u otra persona responsable de su bienestar. Un reporte reciente del Departamento de salud y servicios humanos de Estados Unidos (1995) reportó que, en 1993, aproximadamente 1 millón de niños fueron víctimas de abuso y que más de 1,000 niños murieron ese año como resultado del abuso o negligencia.

Las leyes que definen el abuso varían de un estado a otro en Estados Unidos, como también las denuncias legales. Todos los estados tienen leyes que establecen que se denuncie cualquier caso de sospecha de abuso. Las denuncias incluyen a los médicos, dentistas, psicólogos, maestros y otros profesionales que tienen contacto con los niños. Se supone que este mandato de de-

nuncia es un acto de buena fe, siendo el factor motivante la sospecha, no necesariamente con pruebas, del abuso infantil.

Sin el reconocimiento del abuso y la subsecuente intervención de la familia, muchos niños sufren daños e incluso mueren cada año debido al abuso físico. Un diagnóstico de abuso físico está basado en los hallazgos de un examen físico, junto con la historia de cómo ocurrió la lesión. Los padres e hijos deben entrevistarse por separado, con respecto a la información acerca de las historias específicas sobre la forma en que se resuelven los conflictos familiares y los métodos de disciplina utilizados con los niños (Kaplan, 1996). El examen físico también es un elemento vital en el diagnóstico del abuso a niños. Los golpes frecuentemente se dan en lugares típicos (tales como los glúteos, mejillas, cuello, lóbulos de la oreja, genitales y parte interna de los muslos) y muchos se ajustan a patrones reconocibles (por ejemplo, marcas de manos, marcas de mordidas, marcas de correas u otras marcas extrañas no identificables). Con frecuencia, el niño también puede tener lesiones como quemaduras, lesiones en los huesos, en la cabeza o en el abdomen.

Los niños que sufren de abuso enfrentan un mayor riesgo de presentar serias dificultades emocionales, conductuales, de desarrollo y aprendizaje. Tales niños a menudo son referidos para que tomen psicoterapia, donde pueden aprender a manejar sus problemas emocionales resultantes del abuso y, también importante, para volver a dirigir su propio proceso de crecimiento emocional para romper el ciclo de abuso que con frecuencia ocurre entre generaciones familiares (Kaplan, 1996). Muchos programas de tratamiento para los casos de abuso infantil también se enfocan en el padre abusivo. El tratamiento de los padres implica proporcionar al padre abusivo apoyo emocional y modelos paternos positivos, además de técnicas no punitivas efectivas de crianza (Kaplan, 1996).

También es importante que los profesionales en el cuidado de los niños estén conscientes de las señales de los síntomas del abuso sexual infantil. El abuso sexual puede definirse como la actividad sexual con un niño menor de 18 años de edad, por parte de un adulto que lo cuida, ya sea intrafamiliar o extrafamiliar. El abuso sexual puede ir desde las caricias y el *voyerismo* hasta el coito y la violación. En 90% de los casos, la víctima es una niña menor de 12 años de edad (Schmitt, 1984); el perpetrador más frecuente es un hombre. Para casi la mitad de las víctimas, el abuso sexual es un incidente

repetido que ocurre durante cierto número de años (Green, 1996).

A menudo el niño es demasiado pequeño como para verbalizar lo que le está ocurriendo. Por lo regular, las razones para no contarle son de más peso que las razones para reportar el abuso. Los niños pueden entender el estigma social unido al ser sexualmente agredido. Tal vez piensen que no les creerán o temen que sean culpados o abandonados (Burgess y Holstrom, 1975). En algunos casos, el abusador es un miembro de la familia apreciado por el niño, y éste teme su rechazo.

Aunque la gran mayoría de los casos de abuso sexual en niños carecen de evidencia o de señales físicas, si están presentes, ayudan en gran medida en la identificación de los incidentes del abuso sexual. Los síntomas físicos del abuso sexual incluyen contusiones en la parte inferior de la pelvis, rasguños o enfermedades venéreas. Mientras las señales físicas pueden indicar claramente un abuso sexual, otras señales pueden manifestarse como otro tipo de disfunción en el niño (Faller, 1988). En los niños pequeños, uno puede encontrar trastornos de sueño, juegos sexuales, pérdida de habilidades para ir al baño, depresión y problemas en la escuela. Los niños mayores, cercanos a la adolescencia, pueden en lugar de eso consumir drogas y alcohol, cometer crímenes, ser promiscuos o tener intentos de suicidio (véase Asher, 1988, para obtener una revisión).

La evaluación del abuso sexual infantil primero involucra la determinación de la credibilidad del alegato de abuso. Esto puede lograrse por medio de una entrevista de investigación muy hábil (véase Sgroi, 1983). El alegato del abuso infantil debe ser abordado con ciertas suposiciones clínicas (Faller, 1988). La inclusión de detalles explícitos de comportamiento sexual incrementa la credibilidad de la acusación de un niño. Igualmente, la mayor parte de los abusos sexuales involucran una progresión de incidentes a través del tiempo, tornándose más íntimos que los anteriores. Por lo regular, existe un elemento secreto entre la víctima y el abusador, junto con los elementos de poder y presión. Un entrevistador experimentado en el campo del abuso sexual infantil puede valorar la credibilidad de un niño basándose en las respuestas producidas durante la entrevista. Sgroi (1983) es cuidadoso al señalar que aunque las señales físicas de abuso sexual son útiles cuando están presentes, la falta de cualquier evidencia física no necesariamente le quita valor a la acusación.

También se necesita un examen del estado mental. Aunque es raro, algunos niños pueden estar severa-

mente deprimidos o tener intentos suicidas y pueden necesitar una evaluación psiquiátrica/psicológica inmediata. Además, el terapeuta debe obtener la historia detallada del niño para ayudar a determinar el plan del tratamiento.

Para proporcionar un tratamiento efectivo a los niños que sufrieron de abuso sexual, el terapeuta debe darse cuenta y entender el impacto enorme de estos asuntos para la víctima (Sgroi, Blick y Porter, 1983). Estos asuntos pueden incluir, entre otros, sentimientos de culpa, temor, depresión, baja autoestima, pocas habilidades sociales, incapacidad para confiar y confusión de roles, como también la cuestión de ser "un artículo defectuoso". Aunque no existe evidencia de que algún método de tratamiento sea el método de elección al tratar a niños que son víctimas de abuso sexual, deben surgir varios temas en común en el tratamiento. Los terapeutas deben alentar a los niños para que identifiquen y expresen los temores y sentimientos de culpa. El terapeuta siempre debe comunicar el mensaje de que el niño no fue responsable del abuso y que tiene derecho a revelar el secreto del mismo. La terapia familiar puede utilizarse en casos de incesto cuando la familia toma voluntariamente la responsabilidad del abuso sexual, y cuando el padre no abusivo se responsabiliza por la falta de protección hacia el niño. También se puede usar la terapia individual y de grupo, la terapia de juego, el modelamiento de roles, el juego de roles, el apoyo de compañeros y la presión positiva de éstos. La meta del tratamiento es un proceso de fortalecimiento que pretende mejorar la autoimagen del niño; disminuir la culpa e incrementar la confianza, la autoestima y los sentimientos de seguridad.

Psicología pediátrica

Dentro del campo de la psicología, el papel de los psicólogos pediátricos es un desarrollo relativamente reciente, a pesar de que la cantidad de estos profesionales que trabajan dentro de las instituciones médicas se ha multiplicado en gran medida durante los últimos 20 años. Hace más de 100 años, Lightner Witmer (1896), fundador de la psicología clínica, vislumbró la necesidad de que los psicólogos y los médicos integrasen su interés por los niños y proporcionaran ayuda para sus problemas tanto médicos como psicológicos. A medida que los médicos y los psicólogos se han dado cuenta del gran papel que juegan los factores biopsicosociales en las enfermedades crónicas o agudas de la infancia,

se ha establecido una colaboración activa entre los dos profesionistas, y se continúa desarrollando conforme la psicología pediátrica sigue definiéndose a sí misma y definiendo el papel que juega en la salud y las enfermedades de los niños.

Logan Wright (1967) introdujo de manera formal el término *psicólogo pediátrico* en su artículo "The pediatric psychologists: a role model". Wright vio al psicólogo pediátrico como un psicólogo que ofrece servicios clínicos a los niños en un ambiente médico, no psiquiátrico. Una definición más reciente y extensa provista por Roberts, Maddux y Wright (1984) establece que "la psicología pediátrica, como un campo de investigación y práctica se ha preocupado por una amplia variedad de temas sobre la relación entre el bienestar psicológico y físico de los niños, que incluye las conductas y emociones concurrentes en las enfermedades y dolencias, el papel de la psicología en la medicina pediátrica y la promoción de la salud y la prevención de enfermedades entre los niños saludables" (pp. 56-57).

De acuerdo con Tuma (1975), la característica principal que distingue el papel del psicólogo pediátrico del que tiene el psicólogo clínico es el escenario en que son provistos los servicios psicológicos. Es probable que se encuentre al psicólogo pediátrico en instalaciones médicas y de cuidados a la salud tales como unidades hospitalarias de pacientes internos, servicios de consulta externa, clínicas, centros de desarrollo, consultorios de pediatras privados y organizaciones para el mantenimiento de la salud, donde por lo regular se involucran en investigaciones, prácticas y consultoría. Como señalan Roberts y Lyman (1990), este papel de consultoría incluye orientar no sólo a profesionales médicos, sino también a los padres, al personal de enfermería, a los educadores, a las agencias de asistencia social y a otras agencias de servicios sociales y de salud.

La práctica dentro de las demandas del sistema médico presentan algunos retos únicos para los psicólogos pediátricos. Éstos deben ser capaces de funcionar eficientemente en un escenario multidisciplinario, de mantener y a menudo facilitar una comunicación efectiva con todas las partes necesarias y ser sensibles a las necesidades del personal médico y también estar conscientes de la presión ejercida sobre ellos (Drotar *et al.*, 1982). Cada paciente pediátrico puede esperar estar un promedio de 13 minutos con el pediatra (Bergman, Dassel y Wedgwood, 1966), y con frecuencia los niños son admitidos por un tiempo corto. Esto hace necesario que los psicólogos pediátricos realicen en forma rápida

una evaluación y diagnostiquen el problema y su solución. Entonces, la implementación de las intervenciones psicológicas deberá ser breve y a corto plazo (Roberts y Wright, 1982). Además, los psicólogos pediátricos deberán cuidar no alterar la relación médico-paciente mientras atiende al niño y a su familia (Drotar *et al.*, 1982).

Un reto final para el psicólogo que trabaja en instituciones médicas es el conflicto entre el modelo de enfermedades agudas (Drotar, 1982), en donde los médicos prescriben tratamientos para curar el problema físico del niño, y la perspectiva psicosocial del psicólogo, que implica una evaluación y tratamientos más largos, así como también intervenciones familiares, escolares y comunitarias (Kurz, 1987). Asimismo, los psicólogos pediátricos con frecuencia están orientados a la prevención de los problemas sociales, cognoscitivos, afectivos o físicos de la infancia, aun antes de que se desarrollen (Peterson y Ridley-Johnson, 1983; Roberts y Peterson, 1984).

El papel que juegan los factores psicológicos en su contribución al mantenimiento de la salud o en los problemas médicos es muy complejo. Además, las enfermedades en sí mismas pueden tener un impacto psicológico sobre el niño. Se ha visto que los niños con trastornos físicos crónicos presentan mayor riesgo de problemas de ajuste en general. En el caso de los niños con diabetes mellitus insulino dependiente (IDDM, por sus siglas en inglés), el ajuste puede tener implicaciones significativas para su estado de salud. En una revisión de la bibliografía, Geffken y Johnson (1994) encontraron que la desadaptación puede llevar en algunos casos a un mal acatamiento y control de la diabetes, y que en otros el mal control puede dar como resultado un niño ansioso y deprimido.

Los niños diagnosticados con cáncer también enfrentan problemas de ajuste importantes tales como la pérdida de cabello, la pérdida o aumento de peso, la fatiga y otros efectos físicos secundarios que contribuyen al riesgo de problemas psicosociales. Asimismo, los procedimientos médicos agresivos tales como la cirugía, las inyecciones lumbares y las inyecciones intravenosas son una fuente de estrés importante y se ha mostrado que difieren en su impacto de acuerdo con la edad del niño. Las investigaciones sugieren que los niveles de estrés de los pacientes pediátricos con cáncer, menores de 7 años de edad, que experimentan aspiración de la médula ósea son de 5 a 10 veces más altos que los de

aquellos pacientes que tienen más de 7 años de edad (Jay y Elliot, 1983).

Para los niños con espina bífida, un defecto de nacimiento que resulta de que una o más vértebras no se cierran por completo, el aislamiento social es común y la depresión es frecuente (Dorner, 1976). La autoestima de este grupo también es significativamente reducida cuando se compara con niños de la misma edad y sexo (Hayden, Davenport y Campbell, 1979). Wallander, Varni, Babani, Banis y Wilcox (1988) investigaron a 270 niños crónicamente enfermos y discapacitados, y reportaron que los niños con espina bífida experimentaron un nivel más alto de problemas de ajuste psicológico cuando se compararon con niños saludables, aunque no fue diferente de los niveles mostrados por los niños con otros problemas crónicos tales como la diabetes, la hemofilia o la parálisis cerebral. Sin embargo, su ajuste fue mejor que el de niños que fueron referidos a clínicas de salud mental.

Los psicólogos pediátricos deben familiarizarse con los trastornos y tratamientos infantiles para poder proporcionar una consulta efectiva. La colaboración entre los médicos y los psicólogos pediátricos es imperativa para esta disciplina, como lo es el compromiso de los psicólogos de brindar servicios de calidad (Roberts y Lyman, 1990). El resultado de tales servicios será para mejorar las oportunidades de investigación y práctica en el creciente y evolutivo cambio de la psicología pediátrica, el cual ha sido muy rápido. Como lo señala Kurz (1987), la salud psicológica y física de las generaciones futuras dependerá de la calidad actual de nuestros psicólogos pediátricos.

CONCLUSIÓN Y TENDENCIAS FUTURAS

La evaluación psicológica y el tratamiento de niños y adolescentes es un área extensa. Este capítulo ha proporcionado una muestra de la evaluación y tratamientos para los más jóvenes. Las nuevas pruebas psicológicas para niños en este grupo de edad están siendo constantemente desarrolladas, y las pruebas antiguas son a menudo actualizadas con nuevos contenidos, materiales y normas mejoradas. Como se sugirió en la sección sobre tratamientos validados de manera empírica, a menudo se están produciendo investigaciones para evaluar los tratamientos para condiciones específicas y para identificar aquellos que son eficaces. Los psicólogos, al igual que las muchas compañías de seguros que pagan por las visitas clínicas, desean identificar trata-

mientos para niños y adolescentes que se ha probado que funcionan y que sean de costo efectivo. Además, la penetración creciente del campo del cuidado de la salud por compañías que introducen la administración de la asistencia someten a los tratamientos provistos por los psicólogos a una frecuente revisión. Los psicólogos clínicos que trabajan con niños y adolescentes deberán mantenerse al corriente de los desarrollos en el campo para que sean capaces de usar las técnicas de evaluación psicométricas más sofisticadas y los tratamientos más eficientes para condiciones específicas.

Como los psicólogos clínicos infantiles deben mantenerse al corriente de los desarrollos en el campo, también deben estar conscientes de que en ocasiones sólo estarán disponibles pocos datos científicos respecto de algunas técnicas de evaluación y de tratamiento para algunas condiciones. Los psicólogos clínicos infantiles tienen que usar su conocimiento sobre el desarrollo, la psicopatología y otras áreas de la psicología para tomar las decisiones acerca de cómo proceder en algunas situaciones clínicas. Ellos también deben tener un conocimiento especializado para tratar con el abuso sexual y físico, y deben estar enterados de las legislaciones que rigen en su estado la conducta profesional relacionada con este importante problema. Con el incremento de la diversidad étnica en Estados Unidos, los psicólogos clínicos infantiles deben tomar decisiones acerca de cuándo es apropiado usar medidas particulares y cuándo su uso es considerado inadecuado.

Como se revisó en la sección sobre psicología pediátrica, el papel del psicólogo clínico infantil se está expandiendo rápidamente hacia el cuidado primario y terciario de la salud. Esto ocurre puesto que se ha encontrado que los principios generales de la evaluación psicológica y el tratamiento no son sólo aplicables sino que también son eficaces con relación a los aspectos conductuales y psicosociales de los niños en las instituciones pediátricas. Las oportunidades para crecer en esta emocionante área son excelentes.

Los psicólogos clínicos infantiles están trabajando en una profesión retadora, y el cambio y el desarrollo en el campo es inquebrantable. El trabajo en el área probará a estos psicólogos mucho después de que hayan recibido de manera formal su doctorado. Al mismo tiempo, las oportunidades en el campo de la psicología clínica infantil son muy amplias, y la probabilidad de buenas recompensas es evidente en el progreso en el área y en el trabajo cotidiano de los psicólogos clínicos infantiles.

REFERENCIAS

- Achenbach, T. M., & Edelbrock, C. S. (1986). *Child Behavior Checklist and Youth Self-Report*. Burlington, VT: Author.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed., revised). Washington, DC: Author.
- Asher, S. J. (1988). Effects of childhood sexual abuse: A review of the issues. In L. E. A. Walker (Ed.), *Handbook on sexual abuse of children*. New York: Springer.
- Axline, V. (1947). *Play therapy*. Cambridge, MA: Riverside Press.
- Bandura, A. (1977). *Social learning theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Barrett, P. M., Dadds, M. R., & Rapee, R. M. (1996). Family treatment of childhood anxiety: A controlled trial. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 333-342.
- Bellack, L., & Bellack, S. S. (1986). *Children's Apperception Test*. Larchmont, NY: C.P.S. Inc.
- Bergman, A. B., Dassel, S. W., & Wedgwood, R. J. (1966). Time-motion study of practicing pediatricians. *Pediatrics*, 38, 254-263.
- Burgess, A. W., & Holstrom, L. L. (1975). Sexual assault of children and adolescents: Pressure, sex, and secrecy. *Nursing Clinics of North America*, 551-563.
- Butcher, J. N., Williams, C. L., Graham, J. R., Archer, R. P., Tellegen, A., Ben-Porath, Y. S., & Kaemmer, B. (1992). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory for Adolescents: Manual for administration, scoring and interpretation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Carek, D. J. (1979). Individual psychodynamically oriented therapy. In S. Harrison (Ed.), *Basic handbook of child psychiatry* (pp. 35-57). New York: Basic Books.
- Carlson, C. (1990). Assessing the family context. In C. R. Reynolds & R. W. Kamphaus (Eds.), *Handbook of psychological and educational assessment of children: Personality, behavior & content* (pp. 546-575). New York: Guilford Press.
- Cohen, H., & Weil, G. R. (1971). *Tasks of emotional development test*. Lexington, MA: D. C. Heath.
- Dorner, S. (1976). Adolescents with spina bifida: How they see their situation. *Archives of Disease in Childhood*, 51, 439-444.
- Drotar, D. (1982). The child psychologist in the medical system. In P. Karoly, J. J. Steffen, & D. J. O'Grady (Eds.), *Child health psychology* (pp. 1-28). New York: Pergamon Press.
- Drotar, D., Benjamin, P., Chwast, R., Litt, C., & Vajner, P. (1982). The role of the psychologist in pediatric outpatient and inpatient settings. In J. Tuma (Ed.), *Handbook for the practice of pediatric psychology* (pp. 232-265). New York: Wiley.
- Ellis, A. (1970). *The essence of rational psychotherapy: A comprehensive approach to treatment*. New York: Institute for Rational Living.
- Erikson, E. H. (1968). *Identity, youth and crisis*. New York: W. W. Norton.
- Exner, J. (1974). *The Rorschach: A comprehensive system*. New York: Wiley.
- Faller, K. C. (1988). *Child sexual abuse: An interdisciplinary manual for diagnosis, case management, and treatment*. New York: Columbia University Press.
- Freud, A. (1965). *Normality and pathology in childhood*. New York: International University Press.
- Freud, S. (1959). Analysis of a phobia in a five-year-old boy. In E. Jones (Ed.), *Collected papers*, 3, 149-289. New York: Basic Books.
- Geffken, G., & Johnson, S. B. (1994). Diabetes: Psychological issues. In R. A. Olsen, L. L. Mullen, J. B. Gillman, & I. M. Chaney (Eds.), *A sourcebook of pediatric psychology*. Boston: Allyn and Bacon.
- Goodman, W. K., Rasmussen, S. A., Ridde, M. A., Pnce, L. H., & Rapoport, J. L. (1986). *Children's Yale-Brown Obsessive Compulsive Scale*. Gainesville, FL: Author.
- Green, A. H. (1996). Overview of child sexual abuse. In S. J. Kaplan (Ed), *Family violence: A clinical and legal guide*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Greenspoon, J., & Lamal, P. A. (1978). Cognitive behavior modification—Who needs it? *Psychological Record*, 28, 343-351.
- Griff, M. D. (1983). Family play therapy. In C. E. Schaefer, & K. J. O'Connor (Eds.), *Handbook of play therapy* (pp. 65-75). New York: Wiley.
- Haley, J. (1987). *Problem-solving therapy* (rev. ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Hayden, P. W., Davenport, S. L. H., & Campbell, M. M. (1979). Adolescents with myelodysplasia: Impact of physical disability on emotional maturation. *Pediatrics*, 64, 53-59.
- Hermstein, R., & Murray, C. (1994). *The bell curve: Intelligence and class structure in American life*. New York: Free Press.
- Houts, A. C., Berman, J. S., & Abramson, H. (1994). Effectiveness of psychological and pharmacological treatments for nocturnal enuresis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 62, 737-745.
- Jaremko, M. E. (1979). Cognitive behavior modification: Real science or more mentalism? *Psychological Record*, 29, 547-552.

- Jastak, S., & Wilkinson, G. S. (1984). *Wide range achievement test: Administration manual* (rev. ed.). Wilmington, DE: Jastak Associates.
- Jay, S. M., & Elliot, C. H. (1983). Psychological interventions for pain in pediatric cancer patients. In G. B. Humphrey (Ed.), *Adrenal and endocrine tumors in children*. Boston: Martinus Nijhoff.
- Kanfer, F. H., & Karoly, P. (1972). Self-control: A behavioristic excursion into the lion's den. *Behavior Therapy*, 3, 398-416.
- Kaplan, S. J. (1996). Physical abuse of children and adolescents. In S. J. Kaplan (Ed.), *Family violence: A clinical and legal guide*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kazdin, A. E. (1988). *Child psychotherapy: Developing and identifying effective treatments*. New York: Pergamon Press.
- Kazdin, A. E., & Wilcoxon, L. A. (1976). Systematic desensitization and nonspecific treatment effects: A methodological evaluation. *Psychological Bulletin*, 83, 729-758.
- Klein, M. (1932). *The psycho-analysis of children*. New York: Norton.
- Koppitz, E. M. (1968). *Psychological evaluation of children's human figure drawings*. New York: Grune & Stratton.
- Kurz, R. B. (1987). Child health psychology. In G. C. Stone, S. M. Weiss, J. D. Matarazzo, N. G. Miller, J. Rodin, C. Belar, M. Folick, & J. G. Singer (Eds.), *Health psychology: A discipline and a profession* (pp. 285-301). Chicago: University of Chicago Press.
- Lachar, D. (1982). *Personality Inventory for Children: Revised format manual supplement*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Ledwidge, B. (1978). Cognitive behavior modification: A step in the wrong direction? *Psychological Bulletin*, 85, 353-375.
- Ledwidge, B. (1979). Cognitive behavior modification or new ways to change minds: Reply to Mahoney and Kazdin. *Psychological Bulletin*, 86, 1050-1053.
- Locke, E. A. (1979). Behavior modification is not cognitive and other myths: A reply to Ledwidge. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 119-125.
- Mahoney, M. J., & Kazdin, A. E. (1979). Cognitive behavior modification: Misconceptions and premature evaluation. *Psychological Bulletin*, 86, 1044-1049.
- McArthur, D. S., & Roberts, G. E. (1982). *Roberts Apperception Test for Children manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Meichenbaum, D. H. (1977). *Cognitive-behavior modification*. New York: Plenum Press.
- Meichenbaum, D. (1979). Cognitive behavior modification: The need for a fairer assessment. *Cognitive Therapy and Research*, 3, 127-132.
- Murray, H. A. (1943). *Thematic Apperception Test*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Nichols, M. P., & Paolino, T. J. (1986). *Basic techniques of psychodynamic psychotherapy*. New York: Gardner Press.
- O'Brien, S., Ross, L. V., & Christophersen, E. R. (1986). Primary encopresis: Evaluation and treatment. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 19, 137-145.
- Patterson, G. R., & Reid, J. B. (1984). Social interaction processes within the family: The study of moment-by-moment family transactions in which human social development is embedded. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 5, 327-362.
- Peoples, C. (1983). Fair play therapy. In C. E. Schaefer & K. J. O'Connor (Eds.), *Handbook of play therapy* (pp. 75-94). New York: Wiley.
- Peterson, L., & Ridley-Johnson, R. (1983). Prevention of disorders in children. In C. Walker & M. C. Roberts (Eds.), *Handbook of clinical child psychology* (pp. 1174-1197). New York: Wiley.
- Piaget, J. (1962). *Play, dreams, and imitation in childhood*. New York: Norton.
- Reynolds, C. R., & Richmond, B. O. (1985). *Revised children's manifest anxiety scale manual*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Roberts, M. C., & Lyman, R. D. (1990). The psychologist as a pediatric consultant. In A. M. Gross & R. Drabman (Eds.), *Handbook of clinical behavioral pediatrics* (pp. 11-27). New York: Plenum Press.
- Roberts, M. C., Maddux, J. E., & Wright, L. (1984). The developmental perspective in behavioral health. In J. D. Matarazzo, N. E. Miller, S. M. Weiss, J. A. Herd, & S. M. Weiss (Eds.), *Behavioral health: A handbook of health enhancement and disease prevention* (pp. 56-68). New York: Wiley-Interscience.
- Roberts, M. C., & Peterson, L. (1984). Prevention models: Theoretical and practical implications. In M. C. Roberts & L. Peterson (Eds.), *Prevention of problems in childhood: Psychological research and applications* (pp. 1-39). New York: Wiley.
- Roberts, M. C., Quevillon, R. R., & Wright, L. (1979). Pediatric psychology: A developmental report and survey of the literature. *Child and Youth Services*, 2, 1-9.
- Roberts, M. C., & Wright, L. (1982). Role of the pediatric psychologist as consultant to pediatricians. In J. Turna (Ed.), *Handbook for the practice of pediatric psychology* (pp. 251-289). New York: Wiley-Interscience.
- Routh, D. K. (1994). *Clinical psychology since 1917: Science, practice and organization*. New York: Plenum Press.

- Sattler, J. M. (1992). *Assessment of children* (revised and updated 3rd ed.). San Diego, CA: Author.
- Schaefer, C. E., & O'Connor, K. J. (Eds.). (1983). *Handbook of play therapy*. New York: Wiley.
- Schmitt, B. D. (1984). Clinical diagnosis of physical abuse. In R. G. Sanger & D. C. Bross (Eds.), *Clinical management of child abuse and neglect: A guide for the dental professional* (pp. 25-36). Chicago: Quintessence.
- Sgroi, S. M. (1979). The sexual assault of children: Dynamics of the problem and issues in program development. In *Sexual abuse of children: Implications from the Sexual Trauma Treatment Program of Connecticut*. New York: Community Council of Greater New York.
- Sgroi, S. M. (1983). *Handbook of clinical intervention in child sexual abuse*. Lexington, MA: D.C. Heath.
- Sgroi, S. M., Blick, L. C., & Porter, F. S. (1983). Treatment of the sexually abused child. In S.M. Sgroi (Ed.), *Handbook of clinical intervention in child sexual abuse*. Lexington, MA: D.C. Heath.
- Skinner, B. F. (1974). *About behaviorism*. New York: Vintage Books.
- Sparrow, S. S., Baila, D. A., & Cicchetti, D. V. (1994). *Vineland Adaptive Behavior Scales: Survey form manual*. Circle Pines, MI: American Guidance Service.
- Spielberger, C. D., Edwards, C. D., Montouri, J., & Lushene, R. (1970). *State-trait anxiety inventory for children*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.
- Task Force on Promotion and Dissemination of Psychological Procedures. (1995). Training and dissemination of empirically validated psychological procedures. *The Clinical Psychologist*, 48, 3-23.
- Thorndike, R. L., Hagen, E. P., & Sattler, J. M. (1986). *Stanford-Binet Intelligence Scale—Fourth Edition: Technical manual*. Chicago, IL: Riverside.
- Tuma, J. M. (1975). Pediatric psychology?...Do you mean clinical child psychology? *Journal of Clinical Child Psychology*, 4, 9-12.
- U.S. Department of Health and Human Services, National Center on Child Abuse and Neglect. (1995). *Child maltreatment 1993: Reports from the states to the National Center on Child Abuse and Neglect*. Washington, DC: U.S. Government Printing Office.
- Wallander, J. L., Varni, J. W., Babani, L., Banis, H. T., & Wilcox, K. T. (1988). Children with chronic physical disorders: Maternal reports of the psychological adjustment. *Journal of Pediatric Psychology*, 13, 197-212.
- Walter, H. I., & Gilmore, S. K. (1973). Placebo versus social learning effects in parent training procedures designed to alter the behavior of aggressive boys. *Behavior Therapy*, 4, 361-377.
- Watson, J. B., & Rayner, R. (1920). Conditioned emotional reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 3, 1-14.
- Wechsler, D. (1989a). *Manual for the Wechsler Adult Intelligence Scale—Revised*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (1989b). *Manual for the Wechsler Preschool and Primary Scale of Intelligence—Revised*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (1991). *Manual for the Wechsler Intelligence Scale for Children—Third Edition*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Wechsler, D. (1992). *Wechsler Individual Achievement Test manual*. San Antonio, TX: The Psychological Corporation.
- Wells, K. C., & Egan, J. (1988). Social learning and systems family therapy for childhood oppositional disorder: Comparative treatment outcome. *Comprehensive Psychiatry*, 29, 138-146.
- Whitman, T., Burgio, L., & Johnston, M. B. (1984). Cognitive behavioral interventions with mentally retarded children. In A. W. Meyers & W. E. Craighead (Eds.), *Cognitive behavior therapy with children* (pp. 193-227). New York: Plenum Press.
- Witmer, L. (1896). The common interest of child psychology and pediatrics. *Pediatrics*, 2, 390.
- Woodcock, R. W. (1977). *Woodcock-Johnson Psycho-Educational Battery: Technical report*. Allen, TX: DLM Teaching Resources.
- Wright, L. (1967). The pediatric psychologist: A role model. *American Psychologist*, 22, 323-325.

LECTURAS ADICIONALES

- Bellack, A.S. y Hersen, M. (1977). *Behavior modification: An introductory textbook*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Petersen, L. y Harbeck, C. (1988). *The pediatric psychologist: Issues in professional development and practice*. Champaign, IL: Research Press.
- Reynolds C. y Kamphaus, R. (Eds.). (1990). *Handbook of psychological and educational assessment: Intelligence and achievement*. Nueva York: Guilford Press.
- Reynolds C. y Kamphaus, R. (Eds.). (1990). *Handbook of psychological and educational assessment: Personality, behavior, and context*. Nueva York: Guilford Press.
- Roberts, M. (1995). *Handbook of pediatric psychology* (2ª ed). Nueva York: Guilford Press.
- Sattler, J.M. (1992). *Assessment of children* (edición revisada y actualizada). San Diego, CA: Autor.

RESISTENCIA AL TRATAMIENTO

Salvatore Cullari

INTRODUCCIÓN

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 expectación, 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 resisten-

cia 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, 1895/1955) 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.

El concepto de resistencia de Freud se liga inseparablemente con su idea de represión. De acuerdo con la teoría psicoanalítica, la represión es un mecanismo inconsciente de defensa del Yo que bloquea o distrae las ideas, discernimientos, impulsos, imágenes o afectos conscientes altamente amenazadores o que producen ansiedad, introspecciones, emergencias, imágenes o afecta la conciencia. Una vez que este material está reprimido en el inconsciente, se activa una fuerte fuerza opuesta que evita que esto se haga consciente nuevamente. Esta fuerza opuesta da como resultado una resistencia.

Como lo afirmó Freud (1895/1955): "así una fuerza física... originalmente había sacado la idea patogénica de la asociación y ahora se opone a su regreso a la memoria" (p. 269).

El concepto de la represión es similar en algunos aspectos al de la respuesta de "luchar o huir." Por ejemplo, nos defendemos a nosotros mismos del daño físico al pelear o escapar de cualquier peligro que nos confronta. De manera análoga, el Yo se defiende automáticamente de las amenazas emocionales al dirigir las ideas patogénicas fuera de la conciencia. Esto incluye cualquier cosa que despierte vergüenza o temor intenso, o que es insoportable pensar en ella. Aunque en cierto sentido desaparece el material amenazador, la energía emocional asociada sigue en el inconsciente y demanda alguna forma de expresión. De este modo, se debe gastar una gran cantidad de energía para mantener todo bajo control, y ésta es la situación por la que eventualmente estos conflictos deben ser tratados. Sin embargo, no estamos conscientes de estas operaciones.

Freud consideró que la resistencia y la represión forman dos de los tres mayores componentes de los trastornos neuróticos. El tercero conlleva en sí los síntomas. Freud llegó a su conclusión acerca de los orígenes de los síntomas neuróticos mientras trabajaba con pacientes con histeria. Esta condición, ahora llamada trastorno de conversión, da como resultado síntomas físicos que aparecen sin ninguna causa física aparente. De acuerdo con la teoría, los síntomas, que son conscientes para el individuo, son símbolos o sustitutos para las ideas patogénicas reprimidas. En tanto los síntomas están presentes, se puede evitar el material reprimido y se minimiza la ansiedad. Esto da como resultado una solución adaptativa, aunque disfuncional, al problema.

Tradicionalmente, no hay una correspondencia directa entre las ideas patogénicas y los síntomas. Por ejemplo, en uno de los famosos casos de Freud, especuló que el síntoma de temblores incontrolables en las manos estaba relacionado con tres recuerdos reprimidos de la infancia: haber sido golpeado en la mano por un maestro de escuela, haber sido asustado mientras tocaba el piano y el ser forzado a dar masaje en la espalda a un tío a quien el paciente le temía mucho. Con casos repetidos como éste, Freud llegó a una noción revolucionaria: que la actividad mental algunas veces puede convertirse en síntomas físicos.

Para completar el círculo, si las ideas reprimidas pueden hacerse conscientes, los síntomas pueden desaparecer. Sin embargo, la fuerza de resistencia intenta

evitar que esto suceda y, por consiguiente, bloquea el progreso terapéutico. Desde un punto de vista inconsciente el Yo visualiza como peligrosa la recuperación y, tal vez, como una amenaza a su propia existencia. Aunque los síntomas pueden ser muy incómodos, son leves en comparación con el temor asociado con el material reprimido.

En cierto sentido, el Yo elige al menor de los dos malestares. En este caso, el impulso detrás de la resistencia es la protección.

Aunque Freud continuó haciendo revisiones a su teoría de la resistencia a lo largo de su vida, sus ideas más importantes fueron presentadas en su artículo de 1926 intitulado *Inhibitions, Symptoms and Anxiety* (Freud, 1926/1959). En este trabajo Freud delineó cinco tipos de resistencia inconsciente, cada uno originado del ello, el Yo o el Superyó (véase la tabla 10.1). La primera de éstas, la *resistencia a la represión*, ya ha sido descrita. En resumen, en un nivel consciente el paciente desearía estar mejor, pero instintivamente, el Yo se aferra a su función protectora.

El segundo tipo se llama *resistencia a la transferencia*. Aquí las percepciones que tiene el paciente acerca del terapeuta o los demás son determinadas por las interacciones interpersonales significativas previas. Por ejemplo, puesto que el terapeuta por costumbre es una figura de autoridad, los pacientes pueden responder inconscientemente a esta persona en cierta forma modelada por sus primeras experiencias con sus padres. La idea básica detrás de la transferencia es que traemos a las nuevas relaciones las mismas emociones, temores, anhelos y ansiedades que han sido modeladas en relaciones previas. Sin embargo, esta transferencia es in-

consciente y por supuesto puede ser inadecuada para las nuevas circunstancias.

Freud utilizó una gran cantidad de tiempo abordando la transferencia en sus escritos, debido a que él consideraba que éste es uno de los elementos más importantes de la psicoterapia. Creía que los aspectos significativos de la transferencia que son manifestados en la terapia reflejan los conflictos específicos que minan los síntomas neuróticos del paciente. Por ejemplo, en su primera introducción de la resistencia a la transferencia (1895/ 1955, p. 302), Freud ilustra el caso de una paciente cuyos síntomas histéricos tenían sus raíces en un incidente que experimentó cuando era niña. Mientras hablaba con un hombre mayor, esta niña deseaba en secreto que la abrazara y la besara. En la terapia ella no recordó inicialmente esta experiencia debido a que había estado reprimida. Sin embargo, durante el análisis, tuvo el mismo impulso hacia Freud y la misma sensación de temor asociado con este sentimiento. De acuerdo con Freud, éste tenía el efecto de inmovilizarla emocionalmente. Sin embargo, una vez que fueron descubiertos estos sentimientos y pensamientos, y que se trabajó con ellos, fueron capaces de progresar nuevamente. De este modo, Freud concluyó que las operaciones de la transferencia y la resistencia pueden servir como indicadores de temas que deben explorarse y trabajarse con profundidad en la terapia.

En la misma publicación, Freud describió circunstancias en las que es más probable que ocurra la resistencia a la transferencia. Esta incluye situaciones en las que los pacientes se sienten desatendidos o insultados, sienten que son demasiado dependientes del terapeuta o se vuelven conscientes de fuertes sentimientos hacia

Tabla 10.1 Principales tipos de resistencia inconsciente según Freud

TIPO	ORIGEN	EJEMPLO
Represión	Yo	El Yo del paciente bloquea los pensamientos y las emociones reprimidos de la conciencia.
Transferencia	Yo	Las conductas y emociones dirigidas al terapeuta están basadas en las relaciones interpersonales previas del paciente.
Ganancia secundaria	Yo	El paciente deriva beneficios indirectos de los síntomas al ser capaz de evitar o escapar de responsabilidades mayores.
Ello	Ello	El paciente rechaza abandonar impulsos o conductas infantiles como el egocentrismo extremo o el deseo de una gratificación inmediata.
Superyó	Superyó	El paciente tiene una necesidad inconsciente de autocastigo, que evita cualquier mejoría terapéutica.

el analista. Como un ejemplo, los pacientes que han sufrido abusos o negligencia por parte de sus padres pueden ser los principales candidatos para la resistencia a la transferencia, debido a la mezcla de los sentimientos de acercamiento y rechazo, así como las expectativas que tienen hacia las personas que los cuidan, que pueden ser transferidas al terapeuta.

El tercer tipo de transferencia descrito por Freud ahora se llama *ganancia epinósica o secundaria*. Estos son los beneficios adicionales que acompañan al papel del enfermo, tal como la habilidad para escapar del trabajo, de la escuela o de otras responsabilidades interpersonales. En este caso, el recuperarse significa perder estas ventajas. Este tipo de resistencia también incluye lo que algunas veces se llama *neurosis compensatoria*. Por ejemplo, un paciente puede demostrar resistencia epinósica si recibe una compensación por incapacidad o para trabajadores. Nótese que esto no es lo mismo que la simulación, situación en la que los individuos finguen un trastorno psicológico.

El cuarto tipo de resistencia se llama *resistencia a lo verdaderamente inconsciente*. Este se relaciona con los deseos y necesidades infantiles que pueden interferir con el tratamiento. Esto incluye ser dependiente del terapeuta o de los demás, ser egocéntrico y demandante de una gratificación inmediata, hacer demandas irracionales, o bien, rehusarse a experimentar el dolor o la frustración que usualmente acompaña a la terapia exitosa.

El último tipo de resistencia se llama *resistencia al superyó* y, de acuerdo con Freud, puede ser la más difícil de reconocer. En ella, el individuo rechaza inconscientemente el mejorarse debido a los sentimientos de culpa o a una necesidad de ser castigado; parece que el paciente da un paso hacia delante y dos hacia atrás. En cierto sentido algunos pacientes se sienten más gratificados cuando se sienten miserables.

CONTEMPORÁNEOS DE FREUD

Muchas de las ideas originales de Freud acerca de la resistencia han permanecido casi intactas hasta nuestros días, pero sus seguidores han hecho algunos ajustes importantes a su teoría. Por ejemplo, Edward Glover (1955) ha aclarado la idea de los tipos de resistencia *obvio* en contraste con el *discreto*. El tipo obvio incluye conductas que son evidentes y fáciles de identificar, por ejemplo, el silencio evidente, faltar a las sesiones de terapia o dejarlas por completo. El tipo discreto pue-

de ser más difícil de reconocer, porque es sutil y a menudo se oculta bajo una fachada de obediencia y cooperación. La resistencia discreta con frecuencia llega a ser más evidente cuando ha transcurrido un largo periodo y el paciente no ha tenido ningún progreso.

Además de Freud, Ralph Greenson (1967) ha escrito más acerca de la resistencia que cualquier otro psicoanalista. Una de las nociones que exploró fue la de las *defensas de pantalla*. Aquí el paciente recuerda cierto material (por ejemplo, recuerdos de pantalla) que evita otros recuerdos más dolorosos. Por ejemplo, una paciente puede recordar que su hermano se suicidó cuando ella era una adolescente, pero no que lo hizo después de que fueron descubiertos teniendo relaciones sexuales.

Otro concepto que investigó Greenson fue la distinción entre la resistencia *egodistónica* y la *egosintónica*. La resistencia egodistónica da como resultado pensamientos o comportamientos que están fuera del carácter de los pacientes y que son tradicionalmente reconocidos como ilógicos. Debido a las tendencias individuales de darse cuenta de manera consciente de esta situación, resultan por lo general fáciles de trabajar. Por otro lado, las conductas de resistencia egosintónicas parecen ser racionales y útiles para los pacientes aun cuando no lo sean. Por ejemplo, puede resultarle difícil a un paciente formar una relación de confianza con cualquier persona, pero puede no reconocer esto como un problema. De forma similar a la idea de Wilhelm Reich de la resistencia del carácter, estas idiosincrasias representan patrones habituales de pensamientos o conductas protectoras bien establecidos. Debido a que los pacientes no reconocen el aspecto defensivo de estos motivos, éstos son fácilmente racionalizados y muy difíciles de tratar.

A lo largo de los años se han hecho cierto número de modificaciones a la teoría de la resistencia de Freud. Estas están resumidas por Sandler, Holder y Dare (1970; véase también Sandler, Dare y Holder, 1973). A las cinco categorías originales de Freud, ellos añadieron las siguientes:

1. Resistencia relacionada con los cambios terapéuticos que pueden romper las relaciones importantes del paciente. Por ejemplo, una esposa puede evitar ser más agresiva debido a que al hacerlo podría arriesgar su matrimonio.
2. Resistencia debida a la pérdida potencial del terapeuta cuando el paciente deje la terapia. Ésta es es-

pecialmente fuerte cuando el paciente y el terapeuta han desarrollado una fuerte relación terapéutica, o cuando el paciente carece de alguna relación fuerte en el mundo exterior.

3. Resistencia relacionada con la amenaza a la autoestima del paciente. Por ejemplo, un paciente puede evadir algunos temas debido a sus sentimientos de vergüenza. Esto está relacionado con la resistencia al superyó.
4. Resistencia que resulta del uso de procedimientos erróneos o de métodos de tratamiento inadecuados por parte del terapeuta. Ésta frecuentemente es un tipo de resistencia a la adaptación. Por ejemplo, una paciente puede ser incumplida si siente que el terapeuta es incompetente.
5. Resistencia debida a rasgos y características fuertes que forman la estructura central de la personalidad del individuo. A ésta algunas veces se le llama *resistencia al carácter* y resulta de las estrategias defensivas de los pacientes para hacer frente a situaciones que se han convertido en patrones fijos de conducta a lo largo de su vida. Por ejemplo, un individuo puede ser crónicamente ofensivo para evitar relaciones interpersonales muy cercanas. Los pacientes tradicionalmente no reconocen sus cualidades como ofensivas, por lo que este tipo de resistencia puede ser la más difícil de superar. Parece que muchas de estas resistencias de carácter están relacionadas con los procesos interpersonales y pueden detectarse o entenderse a través de la relación paciente-terapeuta.

Conforme se hicieron mayores modificaciones a la teoría psicoanalítica, la resistencia fue vista menos como una fuerza biológica totalmente intrapsíquica y más como un fenómeno interpersonal y social. Este cambio era paralelo al movimiento del psicoanálisis desde un énfasis casi completo en el ello y en los impulsos instintivos al igualmente importante papel del Yo. Heinz Hartmann (1958) fue líder en esta transición. Aunque murió en 1970, sus ideas acerca de la resistencia son notablemente actuales. Por ejemplo, sugirió que los individuos nunca pueden estar totalmente separados de su contexto social. En este caso, los antecedentes económicos o étnicos de las personas pueden determinar qué resistencias serán llevadas a la terapia y cómo serán expresadas. En esta misma línea, Hartmann sugiere que los patrones de resistencia de cada persona son únicos, por lo que el terapeuta debe ajustar los estilos

de su tratamiento a las características del individuo. Esto suena muy similar a la noción actual de eclecticismo.

Además de los individuos ya citados, otros escritores psicoanalíticos que han tratado el concepto de resistencia incluyen a Karl Menninger (1973), Robert Langs (1981), Reuben Fine (1982), Roy Schafer (1983), Herbert Strelan (1990) y Martha Stark (1994). Se le sugiere a los lectores interesados estas referencias bibliográficas, así como la lista de lecturas complementarias al final del capítulo para una mayor información.

MODELOS NO PSICOANALÍTICOS SOBRE LA RESISTENCIA

Los modelos no psicoanalíticos de la psicoterapia no han enfatizado la importancia de la resistencia tanto como lo han hecho Freud y sus seguidores. Hay varias razones para esto. Una es una reacción contra Freud y su teoría argumentando que es especulativa y poco científica. En este caso, el papel central de la resistencia en el psicoanálisis lo hizo el blanco frecuente de las críticas. Una segunda razón para descontar el papel de la resistencia es la importancia dada a la función del Libre albedrío que complementó el surgimiento de las teorías fenomenológicas. De manera general, las ideas de resistencia y libre albedrío son incompatibles. Un tercer factor es la importancia decreciente del papel del inconsciente y de los conflictos intrapsíquicos en la comprensión del comportamiento humano. En la perspectiva psicoanalítica tradicional de la resistencia, es considerada tanto intrapsíquica como inconsciente.

A pesar de estas tendencias, el tema de la resistencia recientemente ha disfrutado de un renacimiento, y muchas orientaciones le han dado mucho más consideración. La siguiente sección explora brevemente el tema de la resistencia en relación con las teorías no psicoanalíticas.

Modelos fenomenológicos

Carl Rogers no discute el asunto de la resistencia con amplitud. En general, él la consideró como un mecanismo para que los clientes protejan su autoconcepto y creyó que éste es a menudo expresado a través de una indisposición para automanifestarse. Por ejemplo, en las primeras etapas de la terapia muchos clientes intentan mantener su autoimagen ideal distorsionada a través de la evasión de su yo "real". Al minimizar la auto-manifestación, pueden evitarse experiencias que son

incongruentes con su autoconcepto ideal inflexible. A este respecto, Rogers sugirió que la resistencia puede resultar cuando los terapeutas intentan hacer cambios demasiado rápido o cuando fuerzan a los clientes para que se abran de igual forma. En general, Rogers sostiene que a través del uso de las técnicas adecuadas enfocadas en el cliente se puede reducir o evitar en gran medida la resistencia.

Existencialistas como Rollo May y J. F. T. Bugental tienen una perspectiva análoga y sugieren que las conductas de resistencia ayudan a los pacientes a controlar el ritmo de la terapia y posponen la experimentación de ciertos tipos de emociones o la intensidad de las mismas. De forma similar a Rogers, Bugental señala que la resistencia representa el temor de un paciente de conocer a su propio Yo real y auténtico. En este sentido, los pacientes con frecuencia están en el conflicto clásico de acercamiento o evitación del deseo de cambiar, mientras que al mismo tiempo evitan el cambio. Como en la teoría psicoanalítica, Bugental sostiene que las conductas de resistencia que los pacientes despliegan en terapia son reflejo de los procesos neuróticos que dominan sus vidas. Sin embargo, señala que el simple discernimiento cognitivo no es suficiente para lograr cambios reales o duraderos en los pacientes. Sostiene que la conciencia significativa de la resistencia debe experimentarse en forma directa y completa.

Fritz Perls y otros de los primeros teóricos de la Gestalt inicialmente vieron a la resistencia de la misma forma que la vio Freud. En efecto, estuvieron de acuerdo en que su propósito general era la autoprotección. Eventualmente, sin embargo, Perls modificó su perspectiva y concluyó que la conducta humana es el resultado de la autorregulación y el equilibrio más que de los conflictos. El creyó que las reacciones neuróticas resultan de la pérdida de la conciencia interna y externa, lo que a su vez interrumpe el proceso de autorregulación. En este modelo, la resistencia es vista como un resultado del acomodamiento inicial de las estructuras de la personalidad que se usan para bloquear de la conciencia los aspectos amenazantes de la personalidad o del ambiente. Posteriormente, sin embargo, éstos pueden convertirse en patrones fijos de conductas neuróticas. Por ejemplo, la negación crónica de la ira en una persona puede llevar a un nivel problemático de falta de agresividad. No obstante, esta "resistencia al conocimiento" es considerada como una función de adaptación en lugar de una función adversa. En otras palabras, si un paciente

se resiste, debe haber una buena razón para ello, al menos desde el punto de vista inconsciente del paciente.

Perls considera que tanto los síntomas como la resistencia operan para ayudar a que los pacientes logren alguna meta, pues carecen de métodos alternos. En este caso, una de las funciones de la terapia debe ser ayudar a que los individuos estén conscientes de por qué necesitan la resistencia. Una forma de lograr esto es ayudar a los pacientes para que intenten nuevas conductas o que experimenten con los aspectos que evitan de su personalidad dentro de los confines de un ambiente terapéutico seguro (Breshgold, 1989). Por último, la terapia Gestalt requiere que los pacientes experimenten los sentimientos dolorosos o la conciencia de ellos que han estado evitando tan activamente. De acuerdo con la teoría Gestalt, ésta es la única forma en que puede darse el cierre y la eventual curación. Como lo describe Breshgold, "se requiere la destrucción de una figura vieja para que surja una nueva" (1989, p. 86). La meta final de la terapia Gestalt es la integración de cada parte de uno mismo, que incluyen aquellas que no podríamos reconocer.

De forma colectiva, los que proponen la fenomenología no ven la resistencia como un impedimento fuerte para la terapia. De hecho, en muchas maneras el término *resistencia* es incompatible con las doctrinas básicas de estas orientaciones. Por ejemplo, la etiqueta de resistencia niega la percepción del paciente de la realidad y la reemplaza con juicios de valor del terapeuta. Además, el concepto de resistencia implica algo que ocurre de manera aislada, lo que es inconsistente con la idea de un ambiente dinámico, interrelacionado, social y vivo. En otras palabras, en lugar de surgir de repente, la resistencia es una función saludablemente protectora que el paciente necesita, al menos en ese momento. De forma similar, en concordancia con la noción de libre albedrío, la resistencia es vista como una opción más que como una compulsión incontrolable. Por consiguiente, la regla general es trabajar con ésta en lugar de contra ésta.

Conductismo

En el pasado, los conductistas no abordaron a profundidad la noción de la resistencia, por varias razones. En primer lugar, el enfoque del tratamiento tiende a estar más en los factores ambientales que en los intrapsíquicos. Por esta razón, las intervenciones quizás no pueden hacerse directamente con los pacientes, y de este

modo no habrá una exposición directa a la resistencia. En segundo lugar, los conductistas generalmente no apoyan conceptos tales como el inconsciente o la represión, que son la columna vertebral de las perspectivas tradicionales de la resistencia. No obstante, a medida que los conductistas (al menos aquellos que trabajan en la práctica privada) se han apartado de los procedimientos estrictamente operantes hacia una postura más cognoscitiva y ecléctica, han escrito mucho más acerca de este tema. Por ejemplo, algunos terapeutas conductistas consideran que la resistencia implica el no cumplir con los métodos de tratamiento (por ejemplo, Shelton y Levy, 1981), o bien, son el resultado de la incapacidad del terapeuta para diseñar un programa de tratamiento efectivo. Hablando de esto último, Lazarus y Fay (1982) sugieren que "el concepto de 'resistencia' es probablemente la racionalización más elaborada que los terapeutas emplean para explicar los fracasos de sus tratamientos" (p. 115). Ellos sugieren (p.120) que son siete los factores responsables de la mayoría de los fracasos de los tratamientos:

1. Hay una correspondencia inadecuada terapeuta-paciente o una falta de entendimiento mutuo.
2. El terapeuta no logra realizar una evaluación precisa.
3. El terapeuta falla en el trato con el círculo social del paciente.
4. El terapeuta usa técnicas inadecuadas.
5. El terapeuta carece de entrenamiento, es inexperto o usa incorrectamente las técnicas adecuadas.
6. El paciente tiene déficits intelectuales o psicológicos extremos.
7. El resultado deseado no es valorado por el paciente.

En general, concluyen que si el paciente no mejora, es en gran medida (aunque no totalmente) por culpa del terapeuta.

Otra perspectiva de la resistencia que muchos terapeutas de orientación conductual apoyan es resumida sucintamente por Munjack y Oriel (1978). Dividen la resistencia en cinco tipos distintivos. En el tipo I, el paciente no entiende el propósito de la intervención o cómo llevarla a cabo. Ésta podría incluir a los pacientes que son pensadores concretos o no sofisticados. En este caso, el terapeuta deberá tener cuidado en explicar sus expectativas en un nivel que el paciente pueda entender.

El tipo de resistencia II resulta del déficit de habilidad. Un ejemplo podría ser una persona que no cumple

con sus deberes debido a su poca habilidad para leer, o una persona que carece de ciertas habilidades interpersonales.

El tipo de resistencia III se caracteriza por una falta de motivación. Básicamente, la persona no desea cambiar, no cree que el cambio sea necesario o no cree que sea capaz de cambiar.

El tipo de resistencia IV resulta cuando la terapia hace que el paciente se sienta demasiado ansioso o culpable. Esto podría incluir un rechazo del paciente para discutir el material que le causa vergüenza.

El tipo de resistencia V resulta de ganancias secundarias o de reforzamientos positivos que resultan de los síntomas. Éstos podrían incluir los pagos por seguro o por incapacidad, la atención social adicional, la habilidad para evitar el trabajo y resultados similares.

Como se podría esperar, los conductistas tienden a tratar la resistencia en una forma consistente con sus perspectivas de la conducta humana, que incluyen el trabajar con conductas observables y que se pueden medir. Usan técnicas tales como los contratos conductuales, el reforzamiento o el costo de respuesta, el entrenamiento de relajación y el automonitoreo. La mayor parte de estas técnicas está diseñada para promover el cumplimiento del tratamiento, que será considerado por separado en este capítulo.

Modelos cognoscitivos

Los terapeutas cognoscitivos han visto a la resistencia en varias formas, dependiendo de su particular orientación teórica. Por ejemplo, Albert Ellis (1985) cree que una de las resistencias más fuertes y básicas es la baja tolerancia a la frustración o lo que él llama "ansiedad incómoda". Esto implica una oposición básica al cambio y un deseo por mantener el *statu quo* a pesar del hecho de que la condición del paciente puede ser incómoda o muy dolorosa (p. 11). Ellis sugiere que los humanos tienen una tendencia general a sucumbir a los "placeres del momento" en lugar de considerar los efectos negativos a largo plazo de sus conductas. De este modo, mucha gente cae presa de las redes de las gratificaciones inmediatas, o bien, no están dispuestos a experimentar la angustia o la incomodidad asociada con el cambio. Éste es un tema que también se puede encontrar entre muchos otros modelos de psicoterapia. Ellis también señala que los terapeutas con frecuencia pueden jugar un papel importante que contribuye a la resistencia del paciente y, por consiguiente, necesitan explorar de qué

manera influyen o son la causa principal de la resistencia del paciente.

Otro tema de la resistencia en la teoría cognoscitiva es la idea de un sistema propio defensivo y que se perpetúa (Liotti, 1987; Mahoney, 1991). La siguiente es una breve explicación de este modelo.

A lo largo de la experiencia, los individuos organizan la percepción de sí mismos y del mundo en estructuras cognoscitivas llamadas *esquemas*. Por ejemplo, nuestro esquema de profesores puede incluir la generalización de que son distraídos, inteligentes, liberales, etcétera. Durante nuestra vida formamos miles de esquemas diferentes. Una vez que están formados, son muy difíciles de cambiar, aun cuando la realidad sugiera que ya no son válidos. De acuerdo con algunos teóricos (por ejemplo, Mahoney, 1991), esta fuerza estabilizadora puede deberse a factores hereditarios que apoyan la supervivencia y que están relacionados con nuestra necesidad de entender y predecir las experiencias de la vida. Por otro lado, el proceso de la psicoterapia introduce a menudo ideas que son inconsistentes con algunos de estos esquemas preestablecidos. Esto sucede especialmente con los que están relacionados con el Yo, que pueden ser los más resistentes al cambio. En este caso, un impulso interno de consistencia cognoscitiva puede llevar a un rechazo de ideas incompatibles con el esquema, que a su vez puede ser interpretado como una resistencia. Por ejemplo, algunos individuos deprimidos se ven a sí mismos como carentes de valor e inepetos. Aunque estas descripciones generalmente no son ciertas, la gente con frecuencia se aferra a estas autoimágenes equivocadas, que son las acostumbradas, en lugar de aceptar alternativas. Aun si no estamos cómodos con nuestra situación, al menos ésta es predecible y provoca menos ansiedad que el cambio.

Una tercera variación del concepto de resistencia en la teoría cognoscitiva es la noción de reactancia. Originalmente descrita por Brehm (1966), la *reactancia* es un intento del individuo por restaurar la libertad de elección perdida o amenazada, siempre que siente que otros están tratando de controlarlo. Esto puede ocurrir aun cuando la gente se dé cuenta que se le da el consejo por su propio bien. En el ambiente terapéutico, la reactancia puede ser expresada a través del incumplimiento o quizá por el hecho de que un paciente haga exactamente lo opuesto de lo que se le prescribió. La diferencia entre éste y otros modelos cognoscitivos es que a lo que se está resistiendo el paciente es a la influencia más que al cambio en sí mismo.

Los individuos parecen diferir en su sensibilidad a la reactancia. Aquellos con altos niveles de este atributo pueden necesitar ser tratados con procedimientos especiales tales como técnicas paradójicas (véase Dowd y Trutt, 1988). Por otra parte, los pacientes que tienen niveles bajos en esta dimensión pueden beneficiarse de terapias que son altamente estructuradas o directivas. Es interesante que algunos terapeutas creen que la reactancia puede deberse tanto a influencias interpersonales como intrapersonales (Arkowitz, 1996). En otras palabras, hay momentos en que podemos reaccionar negativamente a nuestras propias directivas internas.

Teorías de comunicación, estratégica y sistémica

Los contribuyentes a esta gigantesca clase de orientaciones son muy numerosos para listarlos a todos. Incluyen a Gregory Bateson, Jay Haley, Don Jackson, John Weakland, Milton Erickson, Steve de Shazer y a una multitud de terapeutas familiares. Al igual que en otras teorías multifacéticas, el concepto de resistencia dentro de este grupo varía dependiendo de la variación en particular que uno adopte. Sin embargo, en general, estas teorías ven a la realidad desde una perspectiva circular en lugar de hacerlo desde una perspectiva lineal (causa y efecto). Por ejemplo, en el modelo lineal tradicional, el paciente es visto como una entidad separada que actúa y sobre la cual actúa el terapeuta o el ambiente. En este caso, hay una dicotomía entre el paciente y el terapeuta, que a menudo da como resultado una percepción de oposición. La realidad circular es distinguida por un modelo interactivo, donde hay una retroalimentación y ajustes constantes entre todos los miembros del sistema. Desde este punto de vista, la resistencia no se origina en el paciente, sino más bien en la relación entre el paciente, el terapeuta y otros componentes del sistema.

Otro concepto central relacionado con la resistencia dentro de esta filosofía es la idea de homeostasis. Esta noción es especialmente pertinente en la terapia familiar y se relaciona con un proceso que intenta mantener la estabilidad de un sistema. Cualquier esfuerzo por cambiar el sistema o cualquier cosa que produzca un desequilibrio resulta en resistencia. Un tema similar es la idea de que la resistencia es el intento del sistema por proteger a uno o a todos sus miembros. Debido a que todos ellos están interconectados, cualquier cambio en una persona afectará a todos los demás y, por consiguiente, desestabilizará al sistema.

Los que apoyan estas orientaciones con frecuencia tratan a la resistencia a través del uso de técnicas paradójicas. Una de las ventajas de dichas técnicas es que le permiten al terapeuta hacer uso de la resistencia en lugar de tratar de superarla. Otra ventaja es que este método con frecuencia cambia la realidad percibida por el paciente, que a su vez hace mucho más fácil el tratar con la resistencia o con la conducta problemática.

Haley (1987, pp. 80-84) resume las etapas generales de las intervenciones paradójicas de la siguiente forma:

1. Se establece una relación de trabajo que está diseñada para lograr el cambio.
2. El problema está definido claramente.
3. Se especifican metas exactas.
4. Se ofrece un plan para tratar el problema.
5. La autoridad actual sobre el problema es descalificada. Con esto, Haley quiere decir que usualmente hay alguien en la familia de la persona que está encargado de "curar" al paciente del problema, pero resulta probablemente el instrumento que mantiene dicho problema. La situación deberá configurarse de forma que esta persona o el sistema en sí mismo no se descomponga cuando desaparezca el problema.
6. Se determina la directriz paradójica.
7. El terapeuta observa el resultado y continúa alentando la conducta problemática.
8. Conforme el paciente hace cambios y mejoras, el terapeuta no se acredita con esto. Por ejemplo, Haley sugiere que el terapeuta deberá estar desconcertado ante la mejora.

La reetiquetación, la reformulación y la prescripción de los síntomas son algunas de las técnicas paradójicas más populares. Reetiquetar y reformular implica cambiar el significado de un problema, suceso o situación a una perspectiva terapéuticamente más útil. Por ejemplo, la conducta de interrumpir de un niño puede ser reetiquetada como un medio para mantener a la familia unida. Para que sea efectivo, este proceso deberá ocasionar que el paciente vea el problema de una forma diferente a como lo veía, pero en una manera consistente con su forma de pensar o de ver al mundo.

De forma similar, una de las formas en que la reformulación puede utilizarse es encontrando los aspectos positivos de un problema. Por ejemplo, las constantes discusiones de una pareja pueden ser reformulados como una forma de brindarse el uno al otro mucha aten-

ción. Lo que parece hacer efectiva a la reformulación es que sus secuelas son irreversibles. Esto es, una vez que se usa la técnica, no puede regresarse fácilmente a la perspectiva anterior del problema.

La prescripción de síntomas implica el instruir o alentar a los pacientes para que mantengan o exageren sus conductas o síntomas problemáticos. La ventaja de esta técnica es que si es exitosa, los pacientes aprendan que sus síntomas son algo controlable en lugar de algo autónomo. Por otra parte, si los pacientes son reacios, deberán reducir o eliminar sus síntomas para ir en contra del terapeuta. Por ejemplo, se le puede pedir a un paciente que incremente el número diario de sus arranques de ira "incontrolable" en contra de su esposa.

Un procedimiento que es similar a la prescripción de síntomas es la restricción. Esta es una técnica por medio de la cual el terapeuta desalienta o le prohíbe al paciente que cambie, o le sugiere que el cambio ocurra muy lentamente. Ésta es una técnica especialmente útil con pacientes muy reacios debido a que la única forma de resistirse al terapeuta es cambiando. Por ejemplo, puede informársele a los pacientes que han sido inculpidos, que el cambio en sus comportamientos será muy difícil y que quizá prefieran proceder de manera más lenta a lo habitual.

Aunque se ha descubierto que todas estas técnicas son muy útiles con pacientes que se resisten al cambio, deberán ser usadas únicamente por terapeutas muy experimentados o especialmente entrenados.

Resumen

La sección anterior ha considerado la resistencia desde la perspectiva de los diferentes paradigmas de tratamiento. Aunque la resistencia parece estar universalmente en todas las orientaciones de las terapias, su significado percibido y la forma en que es manejada varía enormemente, por una cantidad de razones. Una de ellas se relaciona con las diferencias teóricas entre las diversas orientaciones. Por ejemplo, es común que las teorías cognoscitivas puedan poner mucha más atención a la resistencia manifestada por cogniciones erróneas o que los conductistas tiendan a enfocarse en la obediencia aparente o en temas del medio ambiente. Para eso están entrenados estos terapeutas. De forma similar, parece que hay varias formas de resistencia que se relacionan más fácilmente con diferentes orientaciones. Por ejemplo, la resistencia puede estar relacionada con conductas, cogniciones o emociones, al tiempo que di-

ferentes orientaciones tienden a poner más o menos atención a cada uno de estos factores.

Otra razón por la cual las diversas orientaciones ven a la resistencia de forma diferente se relaciona con los esquemas y paradigmas. Una vez que adoptamos cierta perspectiva del mundo, nuestras percepciones y recuerdo se enfocan hacia esta perspectiva. Como lo demostró claramente Rosenhan (1973) en su famoso estudio, a menudo vemos lo que esperamos ver. Esto también es cierto en el consultorio de la terapia. Si creemos que la resistencia se desarrolla principalmente a partir de la represión, atenderemos y recordaremos más lúcidamente aquellas instancias que confirmen esta expectativa. De este modo, nuestras creencias acerca de la resistencia se validan y se perpetúan a sí mismas.

En forma similar, las técnicas específicas usadas en las distintas orientaciones pueden dar como resultado diferentes patrones de resistencia. Por ejemplo, la orientación de marcada neutralidad o "pantalla en blanco" considerada en algunos procedimientos psicodiná-

micos puede promover las reacciones de transferencia más que un modelo cognoscitivo-conductual. Por otra parte, el mayor énfasis que ponen los terapeutas de orientación conductual a la asignación de tareas podría hacer que el incumplimiento sea más sobresaliente, mientras que es menos probable que los terapeutas no directivos vean o produzcan como respuesta la reactancia. La tabla 10.2 resume las diversas formas en que cada orientación conceptualiza la resistencia y cómo es tratada generalmente.

UN MODELO INTEGRADO DE LA RESISTENCIA

Aunque cada modelo de tratamiento trata con la resistencia en forma diferente, varios temas en común son vistos en casi todas estas perspectivas. Éstos incluyen las ideas de protección o actitudes de defensa, conflictos, ambivalencia y comunicación. De forma similar, las conductas que son consideradas generalmente como

Tabla 10.2 Perspectiva de la resistencia de las diferentes orientaciones de tratamiento

ORIENTACIÓN	FUENTE	FUNCIÓN	MANIFESTADA POR	TRATAMIENTO	IMPORTANCIA DEL CONCEPTO	CONSIDERADA COMO
Psicoanalítica	Conflictos o impulsos intrapsíquicos	Protectora	Represión	Discernimiento	Muy alta	Negativa; necesita ser superada
Centrada en el paciente	Autoconcepto	Protectora	Falta de autorrevelación	Técnicas rogerianas	Baja	Debida a un ritmo o a técnicas de tratamiento inadecuadas
Conductual	Paciente, terapeuta o medio ambiente	Retroalimentación	Incumplimiento	Contrato; técnicas conductuales	De media a alta	Incompetencia del terapeuta; falta de habilidades o de comprensión por parte del paciente.
Gestalt	Paciente	Protectora	Falta de conciencia	Existencial	Baja	Incompatible con la teoría actual
Sistémica	Familia o sistema	Homeostasis	Protección del sistema o de los miembros del sistema	Técnicas paradójicas	Baja	Componente natural del proceso de cambio
Cognoscitiva	Paciente o terapeuta	Protección del autosistema	Reactancia: ambivalencia	Técnicas paradójicas o cognoscitivas	De media a alta	Componente natural del proceso de cambio
Existencial	Paciente	Protectora	Falta de conciencia	Autoconciencia o ninguno	Baja	Autoexpresión legítima; por lo general incompatible con la teoría.

resistentes en su naturaleza son bastante comunes a lo largo de todas las orientaciones. La tabla 10.3 lista cierto número de conductas que pueden ser interpretadas como resistentes en su naturaleza (aunque su expresión puede deberse a otros factores). Aunque ésta no es una lista exhaustiva, incluye los tipos comunes de conductas que muchos terapeutas consideran como resistencia. Sin embargo, es importante anotar que la resistencia no necesariamente es inapropiada y que no siempre emana sólo del paciente.

Todas las orientaciones de los tratamientos descritas aquí han contribuido enormemente a nuestra comprensión de la resistencia. Sin embargo, debido a las perspectivas divergentes de la resistencia, la definición del concepto permanece deficiente y dificulta, por lo general, tratar con éste en escenarios terapéuticos. La siguiente sección es un intento por integrar las diversas ideas alrededor de la resistencia en un modelo unificado que puede ser fácilmente conceptualizado y procesado. Los supuestos básicos de este modelo son los siguientes:

1. La resistencia al tratamiento implica factores intrapersonales, interpersonales y extrapersonales.

2. En el nivel intrapersonal, ésta incluye variables tanto de estado como de rasgo. En otras palabras, la re-

sistencia puede deberse a sucesos temporales específicos en la sesión de tratamiento o puede estar relacionada con rasgos del carácter más globales manifestados en el paciente.

3. La resistencia al tratamiento es una forma importante de comunicación que tiene propósito y significado.

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

5. La resistencia al tratamiento incluye componentes conductuales, afectivos y cognoscitivos. El aspecto conductual por lo general implica el no cumplimiento o conductas que interfieren con el logro de las metas del tratamiento. El aspecto cognoscitivo incluye la ambivalencia hacia el cambio, la resistencia a la autoconciencia, así como una renuencia a cambiar las creencias centrales acerca del Yo. Estas también pueden incluir creencias irracionales acerca de sí mismo o de los demás. A nivel afectivo, el individuo puede intentar evitar los recuerdos, sentimientos o emociones dolorosas asociadas con sucesos traumáticos, o bien, puede tener miedo al mismo proceso de cambio. Se supone que hay una gran superposición entre estas tres variables y que algunas veces pueden operar virtualmente de forma simultánea.

6. Etiquetar la resistencia al tratamiento siempre implica una evaluación y un juicio subjetivos. Se ha sugerido que la clasificación de la resistencia al tratamiento se limita a situaciones en las que se ha hecho un diagnóstico adecuado y se han usado tratamientos efectivos. Aunque conceptualmente ésta es una distinción importante, en la práctica puede ser difícil, si no imposible, evaluar ésta de forma realista, por lo que esta discriminación puede que no sea útil. También se puede considerar una diferenciación entre la resistencia al

Tabla 10.3 Conductas de resistencia comunes en la psicoterapia

Abandono de la terapia	Incumplimiento del tratamiento
Actuación	Intelectualización
Aislamiento	Limitar la aplicación de pruebas
Ambivalencia	No esforzarse por cambiar
Antagonismo	No pagar por las sesiones de terapia
Bloqueo	No revelar nada sobre sí mismo
Cambiar el tema	No ser completamente honesto
Censura	No tomar responsabilidad del cambio
Cinismo constante	Pasividad
Culpar a otros	Pasivo-agresividad
Defensa	Regresión
Demandar demasiado del terapeuta	Renuencia
Demandante	Responder constantemente
Desafiante	"no lo sé"
Descalificar	Rigidez (inflexibilidad)
Discusión	Sarcasmo
Enojo y hostilidad inapropiados	Sedución
Escepticismo	Sentido desproporcionado del merecimiento
Evasión	Silencio
Evitación	Sustitución del síntoma
Falta de cooperación en general	Tardanza
Faltar a sesiones de terapia	
Hablar muy poco o demasiado	

tratamiento y el trastorno a la resistencia (por ejemplo, esquizofrenia). De nuevo, conceptualmente, ésta puede ser importante, pero pragmáticamente puede ser difícil separar las dos. Aquí el punto es que si uno no acepta una connotación peyorativa para la resistencia al tratamiento, entonces la etiqueta no importa mucho. En última instancia, sin importar cómo denominamos a las situaciones descritas aquí, éstas necesitan ser evaluadas y tratadas. Una definición más incluyente de la resistencia al tratamiento parece ofrecer los máximos beneficios en términos de efectividad del tratamiento. La tabla 10.4 resume estos puntos.

Al intentar tratar con la resistencia, es importante seguir un modelo proactivo en lugar de uno reactivo. Por ejemplo, el terapeuta debe tratar, en primer lugar, de evitar que ocurran ciertos tipos de resistencia. Esto es en especial importante en esta época de la administración de la asistencia y de las formas breves de terapia, debido a que simplemente ya no habrá tiempo suficiente para actuar en la forma tradicional cuando aparece la resistencia.

Para tratar efectivamente la resistencia es importante identificar su fuente general. La forma en que tratemos la resistencia dependerá de ello. Algunas veces la fuente de la resistencia puede estar conectada a la razón por la cual el paciente es referido a terapia. Por ejemplo, en ciertos tipos de trastornos de personalidad, las características de la alteración en sí mismas pueden ser la principal razón de la resistencia. En otras ocasiones, el problema por el cual se hizo la referencia y la fuente de la resistencia son independientes.

Los orígenes de la resistencia caen en tres categorías generales, aunque éstas no son mutuamente exclu-

yentes. De hecho, es probable que haya una gran cantidad de traslapes entre ellas. Asimismo, la resistencia puede deberse a más de una fuente principal. La siguiente sección describe estas influencias con más detalle (véase la tabla 10.5).

Factores intrapersonales

Éstos comprenden todos los factores intrapsíquicos conscientes e inconscientes descritos por Freud y otros autores, tales como la represión, la transferencia o la resistencia a la autoconciencia. Esta categoría también incluye otras características que, por lo general, surgen del individuo, como los valores, las creencias, las culpas, la vergüenza, los rasgos de carácter o los tipos de resistencia idiosincrásica que resultan de la personalidad del paciente o de otros patrones de conducta establecidos. Por ejemplo, la reactancia podría estar incluida en esta categoría, así como también los individuos que están crónicamente enojados, a la defensiva o que no cooperan. Los antecedentes culturales del paciente o el nivel de aculturación también son una fuente potencial de resistencia. Otros factores intrapsíquicos incluyen conductas de resistencia que resultan de ganancias secundarias o de la simulación (véase, Cullari, 1996b, Apéndice C, para una discusión acerca de la resistencia y la simulación).

Esta categoría también incluye varios trastornos psicológicos que contribuyen a la resistencia en la terapia, tales como la falta de motivación, que se observa con frecuencia en la depresión mayor o en la esquizofrenia, o bien, los aspectos que interfieren en los diversos trastornos de personalidad. De forma similar, esto incluye la resistencia que resulta de la falta de habilidades apropiadas en el paciente o de otros prerrequisitos para el cambio.

Es importante distinguir entre las formas de carácter o rasgos de la resistencia, que es probable que se repitan a lo largo de la terapia, así como las formas pasajeras o de estado de resistencia que pueden suceder en respuesta a estímulos en particular. Por ejemplo, un paciente puede encontrar un tema en particular extremadamente doloroso o puede ser más resistente durante alguna etapa en particular de la terapia. Por supuesto, puede existir una correlación positiva entre la presencia de la resistencia de estado y de rasgo, pero algunos tipos de resistencia pueden deberse principalmente a que el paciente o el terapeuta hayan tenido un mal día o a otros factores en el ambiente de cada persona.

Tabla 10.4 Supuestos básicos de un modelo integrativo de resistencia

1. La resistencia al tratamiento involucra factores intrapersonales, interpersonales y extrapersonales.
2. A nivel intrapersonal, incluye variables tanto de estado como de rasgo.
3. La resistencia al tratamiento es una forma importante de comunicación que tiene tanto propósito como significado.
4. La resistencia al tratamiento debe ser tratada como una variable continua en lugar de tratarse como una variable discreta.
5. La resistencia al tratamiento incluye componentes conductuales, afectivos y cognoscitivos.
6. La resistencia al tratamiento siempre implica una evaluación y juicio subjetivos.
7. Los terapeutas deberán realizar un acercamiento proactivo en lugar de uno reactivo cuando traten con la resistencia.

Tabla 10.5 Fuentes potenciales de resistencia en psicoterapia

I. Factores intrapersonales a. Represión o supresión b. Reactancia c. Transferencia d. Resistencia a la autoconciencia e. Culpa, vergüenza o negación f. Rasgos de personalidad o patrones de conducta establecidos g. Hábitos o valores fuertes h. Ganancias secundarias o simulación i. Nivel de habilidades del paciente, o bien, otros prerequisites para el cambio j. Trastornos psicológicos k. Características de estado l. Antecedentes culturales o nivel de aculturación del paciente II. Factores interpersonales: a. Relación paciente-terapeuta b. Sistema social del paciente c. Estilos personales de enfrentamiento del paciente	d. Contratransferencia e. Incompatibilidad entre la etapa actual de cambio del paciente y las intervenciones del tratamiento f. Diferencias culturales o raciales entre el paciente y el terapeuta III. Factores extrapersonales: a. Características del terapeuta, tales como personalidad, entrenamiento, experiencia u orientación del tratamiento b. Malos diagnósticos o intervenciones poco efectivas c. Variables del ambiente de tratamiento, como la conducta de apoyo del personal, horario de citas o la lejanía del consultorio d. Factores relacionados con los seguros médicos, la administración de la asistencia o el costo de la terapia. e. Factores ambientales tales como falta de recursos (por ejemplo, financieros, de transportación, cuidado de niños), vivir en la pobreza, efectos crónicos del racismo u otras influencias sociales agresivas sobre el paciente

Factores interpersonales

El principal ejemplo de esta categoría implica la relación entre el paciente y el terapeuta. En otras palabras, la resistencia puede deberse a una incompatibilidad entre los dos o simplemente puede ser el resultado de este intercambio social. Aquí también están incluidos los efectos de la contratransferencia. Además, esta categoría incluye a la resistencia que resulta del funcionamiento de los sistemas sociales externos, como las familias o los amigos, así como asuntos similares a la codependencia. De igual forma, ésta incluye los estilos o patrones que usa el paciente para enfrentarse a los demás, que pueden o no ser el objetivo de la terapia.

Esta categoría también incluye, a un nivel diferente, conductas resistentes relacionadas con la incompatibilidad entre la etapa actual de cambio del paciente y las intervenciones del tratamiento. Recientemente, ha habido un gran interés en aparear las intervenciones del tratamiento con la etapa predominante de cambio del paciente (véase Prochaska y DiClemente, 1986).

Algunas veces, los pacientes que provienen de diferentes culturas o grupos étnicos pueden percibirse como resistentes, cuando de hecho, gran parte de su conducta puede ser el resultado de técnicas que no comprenden o que son inconsistentes con su perspectiva del mundo. Por ejemplo, algunas culturas muestran gran dificultad con el concepto de "curación por medio del habla", que es la base de la psicología occidental. Para reducir este tipo de resistencia, los psicólogos clínicos

deben tratar de aprender tanto como puedan acerca de las diferentes culturas, antes de que inicien la psicoterapia y deberán modificar sus estrategias de tratamiento según sea el caso (véase capítulo 15).

Factores extrapersonales

Esta categoría incluye varias características del terapeuta, tales como el entrenamiento, la experiencia, la orientación del tratamiento, los prejuicios, los valores, las habilidades sociales y otros factores de personalidad. También incluye la resistencia que resulta de un mal diagnóstico o de intervenciones de tratamiento poco efectivas. Del mismo modo, incluye a la resistencia que resulta de la intervención elegida por el terapeuta, así como también a los factores del procedimiento, tales como la intromisión. Por supuesto, en ésta existe la probabilidad de que haya mucho traslape entre esta categoría y las fuentes interpersonales.

En algunos casos, la resistencia puede deberse a variables que no son del tratamiento, tales como los seguros médicos, la administración de la asistencia, el costo de la terapia, la lejanía del consultorio, el comportamiento del personal de apoyo, el horario de las citas y factores similares. También deben considerarse factores ambientales como la falta de recursos (por ejemplo, dinero, transporte, cuidado de los hijos), vivir en la pobreza, efectos crónicos del racismo u otras influencias sociales adversas que actúan sobre el paciente.

FUNCIÓN Y CONCIENCIA DE LA RESISTENCIA

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

menudo hay importantes traslapes entre estas áreas, que pueden utilizarse para desarrollar las intervenciones del tratamiento.

Otra pieza importante de información es la estimación del nivel de conciencia que tiene el paciente acerca de su resistencia. Al contrario, desde el punto de vista psicoanalítico, el supuesto aquí es que la conciencia que se tiene respecto a la propia resistencia varía entre dos extremos, uno que indica una conciencia total y el otro, una falta total de la misma. En este caso puede ocurrir a un nivel inconsciente, o bien, en el otro extremo, el paciente puede estar completamente consciente de su resistencia. Sin embargo, como con otros atributos que caen dentro de la curva normal, es probable que la mayor parte de los casos caiga en algún punto intermedio.

Una vez que el terapeuta evalúa el origen, función y nivel de conciencia respecto a la resistencia, estará en una mejor posición para diseñar una estrategia para tratarla. Siendo consistentes con el tema general de este libro es recomendable que la resistencia sea tratada con un modelo terapéutico integrativo que esté ajustado a las necesidades particulares del paciente. Aunque está más allá del alcance de este capítulo el abordar con detalle el tratamiento de la resistencia, el siguiente ejemplo servirá como un caso para este punto. Asimismo, la

Caso ilustrativo

El siguiente ejemplo de resistencia está basado en un caso real, aunque algunos de los detalles se han cambiado por razones de confidencialidad y con propósitos ilustrativos. Demuestra la complejidad de la resistencia, como también la importancia de buscar su origen. También ilustra el concepto de transferencia y la importancia de una fuerte relación terapéutica.

Una mujer casada de 20 años de edad fue referida a terapia debido a una depresión y al abuso de drogas. Además de las condiciones mencionadas anteriormente, presentaba un cuadro de diagnóstico mezclado que incluía síntomas de ansiedad, un trastorno de personalidad, un trastorno de alimentación, así como un posible trastorno disociativo. Combinados con sus problemas había sentimientos crónicos de baja autoestima.

La paciente había estado abusando de las drogas por cierto número de años. Sus padres eran al-

cohólicos y creció en un ambiente caótico. Negó haber sufrido de abuso sexual o físico mientras crecía, pero frecuentemente sufrió de negligencia. A pesar de su historia, describió su niñez como "normal". Sin embargo, cuando era adolescente, su padre frecuentemente llevaba videos pornográficos a la casa, se sentaban juntos en la sala y los veían. Ella no veía nada particularmente malo con este comportamiento y reaccionaba casi como si ésta fuera una actividad normal de la familia. Era evidente que su madre estaba ausente o incapacitada con frecuencia y que era dependiente de su padre en sus necesidades emocionales.

Durante las sesiones iniciales de terapia se mostraba muy aislada, cautelosa y con aplanamiento emocional, pero a menudo seductora. Aunque fue superficialmente cooperadora, se lograron muy pocos progresos. Fue evidente que ella estaba tratando de desapegarse de sus sentimientos. A duras penas hablaba acerca de su esposo o de su madre y parecía que su padre seguía siendo el punto central de su vida.

Caso ilustrativo *Continuación*

Las raíces de su resistencia parecían involucrar factores tanto intrapersonales como interpersonales. Su conducta seductora eran intentos obvios para manipular al terapeuta y a la sesión de terapia. Observaciones hechas fuera de las sesiones de terapia indicaban que ésta era una estrategia típica que utilizaba incluso en sus interacciones con los demás. También resultó claro que estaba evitando activamente algunos temas y que estaba tratando de soslayar el proceso del tratamiento en general.

Aunque el terapeuta tenía una orientación cognoscitivo-conductual, decidió en gran medida usar el modelo Gestalt con esta paciente, incluyendo el uso constante de la técnica de la "silla vacía". A través de este proceso, ella gradualmente se hizo consciente de algunos sentimientos intensos de enojo no expresado que tenía hacia su madre y de muchos asuntos no resueltos. También se hizo menos defensiva y comenzó a aceptar más responsabilidad por sus propios actos.

Durante la cuarta sesión, admitió que se prostituía para obtener dinero para comprar drogas. No obstante, dijo que no lo hacía de manera "regular". Su esposo, quien también abusaba de las drogas, estaba consciente de esta situación y, aunque la desaprobó verbalmente, permitió que continuara. Mientras ejercía la prostitución, ella adoptó la personalidad de alguien a quien llamó Joni. Aseguraba ser capaz de

cambiar su "personalidad" a voluntad y que estaba consciente de estas "dos personalidades". Sin embargo, no se ajustaba al patrón clásico del trastorno de personalidad múltiple, y no se observaron episodios disociativos durante la terapia.

Durante las sesiones subsecuentes, el progreso fue lento. No obstante, conforme se incrementó su autoconciencia y comenzó a desarrollarse más la relación terapéutica, se hizo más confiada y reveladora. Por último, durante la décima sesión, ella casualmente dijo que Joni había tenido relaciones sexuales con su padre aproximadamente dos meses antes de que iniciara la terapia. Reportó que ésta había sido la primera vez que había ocurrido, pero no quedó totalmente claro quién había iniciado el encuentro. En un principio describió los detalles de este incidente de manera normal, sin ninguna reacción emocional. Su padre, que también sabía que se prostituía, le dio 50 dólares a cambio.

Las pocas sesiones que siguieron probaron ser el punto decisivo de su terapia. Ella fue gradualmente capaz de hacer una conexión con sus sentimientos y en un punto lloró casi toda la sesión. También se aproximó a la terapia con una nueva actitud. Gradualmente fue capaz de hacer progresos significativos con todos sus síntomas y dejó el tratamiento en una condición mucho mejor.

siguiente sección tratará los aspectos conductuales que con más frecuencia encontramos en la resistencia.

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

La adherencia al tratamiento cubre una amplia gama de conductas, que incluye el acudir a terapia regularmente, cooperar con el proceso del tratamiento, tomar los medicamentos recetados, realizar las "tareas" asignadas, no realizar conductas autodestructivas y muchas otras cosas. Aunque las palabras *adherencia* y *cumplimiento* se usan a menudo de forma intercambiable, algunos escritores sostienen que el *cumplimiento* indica un papel pasivo por parte del paciente y prefieren usar el término *adherencia* que sugiere una cooperación más activa entre el paciente y el terapeuta. En esta sección se usará por lo general dicha palabra.

Es importante señalar que las razones principales por las que queremos que los pacientes se adhieran a

los programas de tratamiento es para que mejoren su condición. Esto supone que las intervenciones que proponemos son efectivas, lo que no siempre es el caso. Como lo han sugerido Achterberg-Lawlis (1982) y Davidson (1982), tal vez estamos colocando la carreta antes que el caballo al desarrollar tecnologías de cumplimiento en lugar de perfeccionar los regímenes de tratamiento. Aunque es claro que los pacientes necesitan adherirse a los regímenes de tratamiento para poder mejorar, también es una obligación ética que los terapeutas proporcionen intervenciones que tengan las mejores posibilidades de éxito.

Investigaciones previas sugieren que la adherencia tiende a disminuir en las últimas etapas de la terapia, en especial cuando el progreso es lento, lo que subraya la importancia del éxito inicial del tratamiento y los beneficios de mantener una terapia breve cuando es posible. También parece que es más probable que los pacientes

cumplan cuando se requiere que aprendan nuevas conductas en lugar de que cambien las antiguas. Por ejemplo, al tratar un trastorno de alimentación, puede ser más fácil hacer que los pacientes usen un nuevo programa de ejercicios en lugar de cambiar los hábitos alimenticios establecidos. De manera correspondiente, es menos probable que los pacientes se adhieran a los programas que intentan eliminar patrones o hábitos de conducta arraigados, tales como el fumar o el abuso de sustancias. Además, es menos probable que los pacientes se adhieran a un programa de tratamiento cuando tienen más bien una condición crónica en lugar de una aguda, o bien, cuando los beneficios de la intervención no son inmediatamente obvios para ellos. Un ejemplo de esto último es un programa de prevención o una intervención que requiere un periodo extenso.

Como con la resistencia, es mejor considerar la adherencia como una variable continua más que como una variable discreta, ya que puede variar de una falta total de cooperación a algo cercano a una cooperación completa. De manera correspondiente, la adherencia puede fluctuar ampliamente durante el curso de la terapia. A este respecto, es útil considerar la adherencia como un proceso activo y continuo más que como uno estático. Al igual que la resistencia, la adherencia es un fenómeno complejo que involucra cierto número de variables interrelacionadas que con frecuencia cambian con el tiempo, por lo que necesita ser evaluada y tratada continuamente.

Es importante diferenciar el proceso de facilitación de la adherencia del de reducción de la no adherencia. Cada uno puede tener diferentes causas y operar independientemente el uno del otro. Por ejemplo, el no saber cómo llevar a cabo el programa de tratamiento por lo general lleva a una no adherencia, aunque la comprensión completa del programa no necesariamente llevará a su cumplimiento. En este caso, se puede necesitar tratar estas dos situaciones por separado, y se puede necesitar una intervención diferente para cada una. Además, las conductas de adherencia son multidimensionales en el sentido de que los pacientes pueden adherirse a algunas partes del programa de tratamiento pero no a otras. Es extraño encontrar a un paciente que sea totalmente cooperativo, o bien, que no coopere por completo con cada paso de la intervención. A menudo, los pacientes se adhieren a los programas sólo lo suficiente para mantener algún nivel de comodidad o incomodidad que ellos puedan aceptar.

De forma relacionada, se deberá hacer una distinción entre la no adherencia intencional y la no intencional. En la última, los pacientes pueden desear cooperar pero puede que no sean capaces de hacerlo por razones que están mucho más allá de su control. Por ejemplo, puede que no entiendan lo que se supone que deben hacer, o puede que carezcan de las habilidades que son prerequisites necesarios, o bien, pueden tener condiciones psicológicas que les impidan llevar a cabo el programa de tratamiento. En la no adherencia intencional, los pacientes entienden el programa y tienen la habilidad para completarlo, pero no lo hacen por razones que son en gran parte de naturaleza voluntaria. Estas razones incluyen factores tales como ganancias secundarias, proyectar culpa a los demás o a otras cosas o no desear realmente cambiar.

Respecto a la no adherencia, también es importante distinguir entre los pacientes que se resisten a algunos aspectos de la intervención y hacen lo opuesto para otras condiciones del tratamiento. DiMatteo y DiNicola (1982) etiquetan estas dos categorías como el *proceso* y el *contenido* de la influencia. La parte del contenido de la influencia generalmente incluye factores que están relacionados con la intervención, mientras que el tipo del proceso incluye variables tales como las cualidades del terapeuta o la relación paciente-terapeuta. Por ejemplo, un plan de tratamiento que es muy difícil de llevar a cabo podría estar relacionado con el contenido, mientras que la reactancia podría estar relacionada con el proceso. Los pacientes que reaccionan negativamente al contenido pueden seguir en la terapia, pero no obtienen ninguna mejoría debido a la no adherencia. En contraste, los pacientes que tienen dificultades con el proceso de la terapia tienden a faltar a algunas sesiones del tratamiento o lo abandonan por completo.

Es obvio que potencialmente hay una gran cantidad de superposiciones entre la resistencia al tratamiento y la no adherencia. De hecho, algunos terapeutas consideran que ambas son esencialmente equivalentes. Muchos conductistas creen que la no adherencia se debe ya sea a planes de tratamiento inefectivos o a otros factores observables que pueden ser manipulados y controlados. En efecto, consideran el término *resistencia* como innecesario debido a que éste no ofrece ninguna ventaja explicativa sobre el término *no adherencia*. Sin embargo, no todos están de acuerdo con esta conclusión. Como ya lo hemos visto, la noción psicoanalítica de la resistencia sostiene que ésta es en gran parte inconsciente e involuntaria. Aquí, la analogía es que la no ad-

herencia funciona en forma similar a una fiebre que es causada por una infección subyacente (que representa a la resistencia). En este caso, la resistencia puede expresarse a través de una no adherencia, pero también puede hacerlo en otras formas. Por ejemplo, un paciente puede manifestar resistencia al ser demasiado obediente. De acuerdo con esta teoría, el tratar simplemente con las características observables de la no adherencia podría tener muy poco efecto sobre las causas fundamentales de la resistencia. Desafortunadamente, la mayor parte de las orientaciones del tratamiento no han tratado esta cuestión con una mayor amplitud, y de este modo no hay un consenso general en este campo.

No hay una respuesta simple o satisfactoria a la relación entre la resistencia y el incumplimiento debido a que la respuesta depende de cómo uno define a cada uno de estos constructos. Si uno acepta la definición más general posible tanto de la no adherencia como de la resistencia, entonces, en esencia las dos pueden superponerse por completo. Sin embargo, parece haber ventajas teóricas y prácticas al mantener una distinción entre las dos. Desde una perspectiva teórica, no está claro que las dos sean en efecto equivalentes. Aunque falta una fuerte evidencia empírica, muchos signos clínicos apuntan en la dirección de dos entidades distintas. Desde una orientación práctica es posible, y tal vez común para un paciente, adherirse a un programa de tratamiento aun cuando sea resistente (o viceversa). Por ejemplo, un individuo puede cumplir completamente con las intervenciones para la depresión y no obstante fallar al reportar un problema de abuso de sustancias. Un arreglo posible es usar el término *resistencia* cuando se describe el proceso general de la terapia y el de *no adherencia* cuando se trata con procedimientos específicos o intervenciones. Aunque ésta puede no ser una solución perfecta, por el momento parece ser una alternativa viable.

Evaluación de la adherencia y la no adherencia

Hay cierto número de maneras de medir la adherencia al tratamiento (DiMatteo y DiNicola, 1982; Masek, 1982; Meichenbaum y Turk, 1987). Los métodos más comúnmente usados son los autorreportes, el automonitoreo, las clasificaciones del terapeuta o de las clínicas, los indicadores bioquímicos (tales como pruebas de sangre para el litio, anticonvulsivos u otros medicamentos), el registro de las citas canceladas, la observación directa y los resultados clínicos. Cada uno de es-

tos métodos tiene varios inconvenientes. Por ejemplo, los autorreportes o el automonitoreo pueden ser inexactos o poco confiables debido a una mala memoria o a una medición imprecisa o incluso debido a que el paciente puede no estar diciendo la verdad.

Dunbar (1979) señala que los pacientes tienden a reportar menos la adherencia pobre y a reportar más el buen cumplimiento. Ella sugiere que los terapeutas deben crear una atmósfera de aceptación y que no sea amenazadora para que se reporte la no adherencia. Hace énfasis en que es importante decirle a los pacientes qué conductas deben monitorearse y proporcionar entrenamiento cuando sea necesario. Además, todos los materiales recomendados para registrarse deberán ser fáciles de usar.

El uso de las medidas de resultados clínicos para evaluar la adherencia parece lógico, pero este supone falsamente una relación directa entre la adherencia al tratamiento y la mejoría. Este proceso puede ser inadecuado debido a que la intervención puede que no sea efectiva o debido a que no ocurrió la generalización. De forma similar, algunos pacientes mejoran a pesar de no adherirse al tratamiento y otros no mejoran aun cuando siguen rigurosamente el programa. En general, el usar los resultados como un indicativo de la adherencia parece ser poco confiable.

Otros métodos para medir la adherencia también parecen tener algunos inconvenientes. Se ha encontrado que no son muy confiables las clasificaciones subjetivas que hace el terapeuta de las conductas de cumplimiento del paciente. Parece que los terapeutas sobreestiman la cantidad de cumplimiento por parte de los pacientes y no pueden predecir con precisión cuándo o cuáles pacientes son cumplidos. La observación directa puede ser una opción, pero puede consumir gran cantidad de tiempo y no resulta generalmente adecuada en costo-efectividad. Por consiguiente, a pesar de sus propios defectos, los métodos de autorreporte y/o cuestionamiento directo por parte del terapeuta parecen ser los medios más adecuados para medir la adherencia.

Factores responsables de la adherencia y la no adherencia

Como se discutió previamente, hay una gran cantidad de traslapes entre la no adherencia y la resistencia. De hecho, las fuentes de ambas son similares y pueden involucrar factores intrapersonales, interpersonales o extrapersonales. La tabla 10.6 resume las principales razones de la no adherencia a la psicoterapia.

Tabla 10.6 Factores principales asociados con la falta de adherencia al tratamiento

1. El paciente malinterpreta o no entiende el programa del tratamiento o éste es demasiado complejo.
2. El plan de tratamiento es ineficiente y/o el paciente tiene múltiples problemas y está siendo tratado con el equivocado.
3. Al paciente no le agrada el terapeuta o hay una mala relación paciente-terapeuta.
4. El paciente carece de las habilidades o recursos necesarios para llevar a cabo una parte o todo el plan del tratamiento.
5. El paciente no está de acuerdo con el plan o no está satisfecho con el tratamiento.
6. El paciente tiene trastornos no diagnosticados (por ejemplo, abuso de drogas y alcohol) que interfieren con el programa.
7. Las actitudes o el sistema de creencias del paciente (racional o irracional) interfieren con la realización del programa. Por ejemplo, el paciente cree en el "destino" o espera que "un alto poder" arregle el problema.
8. Los síntomas o daños físicos o sensoriales del paciente (ansiedad, depresión, desesperanza, psicosis, problemas con la memoria, etc.) interfieren con el cumplimiento del tratamiento.
9. La familia, el ambiente o el sistema social del paciente interfiere o evita que el individuo se adhiera al programa.
10. El paciente cede a la gratificación inmediata a pesar de sus consecuencias negativas a largo plazo.
11. El paciente percibe que los costos del tratamiento sobrepasan los beneficios que proporciona.
12. El plan de tratamiento es muy difícil de llevar a cabo, es muy agresivo, consume demasiado tiempo o altera demasiado el estilo de vida del paciente.
13. El tratamiento toma mucho más tiempo del que el paciente esperaba o deseaba.
14. El paciente se involucra en conductas auto incapacitantes.
15. El terapeuta no logra supervisar apropiadamente el programa de tratamiento o hacer los ajustes apropiados al plan.
16. Los síntomas del paciente persisten por fuertes ganancias secundarias y éste se siente a gusto manteniendo el "papel de enfermo."
17. El paciente ha progresado hasta un punto en donde se siente incómodo o le teme a cambiar más, o no desea un mayor progreso.
18. El paciente no desea cambiar, no está listo para el cambio, o no está convencido de que éste sea importante o necesario.
19. El paciente tiene un motivo adicional para estar en terapia.
20. El paciente olvida usar el procedimiento del tratamiento.
21. El paciente tiene bajas expectativas (autoeficacia) de éxito o cree que las metas del tratamiento son inalcanzables.
22. El plan o proceso de tratamiento es inconsistente con los antecedentes racial, étnico o económico del paciente.
23. El plan de tratamiento interfiere con las relaciones interpersonales del paciente.
24. El terapeuta no logra monitorear el plan de tratamiento o da retroalimentación insuficiente.
25. El terapeuta no logra explicar adecuadamente la lógica de la intervención o cómo ésta se puede llevar a cabo.
26. El paciente ha tenido fracasos previos de tratamientos o pobres experiencias en la psicoterapia.
27. El tratamiento causa efectos colaterales agresivos (por ejemplo, efectos colaterales de los medicamentos).
28. Otro miembro de la familia requiere mucha atención o asistencia.
29. El terapeuta es demasiado demandante o es demasiado "blando."
30. Falta de discernimiento en el paciente o bien éste no entiende completamente el trastorno o su curso.
31. El terapeuta no ha aprendido lo suficiente acerca del paciente para hacer las recomendaciones adecuadas.

Entre las razones intrapsíquicas más importantes tanto para la adherencia como para la no adherencia está el *sistema de creencias* del paciente, una variable compleja que involucra las suposiciones y actitudes de los pacientes acerca de sí mismos, de sus trastornos y del proceso de tratamiento. El sistema de creencias de un paciente comprende las ideas del individuo acerca de las causas, el discernimiento y la motivación para mejorar; la autoeficacia y la aceptación del diagnóstico; la anticipación del éxito; la comprensión de lo que ocurrirá si el trastorno no es tratado; la anticipación de la dificultad del tratamiento; así como la percepción de haber contribuido con el proceso del tratamiento. Obviamente, el paciente ya habrá establecido algunas de estas creencias antes de iniciar la terapia. El terapeuta puede ser capaz de modificar algunas de éstas, pero es probable que otras estén arraigadas. Por ello es importante que el terapeuta tenga una idea general de las creencias que el paciente lleva a la terapia y que, de acuerdo a ellas, trate de ajustar la intervención del tra-

tamiento. Debido a la duración relativamente corta del tratamiento que está actualmente de moda, también tiene sentido usar el entrenamiento preterapéutico o procedimientos similares. Las intervenciones y recomendaciones específicas del tratamiento asociadas con el sistema de creencias del paciente son revisadas por Cullari (1996b), Meichenbaum y Turk (1987), y Becker y Maiman (1980).

Pasando a los factores interpersonales, un determinante significativo de la adherencia al tratamiento es el nivel de satisfacción del paciente con el tratamiento (DiMatteo y DiNicola, 1982). La mayor parte de los estudios son consistentes en mostrar que los pacientes que están satisfechos con el proceso del tratamiento tienen más probabilidades de cumplir con las recomendaciones. De manera inversa, aquellos que no están satisfechos tienden a faltar a algunas sesiones de terapia o a abandonarla por completo. Los componentes importantes que contribuyen a la satisfacción del paciente incluyen el ambiente, la calidad y la efectividad de las inter-

venciones de tratamiento, y lo que es tal vez más significativo, la relación terapeuta-paciente. Esta ha sido tratada ampliamente en la bibliografía sobre la psicoterapia por lo que será revisada sólo en forma breve en la siguiente sección.

A pesar de la importancia obvia de la satisfacción del paciente, es sorprendente que con frecuencia no sea tratada por los terapeutas. Por ejemplo, un estudio reciente realizado por Cullari (1996a) muestra que únicamente 20% de los psicoterapeutas realiza encuestas de satisfacción con sus pacientes. Esto es desafortunado debido a que tales encuestas son relativamente fáciles de llevar a cabo y pueden proporcionar información crucial para el psicólogo clínico. Las medidas de la satisfacción del paciente usualmente implican algún tipo de escala de clasificación, o bien, preguntas directas. Algunas consideraciones para las evaluaciones de la satisfacción de los pacientes son el realizarlas con cada paciente y el hacerlas lo suficientemente temprano en el tratamiento de forma que se puedan hacer las modificaciones adecuadas. Además, deberán usarse preguntas abiertas, pues se ha visto que éstas son más confiables e informativas que las escalas de clasificación simples.

Otro componente interpersonal consecuente relacionado con la adherencia es el sistema social del paciente. Las diversas formas en que los sistemas pueden incrementar la adherencia están resumidos en la tabla 10.7. A pesar de la utilidad potencial de la familia y los amigos, éstos también pueden interferir con el tratamiento. Por ejemplo, pueden tener sus propios proble-

mas psicológicos que necesitan atención o puede que no quieran que el paciente cambie por diversas razones. De este modo, estos sistemas deben ser evaluados en términos de cómo ambos pueden ayudar y dificultar el proceso de la terapia, modificando la intervención apropiadamente cuando sea necesario.

Métodos para incrementar la adherencia a la psicoterapia

La siguiente sección describe brevemente los procesos que pueden incrementar el nivel de adherencia en la psicoterapia. Los supuestos aquí son que la adherencia al tratamiento es para el beneficio del paciente y que se han seleccionado las intervenciones más apropiadas y efectivas. Por supuesto, la forma en que los psicólogos clínicos enfocan la adherencia en la terapia está directamente ligada a la orientación de su tratamiento. Por ejemplo, el concepto de adherencia es en algunas formas inconsistente con las bases teóricas de la terapia centrada en el cliente, de las terapias existenciales o de Gestalt. Por consiguiente, no es sorprendente que estas orientaciones no hayan desarrollado una tecnología extensiva para tratarlo.

Por otra parte, la adherencia es un punto central del tratamiento conductista o cognoscitivo-conductual, y estos terapeutas han desarrollado los procedimientos más extensos para tratar con este problema potencial. Casi todos los terapeutas con orientación conductista creen que los factores asociados con la adherencia están relacionados con los antecedentes, las consecuencias

Tabla 10.7 Cómo el sistema social del paciente puede mejorar la adherencia al tratamiento

El sistema social del paciente puede:

1. ser usado para reforzar, alentar o asistir al individuo para que se adhiera a las intervenciones del tratamiento, así como para proporcionar retroalimentación concerniente a los cambios que se están haciendo;
2. hacer un contrato con el terapeuta para supervisar o en algunos casos implementar el plan del tratamiento (tanto para adultos como para niños);
3. proporcionar retroalimentación negativa al paciente por no adherirse al tratamiento;
4. impulsar o recordarle al paciente que siga el plan del tratamiento;
5. proporcionar al terapeuta información concerniente a los posibles factores que pueden interferir o evitar la adherencia del paciente;
6. ofrecer recomendaciones al terapeuta que puedan incrementar la adherencia o indicar las razones por las cuales la adherencia puede ser un problema;
7. ayudar en la recolección de datos;
8. hacer cambios ambientales que apoyen la adherencia (comprar suministros o equipos especiales; unirse al paciente en ciertas actividades, etc.);
9. apoyar al paciente en momentos de crisis y actuar como un amortiguador para reducir las tensiones ambientales;
10. alentar al paciente para que acuda a la terapia y asegurar que no la abandone;
11. recordarle al paciente que tome sus medicamentos;
12. tener expectativas positivas sobre la efectividad del tratamiento;
13. proporcionar servicios de apoyo tales como transporte o cuidado de sus hijos;
14. reportar las recaídas o señales que anuncien la presencia de un deterioro;
15. ayudar con el mantenimiento después de que el tratamiento esté completado.

y lo que se espera de todo ello. En consecuencia, las técnicas usadas para incrementar la adherencia se centran alrededor de estas variables. Las siguientes son las técnicas conductistas más frecuentemente usadas para promover la adherencia: el automonitoreo (Dunbar y Agras, 1980), los contratos conductuales (Kanfer y Gaelick-Buys, 1991; Litt, Salovey y Turk 1986), el establecimiento de metas (Ford, 1992; Meichenbaum y Turk, 1987; Pervin, 1991), la autoeficacia (Bandura, 1977), el reforzamiento y el costo de respuesta (Kanfer y Goldstein, 1991), así como la prevención de las recaídas (Chiauzzi, 1991; Marlatt y Gordon, 1985).

Junto con los conductistas, los teóricos estratégicos y de la comunicación, así como los terapeutas de la familia, también han desarrollado un extenso grupo de técnicas paradójicas para tratar con la adherencia, aunque éstas por lo general son descritas bajo el encabezado de resistencia. Debido a que éstas ya han sido descritas, no se repetirán aquí. Se refiere al lector interesado a Anderson y Stewart (1983), Ascher (1989), Weeks y L'Abate (1982), de Shazer (1988) o Bergman (1985) para obtener información más detallada acerca de estas técnicas.

Tal vez el factor que más influye en la adherencia a lo largo de todas las orientaciones teóricas es la relación paciente-terapeuta. Miles de complicados factores influyen en esta relación, pero los siguientes parecen ser los más importantes, al menos en lo relativo a la adherencia:

1. Las habilidades interpersonales generales del terapeuta y la habilidad para hacer que el paciente esté tranquilo.
2. Que los pacientes sientan que son tratados con respeto y como individuos.
3. Que los pacientes sientan que están activamente involucrados en el plan de tratamiento.
4. El grado en que los pacientes sienten que sus expectativas están siendo cumplidas en la terapia o su satisfacción con el tratamiento.
5. El nivel de entusiasmo del terapeuta y su habilidad para motivar al paciente.
6. El grado en el que los pacientes sienten que pueden confiar en el terapeuta.
7. La percepción que tienen los pacientes de la experiencia del terapeuta.
8. La habilidad del terapeuta para tratar adecuadamente los temores potenciales que el paciente trae a la terapia.

9. La calidad y claridad de la comunicación entre el paciente y el terapeuta.
10. Que los pacientes se sientan seguros y a salvo y que tengan la habilidad para revelarse sin repercusiones.

La relación paciente-terapeuta ha sido discutida ampliamente en la bibliografía por gran número de escritores, que incluyen a Frank (1961, 1982); Luborsky, Crits-Christoph, Mintz y Auerbach (1988); Sexton y Whiston (1994); y Cullari (1996b). Sin embargo, aprender a construir una fuerte relación con los pacientes es en gran parte una forma de arte que necesita consumarse y desarrollarse a través de la experiencia.

La tabla 10.8 presenta una cantidad de recomendaciones que pueden usarse para incrementar la adherencia en la psicoterapia. Éstas no están basadas en una sola orientación y pueden usarse con una variedad de pacientes y objetivos de tratamiento diferentes.

TENDENCIAS FUTURAS

La historia de la resistencia al tratamiento es tan vieja como el mismo campo de la psicoterapia. A pesar de todo, como espero que haya demostrado este capítulo, tenemos que aprender bastante acerca de este intrigante concepto. Hasta hace poco, la noción de la resistencia al tratamiento estaba muy entrelazada con la teoría psicoanalítica. Otras orientaciones del tratamiento la ignoraron por completo o la trataron de manera superficial. Esta situación está cambiando de manera rápida. La resistencia al tratamiento ha recibido recientemente gran cantidad de atención profesional y, conforme el campo de la psicoterapia se vuelve más integrado, es seguro que esta tendencia continuará. Cierta número de cuestiones acerca de la resistencia esperan ser contestadas. Éstas incluyen su relación con la no adherencia, un conocimiento más definitivo sobre los factores que la producen y los procedimientos que pueden usarse para tratarla efectivamente en la psicoterapia. Sobre la misma línea, el futuro producirá, espero, una definición de la resistencia al tratamiento que pueda ser aceptada por todos los paradigmas teóricos. En el futuro, a diferencia del pasado, nuestro conocimiento sobre la resistencia estará basado en los métodos de investigación que son menos subjetivos, aunque diseñados para tener un valor práctico para los terapeutas que trabajan en el campo.

Tabla 10.8 Incremento de la adherencia en la psicoterapia

1. Se le debe permitir a cada paciente que haga contribuciones significativas al plan del tratamiento.
2. Debe realizarse una historia de la adherencia, cuando se considere apropiado, para saber lo que se ha hecho en el pasado; qué procedimientos fueron exitosos y qué obstáculos evitaron llevar a cabo los programas previos.
3. Se les debe permitir a los pacientes que elijan entre los procedimientos alternos siempre que sea posible.
4. Las metas del tratamiento deben ser realistas y deben coincidir con los recursos del paciente.
5. Las formas breves de terapia deberán usarse siempre que sea posible.
6. Cuando sea apropiado, debe utilizarse el sistema social del paciente para ayudar con las intervenciones del tratamiento.
7. La intervención de tratamiento debe adaptarse a los antecedentes étnicos o sociales del paciente.
8. Se le debe permitir al paciente que juegue el papel de abogado del diablo contra la intervención para que obtenga alguna idea de los problemas potenciales.
9. Los pacientes deberán revertir roles con el terapeuta y explicar la intervención en sus propias palabras para asegurarse que realmente entienden el plan.
10. Las tareas asignadas en las primeras etapas de la terapia deberán ser breves y relativamente fáciles de llevar a cabo.
11. Los pacientes deben recibir suficiente retroalimentación y aliento, así como también deben ajustarse al plan de tratamiento conforme sea necesario.
12. Los pacientes deben explorar los costos, los beneficios y los efectos colaterales del tratamiento. ¿Qué les pasará si no se completan o no siguen con la intervención?
13. El paciente y el terapeuta deben explorar e identificar los signos potenciales de que el tratamiento no está siendo efectivo. Debe discutirse respecto a la duración esperada del tratamiento.
14. Los compromisos de tiempo de las intervenciones deberán adaptarse a la familia del paciente, su ocupación o responsabilidades relacionadas.
15. La intervención deberá ser consistente con las creencias centrales del paciente acerca de las causas y el tratamiento.
16. La intervención del tratamiento deberá sopesarse frente a otras necesidades inmediatas del paciente (vivienda, servicios sociales, etc.) de forma que no estén en conflicto.
17. Deben identificarse los trastornos físicos o mentales adicionales que pueden interferir con la realización de la intervención (por ejemplo, ansiedad, mala memoria, trastornos orgánicos).
18. Debe evaluarse a lo largo de la terapia la satisfacción del paciente con la intervención y con el tratamiento en general.
19. Debe indicarse la generalización, el mantenimiento y la posible recaída potencial del tratamiento.
20. Las creencias del paciente de que puede tener éxito deben mantenerse y fortalecerse a lo largo de la terapia.

REFERENCIAS

- Achterberg-Lawlis, J. (1982). The psychological dimensions of arthritis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 984-992.
- Anderson, C. M., & Stewart, S. (1983). *A practical guide to family therapy*. New York: Guilford Press.
- Arkowitz, H. (1996). Toward an integrative perspective on resistance to change. *In Session*, 2(1), 87-98.
- Ascher, L. M. (1989). *Therapeutic paradox*. New York: Guilford Press.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unified theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Becker, M. H., & Maiman, L. A. (1980). Strategies for enhancing patient compliance. *Journal of Community Health*, 6, 113-137.
- Bergman, J. S. (1985). *Fishing for barracuda*. New York: Norton.
- Brehm, J. W. (1966). *A theory of psychological reactance*. New York: Academic Press.
- Breshgold, E. (1989). Resistance in Gestalt therapy: An historical theoretical perspective. *The Gestalt Journal*, 12(2), 73-102.
- Chiauzzi, E. J. (1991). *Preventing relapse in the addictions: A biopsychosocial approach*. New York: Pergamon Press.
- Cullari, S. (1996a). Psychotherapy practice questionnaire. *The Independent Practitioner*, 16(3), 140-142.
- Cullari, S. (1996b). *Treatment resistance: A guide for practitioners*. Boston: Allyn and Bacon.
- Davidson, P. O. (1982). Issues in patient compliance. In T. Millón, C. Green, & R. Meagher (Eds.), *Handbook of clinical health psychology* (pp. 417-434). New York: Plenum Press.
- de Shazer, S. (1988). *Clues: Investigating solutions in brief therapy*. New York: W. W. Norton.
- DiMatteo, M. R., & DiNicola, D. D. (1982). *Achieving patient compliance: The psychology of the mental practitioners role*. New York: Pergamon Press.
- Dowd, E. T. & Trutt, S. D. (1988). Paradoxical interventions in behavior modification. In M. Hersen, R. M. Eisler, & R. E. Miller (Eds.), *Progress in behavior modification* (pp. 96-130). Newbury Park, CA: Sage Publications.

- Dunbar, J. M. (1979). Issues in assessment. In S. J. Cohen (Ed.), *New directions in patient compliance* (pp. 41-57). Lexington, MA: Lexington Books.
- Dunbar, J. M., & Agras, W. S. (1980). Compliance with medical instructions. In J. M. Ferguson & C. B. Taylor (Eds.), *The comprehensive handbook of behavioral medicine* (Vol. 3, pp. 115-145). New York: Spectrum Publications.
- Ellis, A. (1985). *Overcoming resistance*. New York: Springer.
- Fine, R. (1982). *The healing of the mind* (2nd ed.). New York: Free Press.
- Ford, M. E. (1992). *Motivating humans: Goals, emotions, and personal agency beliefs*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Frank, J. D. (1961). *Persuasion and healing*. Baltimore: John Hopkins University Press.
- Frank, J. D. (1982). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In J. H. Harvey & M. M. Parks (Eds.), *Psychotherapy research and behavior change* (pp. 9-37). Washington, DC: American Psychological Association.
- Freud, S. (1955). Studies on hysteria (with Josef Breuer). In J. Strachey (Ed. & Trans.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 2). London: Hogarth Press. (Original work published 1895).
- Freud, S. (1959). *Inhibitions, symptoms and anxiety*. Standard Edition (Vol. 20, pp. 77-178). (Original work published 1926).
- Glover, E. (1955). *The technique of psychoanalysis*. New York: International Universities Press.
- Greenson, R. R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis*. New York: International University Press.
- Haley, J. (1987). *Problem-solving therapy* (2nd ed.). San Francisco: Jossey-Bass.
- Hartmann, H. (1958). *Ego psychology and the problem of adaptation*. New York: International Universities Press.
- Kanfer, F. H., & Gaelick-Buys, L. (1991). Self-management methods. In F. H. Kanfer & A. P. Goldstein (Eds.), *Helping people change* (pp. 305-360). New York: Pergamon Press.
- Kanfer, F. H. & Goldstein, A. P. (1991). *Helping people change*. New York: Pergamon Press.
- Langs, R. (1981). *Resistances and interactions*. New York: Jason Aronson.
- Lazarus, A. A., & Fay, A. (1982). Resistance or rationalization? A cognitive-behavioral perspective. In P. Wachtel (Ed.), *Resistance* (pp. 115-133). New York: Plenum Press.
- Liotti, G. (1987). The resistance to change of cognitive structures: A counter proposal to psychoanalytic metapsychology. *Journal of Cognitive Psychotherapy: An International Quarterly*, 1, 87-104.
- Luborsky, L., Crits-Christoph, R., Mintz, J., & Auerbach, A. (1988). *Who will benefit from psychotherapy?* New York: Basic Books.
- Mahoney, M. J. (1991). *Human change processes: The scientific foundations of psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Marlatt, G. A., & Gordon, J. R. (1985). *Relapse prevention: Maintenance strategies in the treatment of addictive behaviors*. New York: Guilford Press.
- Masek, B. J. (1982). Compliance and medicine. In D. M. Doleys, R. L. Meredith, & A. R. Ciminero (Eds.), *Behavioral medicine: Assessment and treatment strategies* (pp. 527-545). New York: Plenum Press.
- Meichenbaum, D., & Turk, D. C. (1987). *Facilitating treatment adherence*. New York: Plenum Press.
- Menninger, K. A. (1973). *Theory of psychoanalytic technique* (2nd ed.). New York: Basic Books.
- Munjack, D. J., & Oziel, L. J. (1978). Resistance in the behavioral treatment of sexual dysfunctions. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 4, 122-138.
- Pervin, L. A. (1991). Self-regulation and the problem of volition. In M. L. Maehr & P. R. Pintrich (Eds.), *Advances in motivation and achievement* (pp. 1-20). Greenwich, CT: JAI Press.
- Prochaska, J., & DiClemente, C. (1986). The transtheoretical approach. In J. C. Norcross (Ed.), *Handbook of eclectic psychotherapy* (pp. 163-200). New York: Brunner/Mazel.
- Rosenhan, D. L. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179, 250-258.
- Sandler, J., Dare, C., & Holder, A. (1973). *The patient and the analyst*. New York: International Universities Press.
- Sandler, J., Holder, A., & Dare, C. (1970). Brief psychoanalytic concepts: V. Resistance. *British Journal of Psychiatry*, 117, 215-221.
- Schafer, R. (1983). *The analytic attitude*. New York: Basic Books.
- Sexton, T. L., & Whiston, S. C. (1994). The status of the counseling relationship: An empirical review, theoretical implications and research directions. *The Counseling Psychologist*, 22, 6-78.
- Shelton, J. L., & Levy, R. L. (1981). *Behavioral assignments and treatment compliance: A handbook of clinical strategies*. Champaign, IL: Research Press.
- Stark, M. (1994). *Working with resistance*. Northvale, NJ: Jason Aronson.

Strean, H. S. (1990). *Resolving resistances in psychotherapy*. New York: Brunner/Mazel.

Turk, D. C, Salovey, R, & Litt, M. D. (1986). Adherence: A cognitive-behavioral perspective. In K. E. Gerber & A. M. Nehemkis (Eds.), *Compliance: The dilemma of the chronically ill* (pp. 44-72). New York: Springer.

Weeks, G. R., & L' Abate, L. (1982). *Paradoxical psychotherapy: Theory and practice with individuals, couples and families*. New York: Brunner/Mazel.

LECTURAS ADICIONALES

Arkowitz, H. (1996). Resistance to change in psychotherapy. *In Session*, 2(1). Nueva York: John Wiley. *Ésta es una publicación especialmente dedicada a la resistencia al tratamiento.*

Bugental, J.FT. (1987). *The art of psychotherapy*. Nueva York: Norton. *Éste es un excelente libro que cubre mu-*

chos temas sobre psicoterapia, que incluyen la resistencia, desde un punto de vista existencial-psicoanalítico.

Cullari, S. (1996). *Treatment resistance: A guide for practitioners*. Boston: Allyn and Bacon. *Este libro en gran medida profundiza en la mayor parte de las áreas presentadas en este capítulo.*

Howe, D. (1993). *On being a client*. Londres: Sage. *Este libro considera la psicoterapia desde la perspectiva del paciente y describe lo que los pacientes esperan obtener del tratamiento.*

Kottler, J.A. (1986). *On being a therapists*. San Francisco: Jossey-Bass.

Kottler, J.A. (1992). *Compassionate therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.

Kottler, J.A. y Blau, D.S. (1989). *The imperfect therapist: Learning from failure in therapeutic practice*. San Francisco: Jossey-Bass. *Esta serie de libros de Kottler cubre muchos aspectos respecto a ser un psicoterapeuta y se recomienda a todos los que están iniciando en el campo de la psicología clínica.*

CAPÍTULO 11

FUNDAMENTOS BIOLÓGICOS DE LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

Clifford N. Lazarus

INTRODUCCIÓN

Para apreciar por completo el amplio y profundo apun-
talamiento biológico de la psicología clínica y de la fe-
nomenología humana, es muy útil considerar los oríge-
nes de la conciencia. Este capítulo inicia con una breve
revisión del desarrollo de la conciencia humana, una
evolución que comienza desde tiempos inmemoriales y
que llega hasta el presente en el que ustedes, nuestros
lectores, logran una proeza que es nada menos que ma-
ravillosa: el percibir y procesar intelectualmente las pa-
labras que aparecen en este capítulo. Usted, al igual que
toda la gente, es un ser biofisiológico, cuatrillones de áto-
mos organizados de tal modo que se autoperpetúan, se
autorregulan, se autoconocen, entidades de materia y
energía que viven y respiran. Fundamentalmente, somos
una conciencia química y, tal vez, la forma en la que el
universo se ha conocido a sí mismo.

La siguiente parte de este capítulo se enfoca en el
órgano principal de la conciencia, el cerebro, en su evo-
lución, desarrollo, estructura y funcionamiento. Luego
exploraremos los métodos de investigación y diagnós-
tico usados en las neurociencias y cómo la desregula-
ción de diversos sistemas cerebrales puede conducir a
síntomas de psicopatología. Después, será discutida la
importancia de los diagnósticos diferenciales (esto es,
discriminar entre los trastornos psicológicos verdaderos

y las condiciones médicas que pueden hacerse pasar
por trastornos de este tipo). La parte restante de este ca-
pítulo tratará los temas de la psicología de la salud y la
medicina conductual.

LA EVOLUCIÓN DE LA CONCIENCIA: DEL GRAN ESTALLIDO AL GRAN CEREBRO Evolución atómica y molecular

De acuerdo con las teorías más recientes de la cosmo-
logía y la astronomía, el universo tiene entre 10 mil y 20
mil millones de años, y nació de un suceso cataclísmico
llamado el Gran Estallido o "Big Bang" (Hawking, 1988;
Krauss, 1995). Antes de que ocurriera, toda la materia y
la energía en el universo estaban contenidas en un pun-
to infinitamente denso, polidimensional, que por algu-
na razón desconocida, explotó y comenzó a expandirse
a la velocidad de la luz hacia la eternidad, liberando en
su estela todo lo que constituye el universo: energía,
materia, espacio y tiempo. En los primeros micromo-
mentos que siguieron al violento nacimiento, el univer-
so naciente consistía en protomateria: una variedad de
partículas subatómicas fundamentales, o partículas ele-
mentales (esto es, quarks, leptones y bosones [partículas
cuánticas] los componentes finales e irreducibles que
constituyen la materia y la energía). Éstos dieron pie al
surgimiento de grandes estructuras subatómicas tales

como protones, neutrones y electrones, que a su vez dieron origen a la aparición de átomos, las unidades más pequeñas de los elementos que forman toda la materia y sustancias en el universo. Desde el "Gran Estallido", los átomos se han condensado a partir de la expansión universal durante milenios inimaginables, siguiendo una clase de evolución termodinámica y molecular que eventualmente llevó a la formación de todos los cuerpos celestes, desde los más grandes supergrupos de galaxias hasta las más pequeñas partículas de polvo interestelar. Entre los productos de esta evolución cósmica están incontables sistemas solares similares al nuestro, que contienen planetas en los que, al menos en el caso de nuestra Tierra, ha surgido la vida.

Los orígenes de la conciencia: de los organismos unicelulares a los organismos conscientes

De forma similar a la evolución atómica y molecular que produjo las estrellas, los planetas y, eventualmente, la vida, no es difícil imaginar un proceso evolutivo similar, impulsado por las fuerzas de la química, la física y la selección natural, produciendo microorganismos cada vez más complejos y finalmente todas las formas vivientes de la actualidad. Aunque no se puede responder en forma confiable la pregunta de cuándo comenzó la existencia de la vida, se ha establecido una escala de tiempo que coloca a los primeros microorganismos sobre la Tierra desde hace aproximadamente 3.4 mil millones de años. La evidencia de esta suposición se basa en el descubrimiento de microfósiles, similares a las bacterias y algas de la actualidad, en rocas petrificadas que, de acuerdo con el cálculo radiactivo de fechas, tienen 3.4 mil millones de años de antigüedad (Curtis, 1979; Postlethwait y Hopson, 1995). De este modo, la vida se inició muy temprano, tal vez dentro de los primeros mil millones de años de la historia de la Tierra, dado que las mejores estimaciones actuales asignan a nuestro planeta una edad aproximada de 4 a 5 mil millones de años.

Se hacen hipótesis respecto a que cierta variedad de factores condujeron a la proliferación de sistemas vivientes de creciente complejidad y a la diversidad de formas de vida que existen en la actualidad. Las primeras entidades vivientes fueron probablemente *heterótrofos* extremos (del griego "se alimentan de otros"), organismos que no pueden sintetizar todos sus componentes orgánicos necesarios y de este modo deben ali-

mentarse de materiales orgánicos encontrados en el ambiente externo. (Los componentes orgánicos son aquellos que contienen átomos de carbono y que componen la mayor parte de las biomoléculas. Estas son componentes como las proteínas, los carbohidratos y las grasas, sustancias vitales que conforman a los microorganismos vivientes.) Estos microorganismos primitivos y sus actuales descendientes, similarmente primitivos, carecen de núcleo y son denominados *procariotes* (que significa "antes" + una "nuez" o "semilla" debido a que estas entidades carecen de las estructuras intracelulares rodeadas por una membrana, que asemejan pequeñas nueces o semillas bajo el microscopio). A medida que se incrementó el número de heterótrofos procariotes, comenzaron a usar el rico suministro de moléculas orgánicas disponibles de las cuales dependía su existencia y eran las mismas que tardaron muchos millones de años en acumularse. Entonces, este factor estableció el escenario para otra competencia darwiniana, aquellas células que podían hacer un uso eficiente de los recursos limitados tenían mayores probabilidades de sobrevivir que las células que no podían hacerlo.

En las épocas siguientes, evolucionaron células capaces de ensamblar cada vez más las moléculas orgánicas que necesitaban, a partir de materiales inorgánicos, tales como el agua y el bióxido de carbono. De este modo surgieron los *autótrofos* (del griego "autoalimentadores"), microorganismos que son capaces de sintetizar todas las moléculas orgánicas que necesitan para sobrevivir, a partir de sustancias inorgánicas y de algunas formas de energía como la luz solar. Ciertamente, los autótrofos más exitosos fueron aquellos que desarrollaron un método que les permitió hacer uso directo de la energía solar, que es el proceso de la fotosíntesis.

Con el advenimiento de dicho proceso, el flujo de energía en la biosfera tomó su forma actual, la energía lumínica del Sol le dio energía a los autótrofos fotosintéticos, que a su vez sirvieron como centro de la cadena alimenticia para nutrir a todas las demás formas de vida. Con la aparición de las células fotosintéticas, se introdujo otro factor importante para el desarrollo de la biosfera, la acumulación sostenida de oxígeno atmosférico. Este a su vez proveyó el ímpetu para la evolución de los organismos que producían la mayor parte de su energía por medio del proceso de la respiración celular, que requieren oxígeno, agua y carbono, y que libera dióxido de carbono, rompiendo y liberando energía de las moléculas que les sirven de combustible.

El siguiente paso evolutivo fue el advenimiento de los microorganismos eucariotes, una transición secundaria sólo al origen de la vida, en términos de importancia biológica. Los *eucariotes* (que significa "bueno" + "nuez" o "semilla", debido a que estas entidades tenían estructuras intracelulares rodeadas por una membrana, que asemejan pequeñas "nueces" o "semillas" bajo el microscopio) son células relativamente grandes, que contienen varios *organelos* ("pequeños órganos"), que incluyen un núcleo, que están separados del citoplasma celular por medio de membranas especiales (esto se estudiará más adelante). La manera exacta como se originaron los eucariotes es un tema de mucho debate. Una posible explicación es que de las asociaciones simbióticas entre los procariotes resultaron células más grandes y más complejas. De acuerdo con esta teoría, algunas células procarióticas se mezclaron con o se instalaron dentro de otros procariotes. Tales asociaciones debieron otorgar ciertas ventajas de adaptación (tal vez nutrientes y protección para las células más pequeñas y nuevas fuentes de energía para las células más grandes), que llevaron al éxito y a la proliferación de estos nuevos organismos celulares. Eventualmente, los simbióticos evolucionaron en organelos celulares que vemos en los actuales eucariotes.

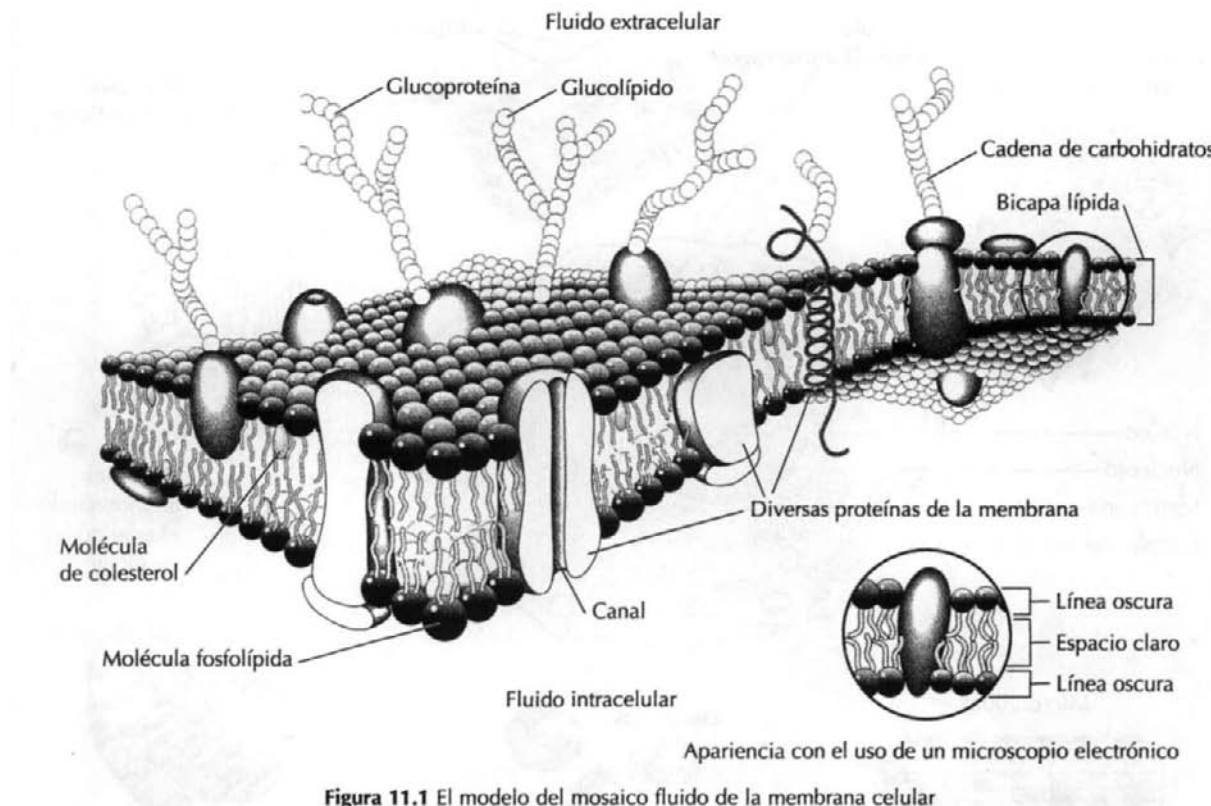
Ahora que ya hemos seguido la evolución de las células eucarióticas, proporcionaremos una rápida revisión de su estructura y funcionamiento. Esto proveerá un fundamento importante sobre el cual descansa gran parte de las neurociencias, debido a que la comprensión adecuada de la neurobiología requiere de un conocimiento general de la fisiología celular. Para la parte restante de este capítulo, cuando hablemos de la célula nos estaremos refiriendo a células animales eucarióticas a menos que se establezca específicamente otra cosa.

Las células son pequeñas masas de protoplasma rodeadas por una membrana, que forman las unidades fundamentales de la materia viva. Son las estructuras más pequeñas capaces de mantener la vida y de reproducirse. La rama de la ciencia que estudia las células se llama *citología*.

La característica estructural que más llama la atención de una célula es su membrana. Las membranas celulares forman tanto el límite externo de la propia célula, como los límites de la mayor parte de sus estructuras internas. La perspectiva actual de las membranas celulares es llamada *modelo del mosaico fluido*, que describe a la membrana como una entidad dinámica similar a un fluido, en lugar de una estructura sólida y estática.

El modelo del mosaico fluido postula que dos capas (esto es, una bicapa) de moléculas fosfolípidas (moléculas que contienen átomos de fosfato y grasas o lípidos) forman la piel interna y externa de la membrana, y que diversas proteínas están dispersas a través de ésta en todas las posiciones posibles, sobre las superficies externas e internas, penetrando de forma parcial a estos tipos de superficies y extendiéndose completamente a lo largo de la membrana (véase la figura 11.1). Esta organización es la consecuencia natural de la naturaleza dual de los fosfolípidos, que tienen cabezas de fosfato *hidrofílico* ("atraídas por el agua") y colas de ácido graso *hidrofóbicas* ("que rechazan el agua"). Como resultado de esto, se colocan de forma que las cabezas atraídas por el agua están expuestas a los fluidos intracelular y extracelular, mientras que las que rechazan el agua apuntan de forma opuesta tanto al fluido externo a la membrana como al que está dentro de la célula. Por tanto, las cabezas de fosfato se empaquetan juntas como las tejas de un mosaico, las colas de ácido graso se asocian en la capa *anhídrida* ("sin agua") entre las cabezas de fosfato y un amplio surtido de proteínas diversamente posicionadas se difunden a lo largo de la bicapa.

Las membranas celulares realizan un amplio margen de funciones vitales. Sirven como fronteras entre el ambiente celular externo y el interno, sujetan muchas moléculas biológicamente cruciales (como receptores y canales iónicos) y transportan sustancias hacia dentro y hacia fuera de la célula. De hecho, un flujo constante de tráfico químico se mueve de manera continua en ambas direcciones, a través de las membranas celulares, una procesión interminable de moléculas de agua, nutrientes, gases, productos de desecho y muchos tipos de iones. A algunos de estos procesos de transporte (por ejemplo, ósmosis y difusión) se les denomina *pasivos* debido a que son impulsados por fuerzas que no dependen de la propia energía de la célula y, por consiguiente, dependen de los gradientes de concentración para obtener su energía. Otros mecanismos de transporte son llamados *activos*, debido a que la energía que los impulsa proviene de reacciones químicas que se realizan dentro de la célula. A diferencia del transporte pasivo, que únicamente pueden mover moléculas de áreas de alta concentración a áreas de más baja concentración, los procesos de transporte activo pueden mover materiales en contra de los gradientes de concentración. La mayor parte de los transportes activos involucran la participación de moléculas donadoras de



energía, como el adenosintrifosfato (ATF). Además de sus funciones de transporte molecular, las membranas celulares también ayudan a mantener la integridad estructural de la célula y contienen muchos de los receptores para los mensajeros químicos, tales como neurotransmisores y hormonas.

El *protoplasma*, está rodeado por la membrana celular, es un tipo especial de materia que compone todas las células; es una organización compleja de miles de biomoléculas, sorprendentemente formadas de sólo dos docenas de elementos, en su mayor parte hidrógeno, oxígeno, carbono y nitrógeno, que conforman más de 99% de los átomos en el protoplasma. Junto con el fósforo y el azufre, estos elementos conforman los principales componentes del protoplasma, agua, proteínas, carbohidratos, lípidos y ácidos nucleicos que, con excepción del agua, todos son únicos en él. En efecto, el componente que por mucho es el más abundante en el protoplasma, así como también en el mundo inanimado, es el agua. Básicamente, se puede pensar en el protoplasma como una rica y compleja mezcla de agua y sustan-

cias orgánicas que lleva a cabo las incontables, bien coordinadas e integradas reacciones bioquímicas que hacen surgir y mantienen la vida.

El protoplasma es parecido al *citoplasma*, el cual se puede considerar como el protoplasma de las células, con excepción de su núcleo. En otras palabras, el citoplasma es la parte de una célula que está entre su membrana externa y su núcleo. Como se puede ver con claridad en la figura 11.2, lejos del fluido homogéneo que alguna vez se pensó que era, el citoplasma contiene una rica variedad de pequeñas estructuras llamadas *organelos citoplásmicos*, los pequeños órganos de la célula. Estos incluyen a los retículos endoplásmicos, los aparatos de Golgi, los ribosomas, las mitocondrias, los lisosomas, los centrosomas, el núcleo, el nucleolo, cada uno de los cuales será descrito en su momento. Además de alojar a los organelos, el citoplasma contiene un andamio interno que ha sido llamado adecuadamente *citoesqueleto*, compuesto de hilos, fibras y túbulos microscópicamente delgados de proteínas, llamados microfilamentos, fibras intermediarias y microtúbulos,

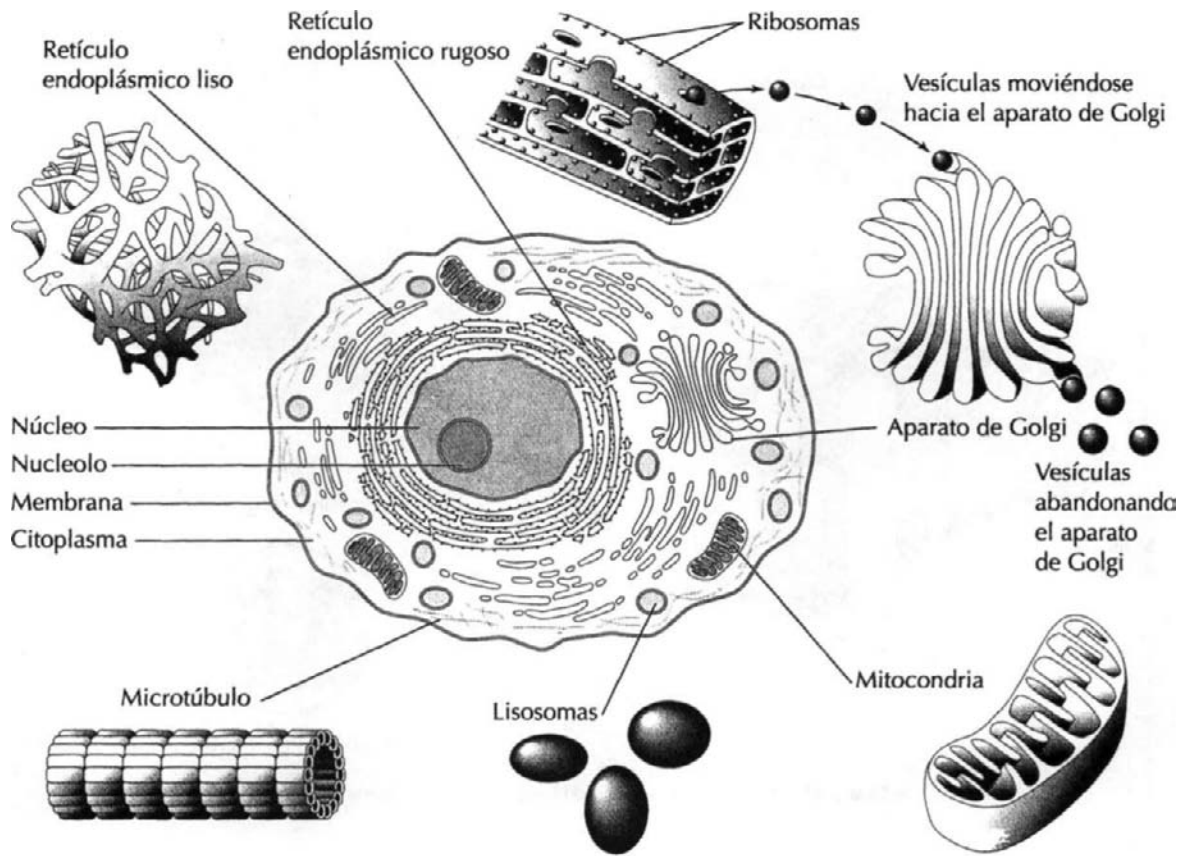


Figura 11.2 Anatomía de una célula

respectivamente. Éstos funcionan para ayudar a que la célula mantenga su forma, para sujetar sus organelos, para dirigir el flujo del tráfico químico interno y en algunos casos para ayudar en la movilidad.

El retículo endoplásmico (*endoplasma* significa el citoplasma cerca del centro de la célula, y *retículo* significa formación como de red) es una red de sacos, tubos y canales aplanados interconectados, que una vez se pensó que estaban limitados al interior profundo de la célula, pero que ahora se sabe que están distribuidos ampliamente más allá del endoplasma. Se han descrito dos tipos, retículo endoplasmático rugoso (RER) y retículo endoplasmático liso (REL). El RER está densamente salpicado con ribosomas (tema a ser comentado) sobre su superficie externa, que bajo el microscopio se ven como pequeños e innumerables granulos y que le dan su apariencia "rugosa". Los RER están involucrados en la síntesis, modificación y transporte de las pro-

teínas. No es de sorprender que las células que producen una gran cantidad de proteínas tengan abundancia de RER. Los REL carecen de ribosomas que cubren la superficie del RER, por tal motivo se conocen como "lisos". Las células que sintetizan gran cantidad de lípidos, tales como las células glandulares que hacen las hormonas esteroideas, tienen grandes cantidades de REL. También están claramente visibles en las células del hígado, donde éste parece estar involucrado en varios procesos de desintoxicación.

Los aparatos de Golgi son pequeños grupos de sacos aplanados rodeados por una membrana, apilados de forma holgada entre sí y rodeados por tubos y vesículas. Su función principal es modificar, empacar y distribuir los productos de secreción, como también distribuir y reciclar la membrana celular.

Los *ribosomas* son los organelos más numerosos de las células. Compuestos de un tipo especial de ARN y

proteínas específicas, ellos son los sitios donde se ensamblan los aminoácidos en polipéptidos. Los ribosomas pueden encontrarse ya sea flotando libremente en el citoplasma o asociados con el retículo endoplásmico rugoso.

Otro organelo importante es la *mitocondria*, un organelo relativamente grande, abundante y con diversas formas, que es el sitio principal de producción de ATF. El ATF (adenosintrifosfato), es una molécula de energía celular vital que le da energía a muchas reacciones bioquímicas. En efecto, entre más grandes sean los requerimientos de energía de la célula, es más probable que haya una mayor cantidad de mitocondrias. De este modo se puede considerar a las mitocondrias como las plantas de poder de las células.

Los *lisosomas* son esencialmente bolsas membranosas de enzimas destructoras que por lo general se forman en los aparatos de Golgi. Éstos se encuentran involucrados en la actividad catabólica (rompimiento de grandes moléculas en moléculas más pequeñas) de muchas células. Aunque son capaces de romper todas las principales biomoléculas de las células, con excepción, al parecer, de la vesícula que las contiene, más a menudo protegen a las células, en lugar de destruirlas. Por ejemplo, algunos tipos de glóbulos blancos de la sangre devoran sustancias dañinas, que luego son digeridas por las enzimas catabólicas de los lisosomas.

Los *centrosomas*, como su nombre lo indica, son organelos localizados cerca del centro de la célula, adyacentes al núcleo. Son un par de pequeñas masas tubulares que yacen en ángulos rectos una de la otra y que contienen estructuras llamadas *centriolos*, que están compuestas de nueve grupos triples de microtúbulos. Parece que los centrosomas juegan un papel importante en la distribución de los cromosomas durante la división celular. Tal vez el organelo citoplásmico más grande e importante es el *núcleo*, que usualmente ocupa la parte central de la célula. Éste está rodeado por su propia membrana especial, que contiene poros a intervalos frecuentes a lo largo del mismo, por medio de los cuales pasan material entre *nucleoplasma* (el citoplasma del núcleo) y el citoplasma celular. El núcleo lleva la información hereditaria de la célula: el ADN, empaçado en estructuras densas y apretadamente enrolladas llamadas *cromosomas*. En esencia, el núcleo almacena, duplica, transfiere y transcribe información genética y, por consiguiente, orchestra y conduce las innumerables, integradas y altamente coordinadas sinfonías bioquímicas de todos los procesos de la vida.

El organelo final que mencionaremos es el *nucleólo*. Los nucleolos son pequeñas estructuras esféricas encontradas dentro del núcleo de la célula. Su función es sintetizar el ARN ribosómico y ensamblar las subunidades del ribosoma. Las proteínas que son parte de los ribosomas son fabricadas en el citoplasma y emigran a los nucleolos, donde se combinan con el ARN para formar las subunidades ribosómicas. Entonces, las subunidades dejan los nucleolos y se trasladan al citoplasma, donde se juntan para formar el ribosoma completo. Como se describió antes, después de ensamblarse, muchos ribosomas se asocian con los retículos endoplásmicos rugosos o permanecen flotando libremente en el citoplasma, donde participarán en la síntesis de las proteínas.

De acuerdo con la mejor evidencia fósil disponible, los primeros eucariotes evolucionaron hace aproximadamente 1.6 mil millones de años (Curtis, 1979), casi 2 mil millones de años después del origen de sus progenitores procariotes. Una vez que se llegó a este momento memorable, los subsecuentes 1.5 mil millones de años atestiguaron una explosión evolutiva en continua expansión, que ha culminado en las incontables especies de asombrosa complejidad, diversidad y especialización que existen a la fecha. La fuerza impulsora que está detrás de esta evolución continua y de la diversidad de especies es el proceso continuo de selección natural. Los organismos que están bien adaptados para tomar una ventaja de sus ambientes sobreviven, se reproducen y continúan evolucionando, mientras que aquellos que no lo están perecen y se extinguen. De una forma que se considera similar a aquella que produjeron los eucariotes a partir de los procariotes, las asociaciones simbióticas adaptables entre los microorganismos eucariotes llevaron a agregados celulares que se convirtieron en los precursores de los tejidos simples y de los organismos multicelulares primitivos.

A través de los cientos de millones de años siguientes, continuó operando este proceso básico, conduciendo a unos organismos multicelulares de complejidad creciente y, eventualmente, al origen del moderno reino animal. En la actualidad, sentado en la cúspide del reino animal, está el más evolucionado de todos los organismos, los vertebrados animales con espina dorsal y muchos tipos de tejidos especializados, que incluyen elaborados sistemas sensorial y neuromotor. En la cima de los vertebrados residen los mamíferos, con su único, grandioso y circunvolucionado cerebro, y en la cima de los mamíferos se encuentran los seres humanos: *Homo sapiens*, "hombre sabio", que posee el cerebro más

complejo de todos los animales existentes. En efecto, su cerebro es lo suficientemente grande como para conocerse a sí mismo e intentar entender su origen y propósito, un órgano que ha estado evolucionando a partir de la expansión cósmica desde hace 10 o 20 mil millones de años y es, tal vez, la forma en que el universo se ha llegado a conocer y comienza a entenderse a sí mismo.

EL CEREBRO

Evolución del cerebro humano:

Parte Uno. Soporte básico de la vida

La función del cerebro es iniciar, integrar y coordinar los incontables procesos biológicos que mantienen la vida del organismo. Hace esto por medio de una red elaborada de tejidos que envían señales que alcanzan diversas metas a lo largo de sí mismos y del cuerpo, y comunica mensajes específicos por medio de transmisores químicos. De igual manera a la que se cree que los animales multicelulares de complejidad creciente evolucionaron de organismos unicelulares simples, se piensa que el cerebro humano ha experimentado una historia evolutiva similar (Carpenter, 1996; Curtis, 1979). La coordinación de un organismo unicelular como una ameba es pasivamente química. Su cerebro es su núcleo, que actúa en conjunto con sus demás organelos por medio de difusión química y molecular. De forma similar, aun en algunos organismos multicelulares, la comunicación entre las células puede ser pasiva y química, donde las células por una parte pueden liberar mensajeros, hormonas y transmisores que determinan lo que la otra parte hará. Sin embargo, conforme se incrementa la complejidad y el tamaño, se hace necesario un sistema de comunicación más activo e integrado entre las células, en particular cuando éstas realizan funciones especializadas, tales como sensaciones, digestión, secreción, locomoción, etcétera.

Otro factor importante es la rapidez del envío de señales. La difusión simple es un proceso lento, especialmente en los organismos más grandes en los que a las sustancias químicas liberadas en un extremo puede tomarles mucho tiempo llegar a las células que están en el otro extremo. Si la rapidez de respuesta no es importante y existe algún tipo de circulación de fluidos que agilice la dispersión de los mensajeros, esta estrategia puede ser, no obstante, suficiente aun en los organismos grandes. De hecho, nuestro propio control hormonal es un ejemplo de tal sistema. Además de su lentitud,

otra limitación de este proceso es que éste es muy impreciso. Considere, por ejemplo, que cuando comenzamos a liberar en la sangre hormonas del estrés, como la adrenalina, da como resultado reacciones difusas e indiscriminadas a lo largo de todo el organismo. Para lograr respuestas rápidas y localizadas, necesitamos un sistema de señales que libere a los mensajeros tan rápido como sea posible y únicamente en los sitios donde sean necesarios. Esta función de secreción química rápida y localizada es precisamente por lo que han evolucionado los tejidos nerviosos.

Tal vez los ancestros de las células nerviosas fueron receptores sensoriales, células en el exterior de los organismos que desarrollaron sensibilidad a la estimulación química, mecánica, térmica o electromagnética. En los organismos primitivos, la activación de estas células probablemente ocasionaba que ellos liberaran sustancias químicas específicas que causaban reacciones reflexivas en poblaciones de otras células que, a su vez, daban como resultado que el organismo hiciese algo, como moverse. Eventualmente, estas células sensoriales pudieron haber formado conexiones con otras células internas que respondían a las sustancias químicas liberadas por las células sensoriales secretando sus propias sustancias químicas. Obviamente, estos procesos deben haber contribuido con algunas ventajas de supervivencia para los organismos que las evolucionaron, y con los años el sistema de células secretorias interconectadas se hizo más y más complejo.

Debido a que parece que la vida nació del seno de los mares primordiales, no es de sorprender que los primeros cerebros prototipo también hayan aparecido en los primeros océanos de la Tierra. Una criatura actual que puede permitirnos un vistazo al pasado distante del desarrollo del cerebro es la hidra (Carpenter, 1996). Las hidras son pequeños animales (aproximadamente de 2.5 cm de largo) cilíndricos y solitarios que tienen tentáculos equipados con células punzantes especiales alrededor de la boca. Aunque carecen de muchos órganos especializados, como los de la respiración y la excreción, sí poseen una red de células nerviosas o neuronas intercomunicadas. Esta red neural posee células sensoriales en la superficie del animal que responden a estímulos mecánicos y químicos, y están interconectadas con células musculares y glándulas secretorias. De este modo, el cerebro de la hidra está diseminado de manera difusa a lo largo de todo el cuerpo, con únicamente una leve densidad mayor alrededor de la boca. No obstante, aun así puede generar una conducta coor-

dinada y aparente con cierto propósito (por ejemplo, agarrarse de un objeto, atrapar y comer). Otro organismo contemporáneo que puede asemejar a las primeras criaturas con sistemas nerviosos rudimentarios es el chorrillo de mar. Este animal tiene apenas 300 células nerviosas organizadas en un tubo que le permiten nadar a través del agua y orientarse hacia la luz.

El siguiente paso en la evolución de los sistemas nerviosos probablemente involucró un incremento en el tamaño y especialización de los órganos sensoriales, como los receptores olfatorios (olfato) y los ojos. Es posible imaginar que si un animal tiene una dirección típica de movimientos, tales órganos tenderían a desarrollarse en su extremo frontal y el flujo extra de información sensorial a través de tales órganos podría dar como resultado una densidad incrementada de células receptoras de señales en la cabeza del animal. Entonces, esto conduciría al desarrollo del primer cerebro verdadero, que es reflejado por la planaria o gusano plano de la actualidad (Carpenter, 1996). En las planarias encontramos una densa concentración de células nerviosas cercanas a los ojos, que dan lugar al surgimiento de un par de cordones nerviosos que corren hacia abajo del cuerpo y que envían ramales que se conectan con otras células. De este modo, en las planarias vemos un cerebro centralizado y cordones nerviosos que sirven para coordinar conductas complejas como el movimiento y la digestión.

El siguiente paso del desarrollo en la evolución del cerebro probablemente ocurrió con el advenimiento de los gusanos acuáticos segmentados, similares a los gusanos de tierra contemporáneos. Al igual que las planarias, estos animales presentan una concentración de células nerviosas en sus cabezas y cordones nerviosos que corren a lo largo de sus cuerpos, pero además tienen grupos extras de nervios llamados *ganglios*, uno en cada segmento. Cada ganglio es un tipo de cerebro independiente, que explica por qué un gusano de tierra decapitado puede seguir siendo capaz de tener muchos tipos de conductas. En los gusanos segmentados vemos los inicios de las estructuras que asemejan a nuestra propia columna vertebral (Carpenter, 1996).

El primer cerebro real que guarda más que una semejanza superficial con nuestro propio cerebro probablemente apareció en los primeros peces, que anunciaron el advenimiento de los vertebrados. De acuerdo con Curtis (1979), estos animales aparecieron por primera vez hace aproximadamente 500 millones de años o 3.1 mil millones de años después del nacimiento de los

procariotes y 4 mil millones de años después de la formación de la Tierra. Además de tener un número mayor de células nerviosas centralizadas que cualquier criatura previa, se cree que estos animales tenían protuberancias en porciones de sus cerebros donde la densidad de neuronas era especialmente grande. Pero tal vez lo más importante del desarrollo neuronal que emergió con estos organismos fue la evolución de una funda aislante alrededor de los nervios, lo que permitió que se incrementara dramáticamente la velocidad de las señales. Durante los siguientes cientos de millones de años, los peces prosperaron como los animales más evolucionados de la Tierra.

Evolución del cerebro humano:

Parte Dos. Los albores de las emociones

Hasta ahora hemos descrito el desarrollo de un cerebro que funciona para coordinar las actividades de diversas células, tejidos y órganos con el único propósito de sostener la vida a través de la sensación, el movimiento, la alimentación, la digestión, la respiración y la reproducción.

Luego, hace aproximadamente 395 millones de años aparecieron los primeros anfibios, y 100 millones de años después evolucionaron los primeros reptiles (Curtis, 1979). Con el advenimiento de los anfibios y los reptiles, el cerebro experimentó una mayor expansión y desarrolló estructuras y funciones que hicieron posible la supervivencia sobre la Tierra. Además, apareció una característica única, que llamamos el cerebro reptiliano, y que alcanzó su cima durante la era de los dinosaurios, hace entre 200 y 65 millones de años. El cerebro reptiliano pudo haber sido responsable de las primeras emociones. En efecto, se cree que muchos dinosaurios cuidaban a sus crías y, de este modo, pudieron haber tenido poderosas emociones e impulsos biológicos que surgieron de dicha conducta social compleja (Gould, 1995). Como lo exploraremos posteriormente, nosotros y todos los animales que evolucionaron después de los dinosaurios hemos mantenido un poco de esta arquitectura neural en la parte de nuestro cerebro denominada *sistema límbico*.

Evolución del cerebro humano:

Parte Tres. El surgimiento de la cognición

Durante el reinado de los dinosaurios tuvo lugar otro cuantioso salto evolutivo, la aparición de las primeras aves y de los mamíferos primitivos. Con el surgimien-

to de los mamíferos, el cerebro reptiliano se vio literalmente opacado por el muy intrincado cerebro mamífero, que desarrolló un cerebro recubierto alrededor de su centro reptiliano. El cerebro mamífero posee una capa delgada externa llamada *corteza*, que probablemente permitió su supervivencia y ascendencia en medio de la extinción de los dinosaurios. Cualquiera que sea la causa de la extinción masiva de los dinosaurios hace 65 millones de años (por ejemplo, el choque de un cometa, cambios climáticos catastróficos, etc.), es claro que varios ambientes terrestres cambiaron dramáticamente durante ese periodo. Al poseer la corteza cerebral, es probable que los primeros mamíferos fueran capaces de "pensar", aprender y resolver problemas de supervivencia, que les permitieron adaptarse al paisaje cambiante, al encontrar nuevas formas de explotar el ambiente prevaleciente. De este modo, con los mamíferos, el cerebro desarrolló una característica que trasciende el soporte básico de la vida, el impulso biológico, y las funciones emotivas de sus primeras personificaciones, es decir, la llamada cognición.

Durante las siguientes decenas de millones de años, los mamíferos mantuvieron su dominio sobre la Tierra y continuaron prosperando y evolucionando. Así, hace cerca de 30 millones de años, los simios evolucionaron y con su surgimiento la Tierra probablemente vio a sus primeros usuarios de herramientas. Este desarrollo del uso de herramientas (presumiblemente, sólo palos y piedras) pudo haber catalizado otro paso dramático hacia adelante en el desarrollo del cerebro. Por último, hace aproximadamente 5 millones de años, la corteza apareció en un nuevo tipo de mamífero, el primer ser humano. Desde entonces, hemos continuado evolucionando y esparciéndonos a lo largo de gran parte del planeta, pero la estructura y funcionamiento de nuestro cerebro ha permanecido más o menos sin cambios.

Como lo sugiere esta descripción de la evolución del sistema nervioso, nuestros cerebros son en realidad tres cerebros en uno, una asombrosa papiroflexia de tejidos envueltos en un solo órgano. Como se puede ver en la figura 11.3, en la base de nuestro cerebro, donde surge la médula espinal, está el tallo cerebral, que regu-

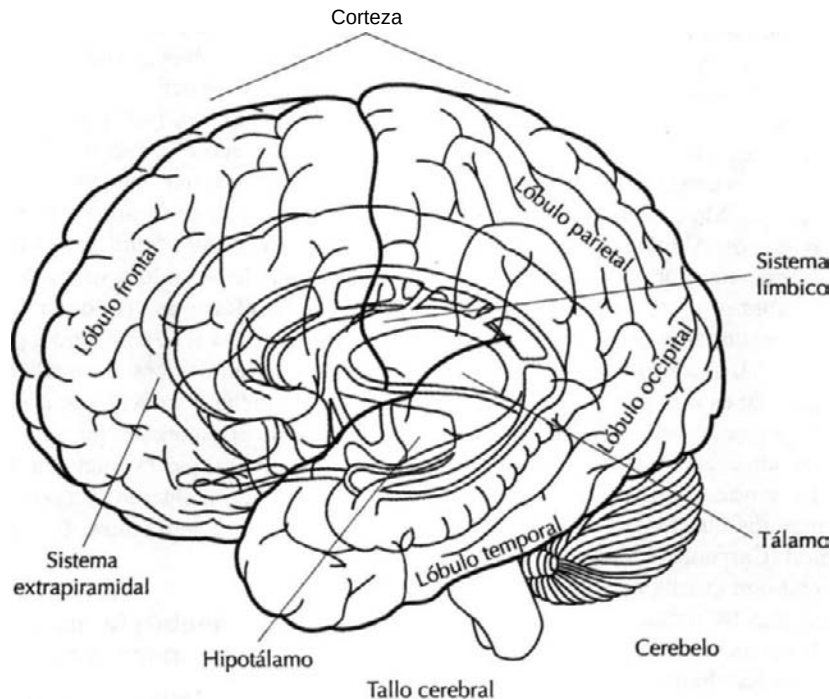


Figura 11.3 Encéfalo humano que ilustra el tallo cerebral, las estructuras límbicas/subcorticales y la corteza cerebral

la el mecanismo básico del soporte para la vida: los procesos no conscientes o llamados procesos autónomos, como son la respiración, la digestión y la circulación. Esta es la parte de nuestro sistema nervioso que heredamos de las primeras criaturas con un cerebro de verdad, como los antiguos peces. Descansado sobre la parte superior de nuestro tallo cerebral y envolviéndolo está el sistema límbico, que deriva su nombre del latín *limbus*, que significa "borde" o límite". El sistema límbico es un grupo de estructuras profundas interrelacionadas dentro del cerebro que parecen mediar muchos impulsos biológicos y estados emocionales. Este es el legado de los reptiles, el cerebro reptiliano que hizo posible la supervivencia sobre la Tierra. Pero por mucho, la parte más reciente, y literalmente la gloria de nuestro cerebro es la *corteza cerebral*, la intrincadamente circunvolucionada capa exterior de nuestro cerebro, de casi un cuarto de pulgada de grueso, que da surgimiento a todos los fenómenos conscientes, sensoriales y perceptivos considerados como experiencia humana. Nuestra corteza cerebral es la que permite percibirnos a nosotros mismos y al mundo a través de nuestros sentidos: ver, oler, escuchar, degustar y tocar. Tal vez de mayor importancia sea señalar que nuestra corteza cerebral funciona como nuestra gorra de pensamiento. Nos permite planear, aprender, hablar y comportarnos en una forma que hemos llegado a considerar como únicamente humana.

Microestructura del cerebro humano: neuronas y transmisión neural

El cerebro es sin duda el órgano más complejo y tal vez la estructura más compleja en el planeta. Es apenas un bulto gelatinoso de casi 1.350 kg de tejido que llevamos en un contenedor esférico de hueso sobre nuestros hombros; no obstante, éste produce todo el espectro de la experiencia de la conciencia humana, nuestro universo de espacio interior. Algo interesante es el hecho de que, cuando los astrónomos y cosmólogos hablan acerca del espacio exterior, hablan en términos y números tan grandes que superan la imaginación, 15 mil millones de años luz de tiempo y espacio alrededor de cientos de miles de millones de galaxias que ¡contienen billones de estrellas, planetas y otros cuerpos celestes! De forma similar, cuando los neurocientíficos describen al tejido que hace surgir el universo de nuestro espacio interno, igualmente hablan de números impensables, 15 mil millones de neuronas transmisoras encajonadas

en más de 100 mil millones de neuronas, ¡creando en total billones de interconexiones! Para ayudar a poner estos números en perspectiva, considere que si usted contara en una proporción de un número por segundo durante 24 horas al día, y 7 días a la semana, le podría tomar más de 11.5 días contar hasta un millón. Para llegar a un mil millones requerirá contar por más de 31.5 años, y para contar hasta un billón necesitaría estar contando ¡durante los siguientes 31,688 años!

Para reducir a este órgano extremadamente complejo a términos más manejables comenzaremos con una exploración de una sola célula cerebral. Luego avanzaremos desde este punto de inicio hasta que hayamos integrado las características microscópicas y macroscópicas del cerebro en un todo coherente. Sin embargo, antes de que nos aventuremos más profundamente en el territorio del sistema nervioso central, es útil definir unos cuantos términos básicos que forman los fundamentos de las neurociencias.

Neurona: Una célula nerviosa que recibe, integra y transmite señales electroquímicas que son las unidades funcionales del sistema nervioso.

Soma: El cuerpo celular que contiene al núcleo y a muchos otros organelos citoplásmicos y que es el punto de origen de los neurofilamentos, las dendritas y el axón.

Neuroglía: Literalmente, "pegamento nervioso". Células nerviosas que sostienen a las neuronas transmisoras, tanto física como nutricionalmente. Existen dos tipos principales: (1) *astrocitos*, que son células relativamente grandes con forma de estrella que conectan las neuronas con el suministro de sangre del cerebro y también las anclan en su lugar, y (2) *oligodendroglía*, cuya función principal es empacar a los axones en fundas aislantes llamadas *mielina*, que incrementan la rapidez con la que pueden conducir impulsos.

Neurotransmisor: Un mensajero químico que lleva información de una neurona a otra en la sinapsis. (En realidad, también puede ocurrir la autotransmisión; esto es, cuando una sola neurona hace sinapsis con ella misma.) Hay tres categorías generales de neurotransmisores: (1) *aminas biogénicas* como la serotonina, norepinefrina, dopamina y acetilcolina (el término *amina* se refiere simplemente a cualquier molécula orgánica que contenga un átomo de nitrógeno, usualmente derivado del amoníaco, NH₃); (2) *aminoácidos*, como el GABA y el glutamato, y (3)

neuropéptidos o pequeñas proteínas como la beta endorfina.

Sinapsis: La unión entre neuronas transmisoras y membranas receptoras. Usualmente un espacio físico, a través del cual los neurotransmisores se difunden cuando son liberados.

Axón y terminal: Los neurofilamentos transmisores de las neuronas. Por el axón viajan impulsos electroquímicos llamados potenciales de acción, que resultan en la liberación de neurotransmisores del área terminal donde están almacenados en paquetes independientes llamados vesículas. Los axones son pequeñas protuberancias en forma de perilla, algunas veces conocidas como botones. La terminal es sinónimo de *membrana presináptica*.

Dendritas: Los neurofilamentos receptivos de las neuronas, que contienen receptores donde se enlazan los neurotransmisores. También conocida como *membrana postsináptica*.

Receptores: Sitios de enlace molecular especializados donde se acoplan los neurotransmisores, que producen, por consiguiente, efectos fisiológicos. La mayor parte de los receptores son proteínas grandes que abarcan la membrana neuronal, teniendo así porciones en el exterior de la célula donde se ligan los neurotransmisores, y porciones en el interior de la célula que subsecuentemente inician las reacciones bioquímicas dentro de la neurona.

Polarización: El estado en que se tienen cualidades o poderes opuestos. La diferencia en la carga electroquímica que se desarrolla entre el exterior y el interior de la membrana neuronal, de tal forma en que el interior está negativamente cargado con relación al exterior. Para todos los objetivos y propósitos, la polarización es sinónimo del potencial de reposo de la membrana.

PPE: Potencial postsináptico excitatorio. Un estímulo despolarizante que incrementa la probabilidad de que la neurona receptora "dispare" o inicie un potencial de acción.

PPI: Potencial postsináptico inhibitorio. Un estímulo que disminuye la probabilidad de que la neurona receptora "dispare" hiperpolarizando por lo general a la célula.

UE: Umbral de excitación. Un grado crítico de excitación o despolarización en el que la neurona dispara en una modalidad de todo o nada.

Potencial de acción: La reacción en cadena de sucesos que involucran la pérdida temporal o reversión de la

polarización en un segmento del axón por un micro-momento e inician la misma secuencia repetida de acontecimientos en la porción inmediatamente adyacente del axón, dando como resultado finalmente la liberación de un neurotransmisor en la terminal nerviosa.

Las *neuronas*, también conocidas como *células nerviosas*, son las unidades funcionales del sistema nervioso. Las neuronas reciben, integran y transmiten impulsos electroquímicos por medio de interacciones dependientes de neurotransmisores iónicas, y/o enzimáticas, a través de las membranas celulares (Carpenter, 1996; Hyman y Nestler, 1993). Aunque en primera instancia esta definición parece amenazadoramente compleja, la elegancia de la estructura y el funcionamiento nervioso se aclararán con prontitud. Al igual que todas las células animales nucleadas (esto es, células que tienen un núcleo o eucariotes), las neuronas poseen un complemento típico de organelos, pero además poseen algunas características únicas que hacen que estén especialmente adaptadas a sus papeles de emisores y receptores de señales. Estas características únicas son *neurofilamentos* (finas estructuras con forma de hilos) llamadas dendritas y axones. Se muestran en la figura 11.4.

Aunque ésta es una ligera ampliación, puede pensarse en las dendritas como la membrana receptora de la neurona, el sitio donde se recibe la mayor parte de los mensajes. Una neurona dada puede tener muchos puntos en su soma, donde se originan las dendritas. Los axones son los componentes transmisores de la neurona, las estructuras que envían las señales. Aunque tanto las dendritas como los axones pueden ramificarse en numerosos vástagos, por lo general los axones se originan de un solo tronco llamado el *montículo del axón* de donde éste abandona el cuerpo de la célula. Las neuronas sintetizan los neurotransmisores en los cuerpos celulares y, con la ayuda de los aparatos de Golgi, los empaquetan en sacos membranosos llamados *vesículas*. Estos protegen a los neurotransmisores de la degradación enzimática que ocurriría si estuviesen flotando en el citoplasma de la célula. Después de la síntesis y el empaquetado, las vejigas de los neurotransmisores son entregadas a los botones terminales del axón, ayudados por los citoesqueletos, donde esperan liberarse con la llegada de un potencial de acción, como se explicará (véase la figura 11.5). Incidentalmente, la palabra *botón* viene de la palabra en francés para botón, debido a que las ter-

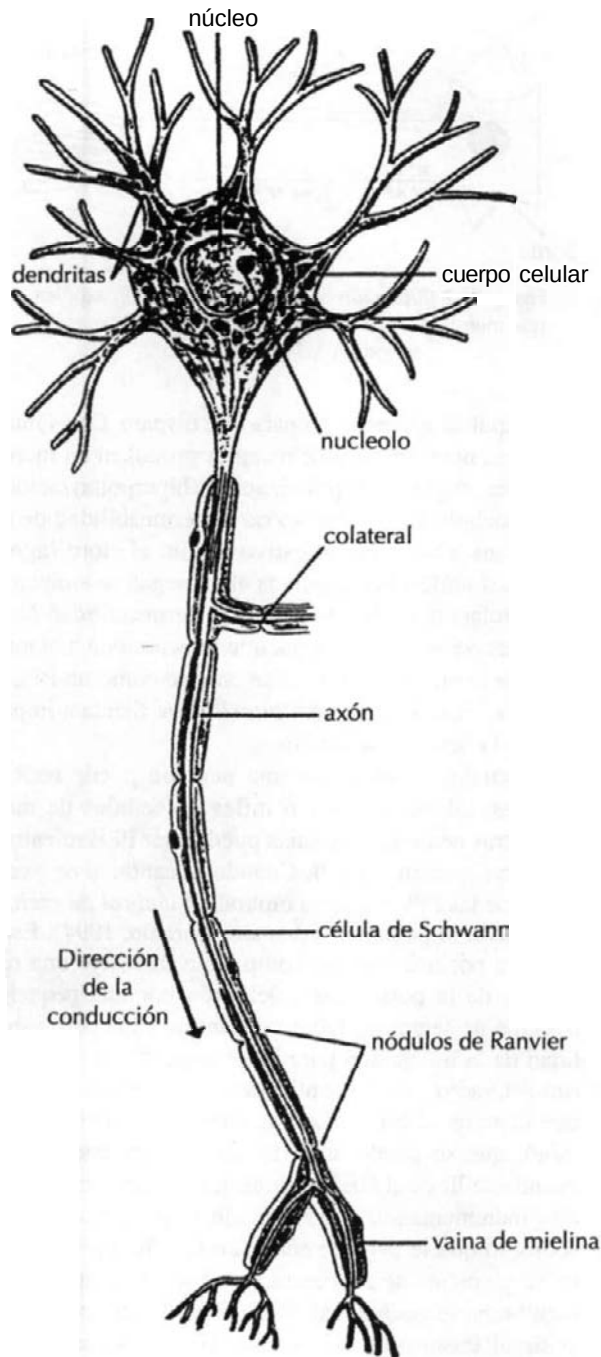


Figura 11.4 Una neurona típica que ilustra el cuerpo celular, las dendritas y el axón con vainas de mielina y nodulos sin vainas.

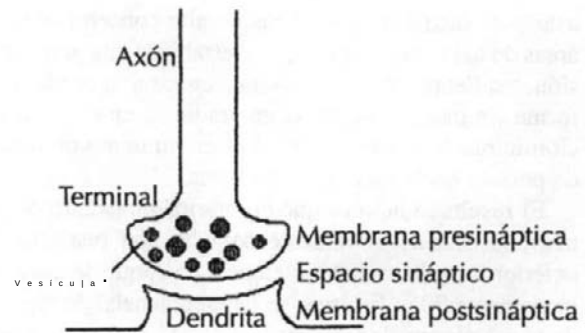


Figura 11.5 Acercamiento de una sinapsis, donde se indica una terminal axonal con vesículas de neurotransmisor, uniones de espacio y la membrana dendrítica posináptica.

minales del axón tienen protuberancias pequeñas que bajo el microscopio semejan un botón.

Cuando una neurona está en reposo (esto es cuando no está "disparando" o enviando un impulso), un margen muy estrecho de axoplasma (citoplasma del axón) que bordea la membrana intracelular está negativamente cargado. De manera inversa, un margen muy estrecho del fluido exterior que rodea la membrana externa está cargado positivamente. Esta separación de cargas, que se caracteriza por la forma en que el interior de la neurona está negativamente cargado con respecto al exterior, se llama *polarización* (el estado de tener cualidades o poderes opuestos). La polarización se debe a una propiedad de la membrana celular llamada *permeabilidad selectiva* que significa que la membrana permite que algunas moléculas crucen hacia dentro o hacia afuera de la célula, pero evita que otras lo hagan. Otro factor importante que ayuda a polarizar la neurona es una bomba molecular activa (impulsada por ATF) que rodea a la membrana que expulsa los iones de sodio y recupera los de potasio. Debido a que la bomba tiene sitios de unión para tres átomos de sodio, pero únicamente dos para átomos de potasio, por cada tres iones de sodio bombeados fuera de la célula, sólo se ingresan dos iones de potasio. Debido a que la membrana nerviosa en reposo es normalmente impermeable al sodio, se desarrolla un gran gradiente de concentración, de modo que la cantidad de iones de sodio fuera de la neurona es mucho mayor que la cantidad de sodio dentro de ésta. Debido a que las sustancias tienden a buscar el equilibrio al moverse hacia gradientes de concentración más bajos (esto es, las moléculas se moverán al

azar para distribuirse de áreas de alta concentración a áreas de baja concentración), se establece una gran tensión, tendiente a forzar al sodio a entrar a la célula. De forma similar, se desarrolla un gradiente de concentración intracelular que favorece el movimiento de iones de potasio hacia fuera de la neurona.

El resultado neto es que el interior inmediato de la neurona está negativamente cargado con respecto al exterior inmediato. Esta diferencia de carga, de aproximadamente 70 milivoltios, se llama potencial de reposo de la membrana de la neurona y puede pensarse en éste de forma análoga a una ballesta amartillada. En la figura 11.6 se presenta una ilustración de este concepto. Si ocurre cualquier cosa que jale el gatillo, la ballesta se dispara, liberando repentinamente la energía almacenada en el arco. De forma similar, puesto que los iones de sodio y potasio están buscando igualar su distribución a través de la membrana (están "amartillados"), si ocurre algo que incremente la permeabilidad de la membrana para ellos, dará como resultado el paso inmediato de sodio hacia dentro de la célula y del potasio hacia afuera de la célula. Este intercambio de iones, entrada de sodio y salida de potasio, ocasiona un cambio en la polaridad de la neurona de forma que su interior se vuelve momentáneamente positivo con relación a su exterior. Cuando esto sucede, como se ilustra en la figura 11.7, se dice que la neurona está despolarizada.

Ciertas interacciones neurotransmisor-receptor incrementan la permeabilidad de la membrana a los iones de sodio, situación que produce una disminución en el grado de polarización (despolarización parcial) debido a que el margen interior de la membrana se vuelve menos negativo como resultado de la afluencia de iones de sodio positivamente cargados. Esto es conocido como un PPE, o *potencial postsináptico excitatorio*, que tien-

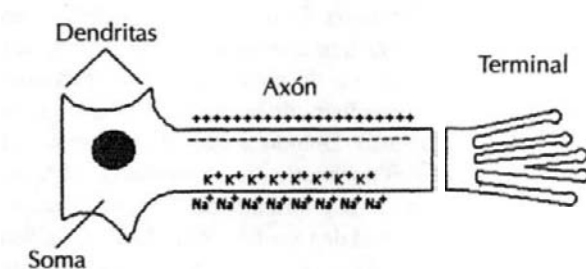


Figura 11.6 Esquema del potencial de reposo de membrana de una neurona que ilustra la separación de los iones de sodio y potasio y la carga diferencial resultante.

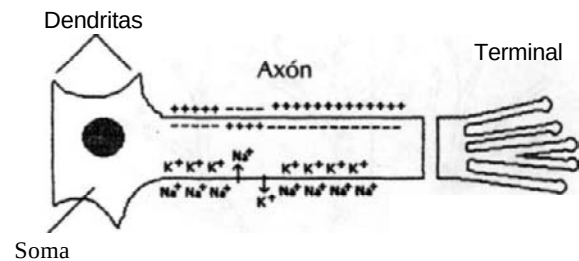


Figura 11.7 Ilustración de una despolarización axónica que muestra la inversión de cargas debido a la entrada de sodio y salida de potasio.

de a impulsar a la neurona para que dispare. Otras interacciones neurotransmisor-receptor producen un incremento en el grado de polarización (hiperpolarización) ya sea debido al incremento de la permeabilidad de la membrana a los iones negativos como el cloro (agregando así moléculas negativas al ya negativo ambiente intracelular) o al disminuir más la permeabilidad para los iones positivos (de forma que se acumulen aún más fuera de la membrana). Esto se conoce como un PPI, o *potencial postsináptico inhibitorio*, que tiende a impedir que la neurona se dispare.

En cualquier momento una neurona puede recibir docenas, tal vez cientos o miles de señales de muchas otras neuronas. Algunas pueden ser PPE mientras que otras pueden ser PPI. Cuando la cantidad de excitación de las PPE cruza un umbral, el *umbral de excitación* o UE, la neurona se dispara (Carlson, 1994). Esto se logra por una pérdida completa e inclusive una reversión de la polarización del axón por una pequeña fracción de segundo, debido al cambio en la permeabilidad de la membrana para iones específicos, que fueron activados por las cantidades de umbrales del PPE que llegaron al límite. Lo que sucede es un efecto dominó, que se puede describir de la siguiente forma: cuando se llega al UE, se abren los canales del ion sodio, incrementando de este modo la permeabilidad al sodio, lo que le permite entrar en la célula por debajo de su gradiente de concentración. Esto ocasiona que la membrana se vuelva más permeable al potasio que, casi simultáneamente con el influjo de sodio, sale de la célula por debajo de su gradiente de concentración. Conforme esto sucede, se cierran los canales del ion de sodio de la membrana, restaurando su resistencia al sodio. A continuación, de nueva cuenta, la membrana rápidamente se vuelve resistente a los iones de potasio.

En este punto, la bomba sodio-potasio remueve los iones de sodio y recupera los iones de potasio, restaurando de este modo el potencial de reposo de la membrana. Esta secuencia completa de sucesos se denomina *potencial de acción* y se inicia en el montículo del axón, el área cónica de su origen desde el cuerpo de la célula nerviosa.

La ocurrencia del potencial de acción en cualquier punto dado a lo largo del axón dispara una sucesión similar de cambios en la porción inmediatamente adyacente de la membrana del axón. Conforme la secuencia es reproducida allí, surge una serie similar de sucesos en su siguiente segmento, y así sucesivamente. En esta forma, el potencial de acción es autopropagado al igual que una onda a lo largo de toda la longitud del axón (Swonger y Constantine, 1983). Sin embargo, la mayor parte de las neuronas tienen fundas de mielina que cubren la mayor parte de sus axones, como un aislante alrededor de un cable eléctrico. A diferencia de la cubierta continua de un cable eléctrico, las fundas de mielina que están alrededor de los axones tienen segmentos discretos llamados *nódulos* donde la membrana del axón está descubierta (véase la figura 11.4). Esto permite que el potencial de acción brinque de un nódulo a otro, en lugar de que cruce a lo largo de toda la longitud de la membrana axónica, de este modo se incrementa la velocidad en la que las señales nerviosas viajan. De hecho, de acuerdo con Sherwood (1993), algunas fibras nerviosas grandes con cubierta miélica, tales como aquellas que abastecen los músculos del esqueleto, conducen impulsos tan rápido como 120 metros por segundo (360 millas por hora), comparada con las velocidades de unos pocos milímetros por segundo (2 millas por hora) en las pequeñas fibras sin cubierta miélica como las que abastecen al tracto digestivo.

Cuando el potencial de acción alcanza las porciones terminales del axón, ocurre una cascada de sucesos que dan como resultado la liberación de neurotransmisores en el espacio sináptico, un proceso llamado *exocitosis*. Una vez que son liberados, los neurotransmisores se difunden a lo largo de la sinapsis, donde algunos de ellos se unen a receptores moleculares específicos en la membrana postsináptica. Dependiendo del tipo de neurotransmisor y de la naturaleza del receptor, la interacción neurotransmisor-receptor producirá ya sea un PPE o un PPI. Cuando la suma de ambos excede el UE, se disparará la neurona postsináptica. Todo este proceso se llama transmisión nerviosa y se ilustra en la figura 11.8

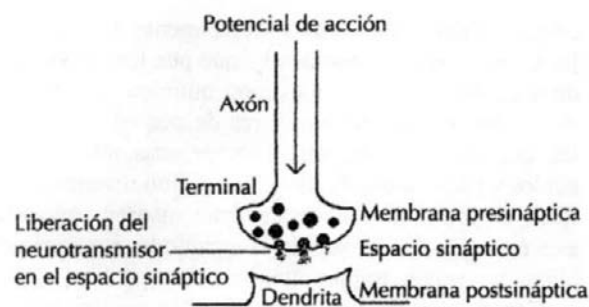


Figura 11.8 Acercamiento de una sinapsis que ilustra la llegada del potencial de acción y la liberación del neurotransmisor en la sinapsis.

Además de regular los canales de iones en la membrana celular, muchas interacciones neurotransmisor-receptor activan los sistemas mensajeros secundarios. Aunque una discusión más detallada de dichos sistemas está más allá del alcance de este capítulo, es suficiente decir que estos sistemas involucran cascadas complejas de reacciones biológicas que se realizan en el interior de la célula. En tales casos, el neurotransmisor es el primer mensajero que, al ligarse al receptor, activa o inhibe a otras sustancias químicas dentro de la célula, que entonces también funcionan como mensajeros químicos. Estos mensajeros secundarios, a su vez, inician una variedad de sucesos fisiológicos, que por lo general involucran la activación de enzimas específicas, que producen mensajeros químicos adicionales (terciarios) y reacciones bioquímicas que finalmente pueden influenciar las funciones genéticas de la célula (por ejemplo, Craig y Stitzel, 1994; Hyman y Nestler, 1993).

Neurotransmisores

Como se describió anteriormente, las neuronas son células especializadas, adaptadas de forma única para recibir, integrar y transmitir impulsos electroquímicos por medio de moléculas neurotransmisoras. Para ser clasificado como un neurotransmisor comúnmente aceptado, una sustancia debe satisfacer ciertos criterios. Debe ser sintetizada y empacada en el cuerpo celular; ser transportada y almacenada en vesículas en las terminales del axón; ser liberada por medio de exocitosis en el espacio sináptico por una despolarización; ligarse a receptores moleculares específicos donde produce un efecto fisiológico, y estar asociado con un proceso para su desactivación, tal como una degrada-

ción enzimática o recaptura. Actualmente, los principales tipos de neurotransmisores, que pueden clasificarse de acuerdo con su composición química o estructura molecular, son los transmisores de pequeñas moléculas, que incluyen a las aminas biogénicas, a los aminoácidos y a los neuropéptidos. Aunque un resumen detallado de todas las moléculas transmisoras conocidas está más allá del alcance de este capítulo, resaltaremos algunos aspectos importantes de cada tipo.

Con frecuencia los estudiantes de neurofisiología están ansiosos por conocer si un neurotransmisor determinado es excitatorio o inhibitorio. La respuesta a esta pregunta comúnmente planteada puede darse en una palabra: "depende". Esto es, mientras que algunos transmisores (por ejemplo, GABA) son tradicionalmente descritos como inhibitorios y otros (por ejemplo, norepinefrina) como excitatorios, el que un neurotransmisor dado produzca un PPI o un PPE depende del receptor al que se unan. La mayor parte de los transmisores se unen a varios subtipos de receptores, no solamente a uno. Por ejemplo, hay al menos siete variedades de receptores de serotonina, cinco tipos de receptores de dopamina y varios receptores de norepinefrina (Hyman y Nestler, 1993). En algunos receptores la norepinefrina es excitatoria (por ejemplo, en la mayor parte de sus objetivos en el sistema nervioso simpático), mientras que en otros es inhibitoria (por ejemplo, en los receptores alfa-2 en el *locus ceruleus*, un núcleo del tallo cerebral). De este modo, probablemente no hay neurotransmisores por completo excitatorios ni neurotransmisores siempre inhibitorios. Los potenciales postsinápticos dependerán en su totalidad de la interacción específica transmisor-receptor. Más aún, muchos neurotransmisores se encuentran a lo largo de todo el cuerpo, no sólo en el SNC, y juegan diferentes papeles en estas localizaciones periféricas. La serotonina está ampliamente distribuida a lo largo del intestino y en la superficie de los glóbulos rojos. La epinefrina y la norepinefrina son hormonas liberadas por la glándula suprarrenal, y la acetilcolina es un transmisor presente en todas las uniones neuromusculares, por nombrar únicamente unos cuantos ejemplos.

Los neurotransmisores mejor conocidos de pequeñas moléculas son las monoaminas biogénicas, que consisten en una variedad de sustancias químicas que incluyen la serotonina, norepinefrina, epinefrina (también llamadas noradrenalina y adrenalina, respectivamente, de allí los términos *noradrenérgico* y *adrenérgico*), dopamina, acetilcolina e histamina. (Incidentalmente,

el término *biogénico* viene de la palabra *biogen*, que se refiere a cierto número de moléculas protoplásmicas que continuamente experimentan secreción y absorción: recuerde que una amina es cualquier molécula que contiene un grupo sustituido de amoniaco, esto es, un átomo de nitrógeno con una cadena lateral de carbohidratos. Por tanto, una monoamina biogénica es una molécula con un solo grupo amino que alternativamente experimenta secreción y absorción.)

La serotonina tiene muchas funciones importantes en el SNC y algunas personas piensan que es el "caballito de batalla" de los neurotransmisores; está involucrada en el sueño, en la activación, en la motivación, en el apetito y en el sexo. La norepinefrina juega un papel de "consejero" en el cerebro en el sentido que hace sonar las alarmas que movilizan nuestra respuesta de pelear o huir ante el estrés. Tanto la serotonina como la norepinefrina parecen estar involucradas en las enfermedades depresivas. El pariente químico de la norepinefrina, la epinefrina, no ha sido bien entendida como neurotransmisor, sino que parece estar involucrada en la regulación de algunos procesos autónomos (soporte de vida). La dopamina es críticamente importante en la mediación del control motor extrapiramidal (a ser discutido) y, cuando es deficiente, da como resultado los síntomas de la enfermedad de Parkinson. También está involucrada en la regulación de la liberación de algunas hormonas pituitarias importantes, y parece estar inextricablemente envuelta en los procesos que subyacen a los trastornos de pensamiento psicótico como la esquizofrenia. El papel de la acetilcolina en el SNC parece estar relacionado con el aprendizaje y la memoria. La enfermedad de Alzheimer, una enfermedad neurodegenerativa progresiva, cuya característica principal es la pérdida de la memoria, parece involucrar la degeneración de la estructura cerebral de mayor producción de acetilcolina, el hipocampo. Aunque ahora se sabe que es un neurotransmisor, así como también una sustancia química omnipresente fuera del SNC, la función de la histamina en el cerebro todavía no está bien entendida.

Los neurotransmisores de aminoácidos que se han comprendido mejor son los transmisores predominantemente inhibitorios GABA (por sus siglas en inglés) (ácido gama-aminobutírico) y la glicina; así como también el glutamato y el aspartato, que parecen ser predominantemente excitatorios. Además de las monoaminas y los aminoácidos, el cerebro contiene una cantidad desconocida de neurotransmisores péptidos (pequeñas proteínas) llamados *neuropéptidos*. Dos de los neuropépti-

dos mejor estudiados son la beta endorfina, una molécula opiácea natural, y la sustancia P, que parecen ser importantes en la transmisión de las sensaciones de dolor. Se cree que muchos de los transmisores péptidos actúan como neuromoduladores o neuroreguladores al modular o regular la unión de otros transmisores, tales como las monoaminas y los amino-ácidos, en sus receptores. También se piensa que ejercen influencias postsinápticas de mayor duración que los transmisores de moléculas pequeñas (Carlson, 1994).

Por mucho, los neurotransmisores más estudiados son los transmisores aminobiogénicos de moléculas pequeñas, especialmente la acetilcolina y la norepinefrina, dado que están presentes en altas concentraciones en el sistema nervioso periférico y, por consiguiente, son más accesibles y están más segregadas que los transmisores que se presentan a nivel central. Irónicamente, a pesar de ser los más estudiados, en comparación con otros neurotransmisores, las aminas biogénicas en forma colectiva participan en sólo 5% o 10% de las sinapsis en el cerebro humano, mientras que los transmisores de aminoácidos participan en más de 60% de la sinapsis del SNC (Kaplan y Sadock, 1991). Mientras que, a la fecha, únicamente un puñado de neurotransmisores ha sido clasificado de forma confiable, se cree que existen varios cientos por identificar. Para complicar aún más las cosas, en la actualidad se sabe que la mayor parte de las neuronas tienen neurotransmisores colocalizados (Hyman y Nestler, 1993); esto es, una sola neurona puede liberar y producir más de un neurotransmisor. Este reciente descubrimiento se enfrenta a la hipótesis largamente apoyada de Dales, que declara "una neurona, un neurotransmisor". De hecho, la norma parece ser que ciertas neuronas pueden liberar algo así como tres neurotransmisores en forma simultánea; por lo regular uno de cada uno de los tres tipos principales, una amina biogénica junto con un aminoácido y un neuropéptido. Para complicar más las cosas, hay numerosas permutaciones de conexiones sinápticas (Hyman y Nestler, 1993). La mayor parte de las sinapsis son axodendríticas; esto es, el axón de una neurona hace sinapsis con la dendrita de otra. Pero también hay sinapsis axosomáticas (axón a cuerpo celular) y sinapsis axoaxónicas (un axón de una neurona hace sinapsis con el axón de otra neurona), y las dendritas también pueden hacer contacto entre sí en conexiones dendrodendríticas. Para introducir otra capa de complejidad, no todas las neuronas se comunican en sinapsis químicas. Algunas neuronas se interconectan en lo que se descri-

be como sinapsis eléctrica y realmente pasan iones de ida y vuelta directamente en sus citoplasmas (Kandel, Schwartz y Jessell, 1991). Aunque se ha aclarado bastante que la sinapsis eléctrica juega muchos papeles importantes en la neurofisiología, el hablar más de éstos se encuentra más allá del alcance de este capítulo. Los lectores interesados pueden leer con más detalle a Kandel, Schwartz y Jessell (1991). Para nuestros propósitos, nos limitaremos a enfocarnos únicamente en la comunicación neurosináptica por transmisión química.

Las neuronas por sí mismas no son especialmente inteligentes. Como lo hemos descrito, pueden realizar muy pocas cosas, como disparar o no disparar, y comunicarse con un limitado vocabulario de únicamente unos cuantos tipos de sustancias químicas. Pero ponga 100 mil millones de ellas juntas en una pequeña área y déjelas "conversar" con otros miles de neuronas en formas precisas y específicas, y literalmente se realizará una lluvia de actividad, dando como resultado la infinita diversidad de la experiencia consciente humana. Ya que se han delineado los fundamentos de la neurofisiología y la transmisión nerviosa, hablaremos acerca del desarrollo del cerebro que se inicia en el útero y sigue hasta la edad adulta.

Desarrollo del cerebro humano en el útero: neurogénesis y neuromigración

Muy al principio del desarrollo prenatal comienza el proceso de la organogénesis, la formación de los órganos durante el crecimiento embrionario y fetal en el útero. Como hemos descrito, el cerebro es por mucho el órgano más complejo del organismo, de modo que no es sorprendente que el sistema nervioso central (SNC) sea el primer sistema orgánico a ser desarrollado, ya que éste necesita encabezar el proceso (sin juego de palabras) para asegurar un funcionamiento y tamaño adecuados al nacimiento. De hecho, dentro de las primeras tres semanas de desarrollo, el SNC se muestra como una tira de tejido, la placa neural, que corre a lo largo de la espalda del embrión. Para el décimo octavo día de gestación, la placa neural se pliega sobre sí misma, formando un surco neural que se cierra al final del primer mes para formar el tubo neural. Al mismo tiempo que la formación del SNC, también se desarrollan todos los demás sistemas de órganos del cuerpo, pero el proceso de la neurogénesis es incomparable en la medida en que su rapidez de formación celular es simplemente asombrosa.

Al nacer un bebé, tiene más de 100 mil millones de neuronas (por razones que describiremos más adelante, muchas más de las que necesita) ¡lo que significa que en promedio su desarrollo es de más de 4,000 neuronas cada segundo de su vida prenatal! (por supuesto, esta cifra promedio sugiere un patrón lineal de neurogénesis. La realidad es que en el útero la proliferación neural sucede de forma exponencial). Añádase a esto el hecho de que el cerebro no es una masa homogénea de materia celular como un nabo, sino que más bien es un intrincado ensamblado de docenas de diferentes tejidos neurales. Más aún, cada tipo de célula cerebral tiene una ubicación genéticamente predeterminada a la que deberá emigrar para que el producto final funcione bien. (Como una nota aparte, el síndrome alcohólico fetal parece producir sus efectos devastadores al interferir con el proceso de neurogénesis y neuromigración. Parece que el alcohol y muchas otras drogas distorsionan los destinos de la migración de las neuronas, de forma que llegan a lugares equivocados, dando como resultado malformaciones físicas e intelectuales que son los sellos distintivos del síndrome alcohólico fetal.)

Desarrollo posnatal del cerebro humano: proliferación de dendritas y plasticidad

El neurodesarrollo en el útero es un fenómeno maravilloso. Durante los primeros años de vida, ocurren los igualmente espectaculares procesos de neuromaduración de la proliferación de dendritas, la reducción neural y la plasticidad funcional. Como se mencionó con anterioridad, el neonato tiene muchas más neuronas de las que necesita. Parece que el cerebro produce una cantidad enorme de neuronas extras debido a que, a diferencia de la mayor parte de los otros tejidos del organismo, el cerebro no reemplaza las células gastadas o dañadas. La razón de que esto suceda es un misterio muy mal comprendido de la neurobiología, aunque tal vez tenga que ver con la persistencia de la memoria. Si el cerebro estuviese reemplazando constantemente las células, podría no ser capaz de mantener recuerdos puesto que éstos tal vez dependan de relaciones microestructurales y neuroquímicas muy específicas entre vastos racimos de neuronas. Reemplace una o más de las neuronas en un racimo, y toda la configuración de la sinapsis puede cambiar, puesto que cada célula está interconectada con algo así como 10,000 células distintas. Así que, no sólo las células cerebrales tendrían que ser reemplazadas, sino que también se tendría que duplicar

de forma exacta cada uno de sus miles de elementos sinápticos específicos, un trabajo de realambrado que parece demasiado intrincado para que el cerebro lo realice con éxito.

Así que, en lugar de reemplazar las células, el cerebro inicia con más células de las que ordinariamente necesita en toda su vida y espera que el organismo que lo aloja no haga algo tan enormemente estúpido como conducir una bicicleta sin un casco, conducir un auto sin el cinturón de seguridad o meterse a un cuadrilátero de boxeo. Pero, ¿cómo decide el cerebro qué neuronas mantener y de qué otras prescindir? La respuesta, en pocas palabras es *experiencia*. Un neonato sale a un mundo de estimulación constante. Cantidades desconcertantes de imágenes, sonidos, olores, sabores y texturas que son conducidas hacia dentro del SNC, donde los datos sensoriales activan enormes cantidades de neuronas en regiones específicas del cerebro. Al mismo tiempo, el recién nacido comienza a mover sus músculos al respirar, llorar, alimentarse y en general al moverse, lo que envía mayor información a los centros motores. Este bombardeo continuo de estímulos que entran al SNC inicia un proceso conocido como proliferación dendrítica. Aunque puede ser cierto que el cerebro no produce más neuronas, *per se*, no obstante esta temprana estimulación fomenta un crecimiento increíble de dendritas, que se ramifican para formar vastos bosques de conexiones con otras neuronas. De hecho, la palabra *dendrita* deriva del griego *dendron* que significa "árbol", debido a que bajo el microscopio semejan árboles con muchas ramas. A mayor estimulación saludable que reciba un recién nacido, mayor será la proliferación de dendritas que tendrá y más intrinsecamente interconectado estará su cerebro.

Cuando las interconexiones entre las neuronas son estimuladas con frecuencia, éstas forman redes estables y rutas de comunicación que pueden perdurar durante toda la vida del individuo. De forma alterna, cuando las redes y las vías de formación neurales no son lo suficientemente reforzadas, decaen. Este proceso se llama *reducción neural* debido a que muchas de las elaboradas ramas de los árboles de dendritas verdaderamente disminuyen cuando no son fertilizadas con la estimulación suficiente. Únicamente aquellas interconexiones y vías que son utilizadas constantemente se fortalecen y tienen probabilidades de persistir. Como dice literalmente el dicho popular: "lo que no se usa se atrofia". El proceso de proliferación dendrítica y de reducción neural ocurre a lo largo de toda la vida, pero son más acti-

vos durante los primeros cinco años de vida. A partir de esa edad, se forman muy pocas conexiones nuevas en el cerebro, a pesar del hecho de que el fenómeno de reducción continúa como resultado del deterioro y de la inevitable muerte de las células. De hecho, la proliferación de las dendritas en cerebros muy jóvenes es tan impresionante que presentan un sorprendente potencial para la plasticidad, esto es, la capacidad de adaptarse a las circunstancias cambiantes, tales como la pérdida de tejido debida a lesiones o a enfermedades. Si un adulto maduro sufre de una lesión cerebral catastrófica, dependiendo de las regiones del cerebro que estén afectadas, es probable que nunca recupere alguna cantidad significativa de la función perdida. Por ejemplo, si un derrame daña algunos de los centros del lenguaje en un cerebro adulto, es probable que la víctima tenga un déficit significativo del lenguaje durante el resto de su vida, debido a que el cerebro de un adulto no es lo suficientemente flexible como para compensar el daño al asignar nuevas funciones a las áreas intactas. Pero en el cerebro de un niño pequeño, una pérdida de tejido similar puede no tener consecuencias graves, debido a que su cerebro, que se encuentra en medio de la proliferación de dendritas, tiene una amplia oportunidad de reenrutar las conexiones vitales y de encargar a otras regiones la función del lenguaje. En esencia, con esta breve descripción de la proliferación dendrítica, la reducción neuronal y de la plasticidad, podemos ver que existe una relación recíproca notoria entre el cerebro y el ambiente. La estructura y función de nuestro cerebro determina nuestra experiencia, y viceversa. Ahora desviaremos nuestra atención a la estructura y funcionamiento del cerebro humano adulto completamente desarrollado.

Estructura y funcionamiento del encéfalo humano adulto

Debido a que un atlas extenso de la neuroanatomía estructural y funcional podría ocupar mucho más espacio que todo este libro, en su lugar proporcionaremos un repaso general sobre algunas de las características más obvias del cerebro. Reiterando un punto importante, nuestro encéfalo realmente son tres cerebros en uno: un tallo cerebral primitivo responsable del soporte básico de la vida y de algunos aspectos de la integración motora; un cerebro reptiliano o sistema límbico responsable de gran parte de nuestra motivación, experiencia emocional e impulsos biológicos, y un cerebro, que es

donde está asentada nuestra conciencia, habilidades intelectuales y comportamiento voluntario. Consulte la figura 11.9 para ver una ilustración de la organización estructural, así como algunos puntos de referencia neuroanatómicos importantes.

El tallo cerebral es la porción del SNC que se encuentra en la parte más alta de la médula espinal, en la base del encéfalo. Éste consiste en dos partes principales: la *médula oblonga* (frecuentemente llamada sólo *médula*) y el *punte*, así como también una estructura adyacente llamada *cerebelo*. La médula oblonga se encuentra cerca de la médula espinal y contiene centros para la regulación de la frecuencia cardíaca, la respiración, la presión sanguínea y el tono muscular. También aloja importantes centros reflejos del vómito, del toser, estornudar, tragar y del hipo. Además, de la médula oblonga surge la formación reticular, una de las estructuras más antiguas del encéfalo, un descendiente directo de las redes nerviosas primitivas (recuerde que *reticular* significa "similar a una red"), la cual aún funciona como el sistema nervioso de criaturas como la hidra. La formación reticular recibe información sensorial de varias vías y las retransmite a la médula espinal, al sistema límbico y a la corteza. Juega papeles importantes en el sueño, en la activación, la atención selectiva y al controlar muchos de los reflejos mencionados anteriormente.

El puente es una protuberancia grande en el tallo cerebral, que se encuentra por encima de la médula, directamente enfrente del cerebelo. Al igual que la médula, contiene una parte de la formación reticular y es igualmente importante en el sueño y en la activación. Detrás del puente está situado el cerebelo ("pequeño cerebro") que, como su nombre lo indica, asemeja un cerebro en miniatura. Está cubierto por una corteza cerebral y posee un racimo de núcleos cerebrales profundos que se proyectan hacia su corteza, tal como el cerebro tiene un conjunto de núcleos internos que se proyectan hacia él. (En neuroanatomía, los núcleos son esencialmente grupos homogéneos de células nerviosas en el cerebro o médula espinal, que pueden demarcarse claramente de sus grupos celulares vecinos.) El cerebelo hace posible que nos pongamos de pie, caminemos y realicemos movimientos altamente coordinados. Este recibe la información de la corteza acerca de la visión, el oído, el equilibrio y las acciones de los músculos individuales, la cual integra posteriormente para producir un efecto de balance y coordinación de los movimientos. De hecho, un daño en el cerebelo da como resulta-

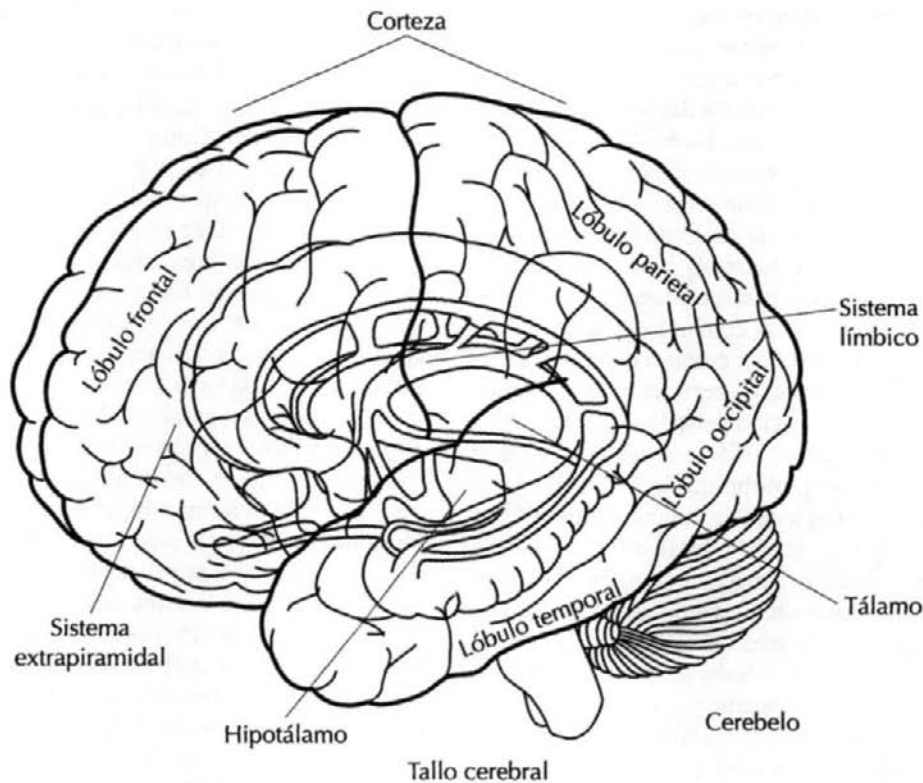


Figura 11.9 Encéfalo humano que ilustra el tallo cerebral, las estructuras límbicas/subcorticales y la corteza cerebral.

do patrones anormales de movimiento, tales como movimientos espasmódicos o pobremente coordinados.

La siguiente parte del encéfalo que comentaremos es el sistema límbico, un conjunto de estructuras interconectadas que se encuentran en la profundidad del encéfalo. Parece que el sistema límbico originalmente formaba la mayor parte de la superficie cortical del SNC, pero que con el paso del tiempo fue oculto por la neocorteza ("corteza nueva") que se abultó para formar los modernos hemisferios cerebrales, cubriendo completamente las viejas estructuras límbicas de forma que ahora aparecen como un borde curvado (de ahí el nombre de *limbus* que significa un borde o eje circular) en el interior profundo del encéfalo. Las funciones del sistema límbico son muy diversas y complejas; gran parte de él parece estar dedicado a gobernar las emociones y las motivaciones. Posee núcleos que son importantes en la regulación del ambiente interno del cuerpo (por ejemplo, el control de la temperatura) e impulsos biológicos como el hambre, la sed y el sexo. Además,

algunas partes del sistema límbico están integralmente involucradas con el aprendizaje y la memoria.

La porción más grande del encéfalo humano es el cerebro, que es responsable de la experiencia consciente y del comportamiento voluntario. El cerebro está dividido en dos mitades por un profundo surco longitudinal, resultando en los hemisferios cerebrales derecho e izquierdo, que están unidos por un puente masivo de fibras nerviosas llamado *corpo calloso* (véase la figura 11.10).

Los hemisferios cerebrales están dramáticamente circunvolucionados, lo que incrementa en gran medida su área superficial con relación a las divisiones en un cerebro liso del mismo tamaño. Las circunvoluciones consisten en grandes canales llamados *fisuras* o *cisuras*, pequeños canales llamados *sulcos* o *surcos* y giros o circunvoluciones que son protuberancias claramente visibles entre los canales adyacentes. En términos generales, todo el cerebro puede ser *mapeado* de acuerdo con sus tres funciones principales. En primer lugar, hay *áreas de asociación* que se cree producen y controlan

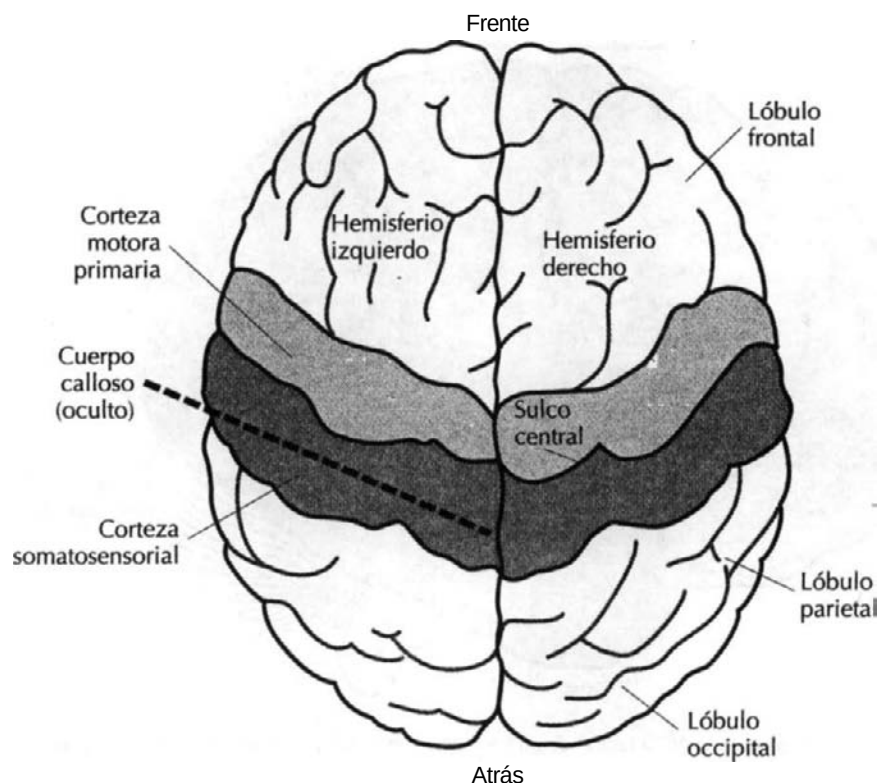


Figura 11.10 Vista superior del cerebro que ilustra la división longitudinal de los hemisferios derecho e izquierdo y muestra el cuerpo calloso.

los procesos intelectuales, creativos y artísticos, de aprendizaje y de memoria. En segundo lugar, hay *áreas sensoriales*, que reciben impulsos nerviosos aferentes (dirigidos hacia un órgano o sección central, tales como el SNC) de los órganos sensoriales para producir experiencia sensorial. En tercer lugar, las *áreas motoras* del cerebro inician los movimientos voluntarios por medio de impulsos nerviosos eferentes que envían señales desde el SNC a efectores como los músculos.

Como se muestra en la figura 11.11 cada hemisferio cerebral está dividido, a su vez, en cuatro lóbulos, el frontal, el parietal, el temporal y el occipital; cada uno gobierna aspectos específicos de las funciones cognitivas, sensoriales y motoras. Los *lóbulos frontales* son responsables de gran parte de los más altos procesos intelectuales, que incluyen la planeación, la concentración, la producción del lenguaje, la solución de problemas complejos y el juicio. Además, la región posterior del lóbulo frontal es la corteza motora primaria, que nos permite mover voluntariamente nuestros

músculos esqueléticos. Algunas personas han sugerido una dicotomía frente a frente de las diferentes funciones de los lóbulos frontales derecho e izquierdo: el lóbulo izquierdo piensa en palabras y media las operaciones racionales, lógicas y analíticas; mientras que el lóbulo derecho piensa espacialmente y gobierna procesos tales como la creatividad, la intuición y los aspectos artísticos. Aunque algunos datos apoyan este modelo de división de labores del cerebro (por ejemplo, Gazzaniga y LeDoux, 1978), por lo general se ha acordado que los hemisferios comparten información en virtud de su interconexión por medio del cuerpo calloso, y de este modo piensan holísticamente. Sin embargo, un aspecto dicotómico verdadero del cerebro es el hecho de que, en lo que se refiere a las funciones motoras y sensoriales, el hemisferio izquierdo controla la mayor parte del lado derecho del cuerpo y el hemisferio derecho controla la mayor parte del lado izquierdo de éste (véanse más adelante los comentarios sobre la decusación o entrecruzamiento).

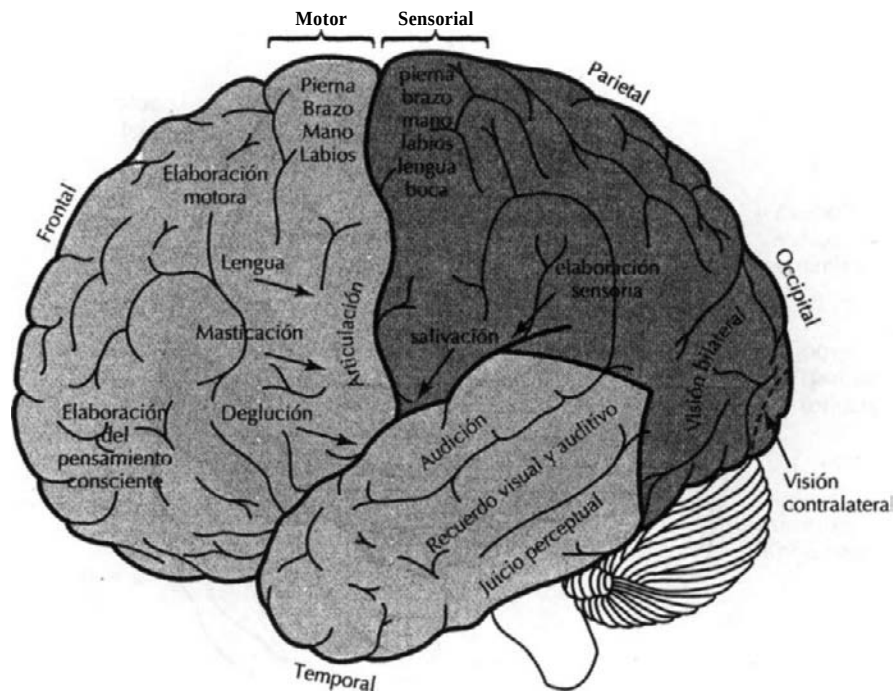


Figura 11.11 Vista lateral de un hemisferio cerebral que indica sus cuatro lóbulos.

Los *lóbulos parietales*, que están situados entre los lóbulos frontal y occipital en la parte superior del cerebro, contienen las cortezas somatosensoriales que nos permiten percibir las sensaciones de nuestro cuerpo y piel, tales como el contacto, temperatura, presión y dolor. También tienen áreas de asociación que funcionan para la comprensión del lenguaje, la interpretación de sensaciones y el uso de las palabras para expresar pensamientos y sentimientos. Debajo de los lóbulos parietales parcialmente por debajo y detrás de los lóbulos frontales están los *lóbulos temporales* que poseen áreas sensoriales responsables de la audición y del olfato. Sus áreas de asociación, como son las parietales, ayudan a la interpretación de experiencias sensoriales, patrones sensoriales especialmente complejos, tales como la memoria visual y musical. Los *lóbulos occipitales* son los lóbulos ubicados en la parte más posterior del cerebro y contienen las cortezas visuales primarias. Aquí es donde se realiza el fenómeno neurofisiológico que da lugar a la experiencia consciente de la visión. Las áreas de asociación de los lóbulos occipitales funcionan en la interpretación visual y combinan imágenes visuales con otras experiencias sensoriales.

Otra función crucial del encéfalo es la iniciación, coordinación e integración de los movimientos voluntarios. Este aspecto del comportamiento es llevado a cabo por los sistemas motores del encéfalo, de algunos de los cuales ya hemos hablado, pero vale la pena hacer algunos comentarios adicionales debido a que algunas terapias con fármacos utilizadas en el tratamiento de diversos trastornos clínicos pueden tener un dramático impacto en el funcionamiento motor. Los movimientos voluntarios son el producto final de una secuencia compleja de sucesos neuronales y musculares que involucran a los tres componentes principales del sistema motor: los tractos corticoespinales, los ganglios basales y el cerebelo. Las fibras nerviosas corticoespinales se originan en los cuerpos celulares que están en la corteza motora del lóbulo frontal y pasan a través de estructuras profundas en el tallo cerebral, antes de continuar a lo largo de la médula espinal, de aquí el nombre *corticoespinal*, y finalmente a sus objetivos en las placas neuromusculares.

Los tractos nerviosos corticoespinales se *decusan* (se cruzan entre sí al igual que los brazos de una X, la X es el símbolo para el número romano 10, que deriva

de la palabra en latín *decussis*), pasando a través de estructuras claramente visibles con forma piramidal en la médula, llamadas *pirámides medulares*. Por esta razón, los tractos corticoespinales son conocidos con frecuencia como tractos *piramidales* o como el *sistema motor piramidal*. Una lesión en estas fibras da como resultado una debilidad o parálisis total de la mayor parte de los movimientos voluntarios. La decusación de las fibras nerviosas también explica por qué muchas funciones sensoriales y motoras son controladas por los lados opuestos del cerebro. Las fibras motoras y sensoriales originadas en el hemisferio cerebral izquierdo se cruzan para enervar los tejidos correspondientes del lado derecho del cuerpo y viceversa. De este modo, un daño en el tejido sensoriomotor del lado izquierdo del cerebro dará como resultado deficiencias en el lado derecho del cuerpo, y un daño en el hemisferio derecho dará como resultado una deficiencia en el lado izquierdo.

Otro sistema motor importante está compuesto de los *ganglios basales*, un grupo de estructuras interrelacionadas que se encuentran en el fondo del encéfalo anterior. A diferencia de los tractos corticoespinales o piramidales, las salidas motoras de los ganglios basales no pasan a través de las pirámides medulares y, por tanto, se les llama sistemas extrapiramidales. Las lesiones de este sistema ocasionan movimientos involuntarios como los vistos en los pacientes con la enfermedad de Parkinson. De hecho, algunos medicamentos psicotrópicos, principalmente los agentes antipsicóticos típicos, producen efectos secundarios similares a los de la enfermedad de Parkinson y otros, los llamados síntomas extrapiramidales (SEP), al interferir con la transmisión de la dopamina en los ganglios basales.

El último de los principales sistemas motores es el cerebelo, del que ya hemos hablado. Los trastornos del cerebelo están asociados con anomalías en la rapidez, intervalo y fuerza de los movimientos. En un individuo sano, los tres sistemas motores trabajan en conjunto para producir, integrar, refinar, coordinar y ejecutar todo el comportamiento motor voluntario.

MÉTODOS DE INVESTIGACIÓN Y DE DIAGNÓSTICO EN LAS NEUROCIENCIAS

En la actualidad existe cierta diversidad de métodos y procedimientos que les permiten a los psicólogos clínicos y a los investigadores visualizar al cerebro humano. Mientras que se están desarrollando constantemente nuevas y más sofisticadas herramientas de imagenología,

nuestra tecnología actual puede proveernos con únicamente una ojeada a través de la cerradura del maravilloso territorio del cerebro viviente. No obstante, algunas de las técnicas que serán descritas han comenzado una revolución en nuestro entendimiento de las relaciones estructurales y funcionales entre los tejidos del encéfalo y cómo éstos procesos pueden relacionarse con la experiencia consciente.

Electroencefalografía

Uno de los métodos no agresivos más antiguos y que siguen en uso en las neurociencias es el de la electroencefalografía (EEG), que utiliza electrodos colocados en el cuero cabelludo para medir la actividad eléctrica general del cerebro. El instrumento real es el *electroencefalógrafo* y las gráficas de los trazos de las ondas cerebrales que éste produce son el *electroencefalograma*. De acuerdo con Kaplan y Sadock (1991), las formas de las ondas EEG están clasificadas de la siguiente forma: las ondas delta son menores de 4 ciclos por segundo (hertz o Hz) y por lo general sólo están presentes durante el sueño profundo. Las ondas teta caen entre los 4 y 8 Hz y también son características del sueño. Las ondas alfa son iguales a un margen entre 8 y 13 Hz y normalmente están presentes en los adultos despiertos cuyos ojos están cerrados. Las ondas beta son mayores de 13 Hz y, por lo regular, reemplazan la actividad alfa cuando una persona abre los ojos o es estimulada mentalmente. La interpretación del EEG involucra una inspección visual de la frecuencia (velocidad) y amplitud (tamaño o altura) de los diversos trazos de las ondas y de una inspección para encontrar picos o irrupciones inusuales en la actividad, que pueden indicar episodios epilépticos o ataques.

Tomografía computarizada

La *tomografía* se refiere a cualesquiera de las diversas técnicas de tomas de imágenes de rayos X de secciones por planos de dos dimensiones de un objeto tridimensional al desenfocar las imágenes de todos los demás planos. La tomografía computarizada (TC), también conocida como tomografía axial computarizada (TAC), es una técnica que utiliza computadoras para generar imágenes de cortes anatómicos o reconstrucciones tridimensionales de un órgano entero. Entre más radiación absorba un tejido, aparecerá más claro; entre menos radiación absorba un tejido, aparecerá más oscuro

en la imagen computarizada. En el cerebro, las lesiones de 0.5 centímetros (0.39 pulgadas) por lo general se muestran bien en imágenes de secciones cruzadas de la TC. La TC es útil en una variedad de consideraciones diagnósticas, que incluyen la evaluación de pacientes con trastornos dramáticos o agudos, tales como apoplejías, traumas y tumores. También es útil para la evaluación de algunos pacientes psiquiátricos que presentan demencia, confusión o trastornos afectivos, del movimiento o del pensamiento, de causa desconocida. Aunque la TC es una excelente herramienta para examinar las estructuras óseas y calcificaciones, para determinar la presencia o ausencia de masas o lesiones, y para evaluar la arquitectura general del cerebro, la TC está limitada en la medida en que no puede discriminar la materia gris (cuerpos celulares) de la materia blanca (axones) y revela muy poco acerca del metabolismo cerebral. Para estos propósitos, los estudios IRM y TEP, respectivamente, son mucho mejores.

Formación de imágenes por medio de resonancia magnética

Previamente llamada resonancia magnética espectroscópica nuclear (RME), y usada durante muchos años como herramienta en la química orgánica para la identificación de moléculas orgánicas, la formación de imágenes por medio de resonancia magnética (IRM) recientemente se ha convertido en una de las herramientas de diagnóstico no agresivas más ampliamente usadas en medicina y en las neurociencias. Cuando se aplica un poderoso campo magnético al cerebro o a cualquier tejido blando, los núcleos de hidrógeno en las moléculas de agua del tejido se alinean en una forma muy precisa y resuenan a una frecuencia específica. Cuando son expuestos a pulsos electromagnéticos, los núcleos resonantes de hidrógeno emiten patrones de energía característicos que son analizados por una computadora para producir la imagen final. Las imágenes producidas por la IRM son tal vez las técnicas con más alta resolución y detalle de la formación de imágenes del cerebro. A diferencia de la TC, la IRM puede delimitar claramente la materia gris de la materia blanca y, por consiguiente, es excelente para determinar las lesiones desmielinizantes como en la esclerosis múltiple y otras enfermedades desmielinizantes. Otra ventaja de la IRM sobre la TC es que no expone al paciente a los rayos X. Sin embargo, debido al fuerte campo magnético que usa, la IRM está contraindicada en pa-

cientes con implantes quirúrgicos de metal, con placas de metal en el cráneo y marcapasos. Aunque no tiene par alguno que provea imágenes con tan buena resolución de la anatomía del cerebro, los procedimientos IRM estándar no pueden decirnos mucho acerca de lo que está sucediendo metabólicamente en el cerebro. Para esto, el TEP es actualmente el procedimiento de elección.

Tomografía por emisión de positrones

A diferencia de la TC y la IRM, la tomografía por emisión de positrones (TEP) permite a los neurocientíficos evaluar la actividad metabólica real en proceso, en las regiones corticales y subcorticales del cerebro. La TEP es una herramienta asombrosa que literalmente ha abierto nuevas ventanas en el panorama de la neurofisiología y está ayudando al avance de nuestra comprensión acerca del funcionamiento normal y anormal del cerebro, como nunca antes nadie lo había imaginado. Para los estudios TEP, se administran a los pacientes o sujetos moléculas orgánicas, por lo general glucosa, que han sido marcadas con átomos emisores de positrones (un *positrón* es una partícula subatómica de la misma masa que un electrón, pero con una carga positiva). Cuando la glucosa radiactiva llega al cerebro, ésta es capturada por las neuronas, donde los positrones son emitidos, mismos que chocan con los electrones que normalmente están presentes en el tejido celular, produciendo fotones que son detectados por la cámara TEP y ensamblados por una computadora en una imagen de color compuesto. Los diferentes colores de la imagen reflejan los grados de metabolismo en los tejidos del cerebro. Puesto que la utilización de glucosa por parte de la neurona es directamente proporcional a su actividad metabólica, entre mayor sea la cantidad de glucosa radiactiva que capturan, mayor será la cantidad de fotones que emitirán y mayor será la brillantez con que aparecerán en el compuesto generado por computadora. De este modo, en un escaneo TEP, los colores brillantes (rojo, naranja y amarillo) indican las regiones con la mayor actividad metabólica, y los colores oscuros (verde, azul y violeta) corresponden a las áreas menos activas metabólicamente. A partir de los datos de la TEP podemos hacer inferencias acerca de qué regiones del cerebro parecen controlar, mediar o gobernar las experiencias fenomenológicas y conscientes.

IRM funcional

La IRM funcional es un nuevo método que combina la excelente resolución anatómica de las imágenes IRM

con la información acerca del metabolismo cerebral por regiones, similar a la producida con los escaneos TEP. Esto se logra por medio de instrumentos de IRM que hacen imágenes de elementos distintos del hidrógeno, tales como núcleos de fósforo, que tienen una importancia funcional y metabólica (Kaplan y Sadock, 1991). Otra metodología de la IRM funcional mide los cambios en el nivel de oxígeno en la sangre cerebral, que ocurren cuando la actividad neuronal induce pequeños cambios en el microsistema sanguíneo del cerebro (Fogel y Schiffer, 1996). Hasta ahora, la IRM funcional ha medido exitosamente el metabolismo en la corteza visual y en la corteza motora primaria.

Análisis de metabolitos de neurotransmisores del líquido cefalorraquídeo

Además de la materia gris y blanca cortical y subcortical, el cerebro contiene otro aspecto importante, los ventrículos llenos de fluidos. Los ventrículos son una serie de cámaras huecas interconectadas dentro del cerebro que están llenas de un líquido llamado *líquido cefalorraquídeo* (LCR). El LCR es producido en el cerebro a partir de la sangre por medio de una estructura vascular especial llamada *plexo coroideo*. El cerebro está produciendo continuamente LCR, el cual circula a lo largo de los ventrículos, así como también alrededor de la parte exterior del cerebro y en el canal central de la médula espinal. Después de circular por varias horas, el LCR es reabsorbido por el flujo sanguíneo. Una de las funciones de este líquido es bañar al cerebro con un cojín protector de líquido, que reduce las presiones ejercidas sobre éste por la gravedad y la inercia, especialmente en su base. Conforme el LCR circula alrededor y dentro del SNC, recolecta varias sustancias, que incluyen neurotransmisores metabólicos.

Después de participar en la transmisión nerviosa, muchos neurotransmisores son transformados bioquímicamente (metabolizados) por enzimas específicas. (Como lo describiremos en el siguiente capítulo sobre psicofarmacología, algunas de estas enzimas metabolizadoras de neurotransmisores pueden ser paralizadas intencionalmente para producir una mejoría clínica. Por ejemplo, los inhibidores de la monoaminoxidasa, MAO, bloquean la actividad de la enzima monoaminoxidasa, que por lo general rompe los neurotransmisores monoamina como la dopamina, la norepinefrina y la serotonina; y son fármacos efectivos para las enfermedades depresivas.) Los productos de esta degradación

enzimática se llaman *metabolitos* e incluyen sustancias químicas que son específicas para un neurotransmisor determinado. Por ejemplo, los metabolitos primarios de la dopamina son el DOPAC (ácido dihidroxifenilacético) y el HVA (ácido homovanílico); el principal metabolito de la norepinefrina es el MHPG (3-metoxi-4-hidroxifenilglicolaldehído); y el principal metabolito de la serotonina es el 5HIAA (ácido 5-hidroxitriptófano). Al evaluar las concentraciones de los metabolitos de los neurotransmisores en el LCR, uno puede hacer inferencias acerca de la cantidad de actividad de los transmisores en el cerebro. Sin embargo, en la forma en que son practicados en la actualidad, los análisis de metabolitos de los neurotransmisores en el LCR no son muy útiles en el diagnóstico de las psicopatologías debido a que los metabolitos de la médula espinal pueden contribuir significativamente al LCR, y los metabolitos de los transmisores de las estructuras cerebrales profundas no lo pueden alcanzar eficientemente (Kaplan y Sadock, 1991).

Evaluación neuropsicológica

A pesar de su gran valor en la investigación y en el diagnóstico, las técnicas de formación de imágenes del cerebro, las electrofisiológicas y los análisis de fluidos, que bosquejamos anteriormente, a menudo son inadecuados para las tareas de evaluación psicológica clínica. Algunos fenómenos neurofisiológicos que tienen importantes manifestaciones clínicas simplemente no pueden ser detectados, medidos o resueltos aun cuando se cuente con el más sofisticado equipo para la generación de neuroimágenes. En estos casos, cuando parece probable que un paciente esté sufriendo algún daño en el funcionamiento cerebral, pero no se descubre nada a través de los exámenes médicos o neurológicos, las pruebas neuropsicológicas pueden ser extremadamente útiles. Puesto que ya hemos introducido los principales aspectos de la neuropsicología en el capítulo 3, aquí simplemente reiteraremos que la tarea de la neuropsicología es comprender a los pacientes cuyas dificultades conductuales, cognoscitivas, emocionales o perceptuales son, o pueden ser, ocasionadas por una disfunción cerebral. Esto se determina al examinar al paciente con una variedad de métodos e instrumentos, en su mayor parte de preguntas y respuestas, de lápiz y papel, y con pruebas de manipulación de objetos, cada una de las cuales mide una dimensión específica y diferente del funcionamiento psicológico (Lezak, 1983).

Se puede inferir la localización del daño, el cual puede deberse a una lesión o anomalía que no fue detectada con la formación de imágenes neurales, dependiendo de los resultados de la evaluación. Entonces se puede diseñar un plan para ayudar a que los pacientes compensen o recuperen los déficits o funcionamientos perdidos. Algunas de las pruebas más frecuentemente usadas en la neuropsicología son las baterías Halstead-Reitan y Luria-Nebraska, así como también muchas de las escalas de inteligencia y memoria Wechsler.

ALTERACIÓN DE LA REGULACIÓN BIOLÓGICA Y PSICOPATOLOGÍA

Con base en nuestra exposición acerca del cerebro, sus orígenes, evolución, desarrollo, arquitectura y función, es fácil ver por qué lo hemos descrito como tal vez la estructura más intrincada sobre el planeta y evidentemente el órgano más complejo del cuerpo. Por mucho que parezca que sepamos acerca del maravilloso asunto de la conciencia, nuestro entendimiento parece absolutamente insignificante cuando se compara con la gran cantidad que aún tenemos que aprender acerca del cerebro. De hecho, a pesar de los asombrosos avances en la tecnología, estamos a la mitad de la diversión; la empresa de las neurociencias sigue en pañales. No obstante, a pesar de nuestra reconocida ignorancia, en los recientes años hemos sido capaces de recabar los suficientes datos confiables para hacer ciertas suposiciones e inferencias acerca del funcionamiento normal y anormal del cerebro. Una cosa es muy clara: el funcionamiento normal del cerebro depende de un balance bioquímico extremadamente delicado. Incluso un leve cambio en la concentración o actividad de un solo neurotransmisor puede causar una reacción fisiológica en cadena, dando como resultado repercusiones fisiológicas profundas y de gran alcance.

Hay abundancia de material que trata la etiología psicosocial (la ciencia y estudio de las causas y cursos de las enfermedades) de la psicopatología, que data desde hace más de un siglo, a los tiempos de Freud. Últimamente, un creciente volumen similar de bibliografía se ha enfocado en las teorías biológicas de los trastornos psicológicos. Es interesante ver que algunos de los estudios biológicos más recientes han dado luz en qué tan falsa es la dicotomía de mente contra cuerpo, o psicológico contra fisiológico. De hecho, como lo trata de enfatizar este capítulo, la mente y el cuerpo son lados diferentes de la misma moneda y, como exploraremos,

los dos lados se intersecan al nivel del funcionamiento psicológico, donde ocurren influencias extraordinarias y recíprocas. De este modo, mientras que las teorías etiológicas de la psicopatología a ser discutidas son decididamente biológicas, confiamos en que nuestros lectores sabrán que estamos presentando únicamente un lado de la moneda, y es comprensible que esta inclinación reduccionista sea únicamente una hebra heurística a ser tejida en la configuración total del tapiz biopsicosocial. Dada la grandeza del campo y los límites de este capítulo, aquí se presentarán sólo algunos ejemplos representativos.

Depresión mayor

Hay muchas fuentes de información que apoyan una teoría biológica como causa de la depresión. Estas incluyen datos genéticos, específicamente estudios de monogóticos adoptados (gemelos idénticos separados al momento de su nacimiento y educados en diferentes familias), que sugieren la existencia de una profunda carga genética en las enfermedades. Los estudios TEP han indicado niveles bajos de actividad metabólica en las partes de la corteza prefrontal en los pacientes deprimidos (Baxter, 1991). Los análisis del LCR de pacientes deprimidos han encontrado niveles anormalmente bajos de metabolitos de serotonina y norepinefrina. Los estudios EEG del sueño han indicado patrones de sueño anormales en pacientes con depresión, especialmente con una tendencia a entrar en sueño MOR demasiado pronto en el ciclo del sueño. Pero tal vez la evidencia más fuerte en el apoyo de la etiología biológica de las enfermedades depresivas es la notable eficacia de los medicamentos antidepresivos. Estos datos, en conjunto, han conducido al desarrollo de la teoría de la amina o monoamina biogénica de la depresión, que postula que los síntomas depresivos se deben a una deficiencia en la serotonina o en la norepinefrina, o de ambas, en estructuras cruciales del sistema límbico, en especial en el hipotálamo.

Recuerde que el sistema límbico parece gobernar aspectos importantes del estado de ánimo, la memoria, y la motivación, que el hipotálamo parece controlar muchos estados físicos básicos e impulsos biológicos tales como los ciclos de sueño, la energía, el apetito, la libido y el placer. De forma interesante, cuando la gente se deprime, los síntomas típicos que experimenta son cambios en sus patrones afectivos, de memoria, de motivación, de sueño, de energía, de apetito, de la libido y de placer. Claramente, la patofisiología (alteración en el funcionamiento normal en oposición a los defectos

estructurales) de la depresión involucra los procesos del sistema límbico y sus relaciones con otros sistemas cerebrales y corporales. Como exploraremos en el siguiente capítulo, el mecanismo de acción (MDA) de los mejores medicamentos antidepresivos disponibles involucra incrementar las cantidades de monoaminas tales como la serotonina y la norepinefrina en las sinapsis centrales. De este modo, cuando las vías serotoninérgicas y noradrenérgicas del cerebro obtienen un "estímulo", con frecuencia los síntomas de la depresión lo remiten.

Sin embargo, todavía sigue sin aclararse lo que causa en primer lugar las deficiencias neuroquímicas. Más aún, es posible que los síntomas de la depresión se deban a alteraciones en el funcionamiento de los receptores o enzimas más que a cambios en las concentraciones de los neurotransmisores *per se*. Por ejemplo, tal vez hay muy pocos o demasiados receptores específicos para la monoamina, o demasiada actividad enzimática de metabolización de neurotransmisores. De hecho, la observación de que los efectos sinápticos (mayor cantidad de neurotransmisores en la sinapsis) de los antidepresivos se alcanzan después de algunas horas de la administración del fármaco, mientras que los efectos terapéuticos (mejorías en los síntomas) por lo regular toman semanas de uso continuo del fármaco, sugiere que existe algo más en la patofisiología de la depresión que meras deficiencias de las monoaminas.

Trastorno obsesivo compulsivo

Alguna vez considerado un trastorno poco común, el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) es ahora reconocido como más frecuente, afectando entre un 2 y un 3% de la población de Estados Unidos (Preston, O'Neal y Talaga, 1994). Las principales características del TOC son las obsesiones recurrentes (pensamientos intrusos persistentes, pensamientos que provocan ansiedad, imágenes o impulsos que los pacientes reconocen que no tienen sentido) y compulsiones (comportamientos o rituales repetitivos que son realizados como respuesta a una obsesión, en un esfuerzo por neutralizar la ansiedad, tales como verificaciones, baños, recuentos o contacto excesivos). En los años recientes, cierto número de hallazgos de la neurobiología, la investigación farmacológica y la práctica clínica han proporcionado evidencia convincente para un fundamento fisiológico del TOC. Algunos de estos datos se basan en el hecho de que el TOC tiende a presentarse en familias y, por tanto, parece tener una carga genética. Sin embargo, un hecho

aun más convincente es que en los estudios de investigación doble ciego de fármacos con controles de placebo, muy pocos pacientes con TOC mejoran con el placebo, mientras que una considerable proporción de pacientes depresivos, de pacientes que sufren de ataques de pánico y pacientes con ansiedad generalizada sí mejoraron. Datos aun más sólidos son los de los estudios de neuroimágenes tales como el TEP, que han revelado un circuito metabólico anormalmente activo en el cerebro de quienes padecen del TOC, circuito que no parece estar presente en el cerebro de la población que no tiene problemas psiquiátricos. Este circuito hiperactivo parece involucrar el lóbulo prefrontal supraorbital (directamente por encima de la cuenca del ojo), así como también estructuras límbicas como el núcleo caudado y el tálamo. Más aún, se ha demostrado que cuando los pacientes con TOC son tratados exitosamente, ya sea con antidepresivos serotoninérgicos o terapia conductual, la actividad hipermetabólica se normaliza (Baxter *et al.*, 1992).

Estas observaciones y datos han conducido a una teoría biológica del TOC con dos vertientes (Preston *et al.*, 1994). La primera parte es que los lóbulos frontales normalmente actúan para inhibir el surgimiento de conductas primitivas o de necesidades instintivas relacionadas con el aseo, la construcción de nidos y el rondar las fronteras territoriales. Estas rutinas conductuales instintivas y primitivas son comunes a muchas especies y deben conferirles ventajas de supervivencia y adaptación. En los humanos con TOC, estos rituales probablemente tienen sus raíces en una actividad neuronal anormal en ciertos núcleos límbicos que no son exitosamente controlados por los lóbulos frontales. Por tanto, la conducta de bañarse, limpiarse y revisarse puede reflejar la penetración excesiva de los impulsos primitivos, que alguna vez fueron adaptables y que están profundamente enraizados en los tejidos primitivos del cerebro.

El segundo aspecto del modelo afirma que existen antiguos mecanismos neuronales y de adaptación similares que les sirven a los animales en momentos de peligro potencial. Este modelo sugiere que cuando el peligro amenaza, los lóbulos frontales guían y dirigen el enfoque y la atención mental sostenidos al activar las estructuras límbicas, las cuales retroalimentan a los lóbulos frontales para mantenerlos alertas y vigilantes. De este modo, los lóbulos frontales funcionan como un colchón de lanzamiento para la preocupación, lo que moviliza el sistema límbico, que a su vez ayuda al organismo a permanecer alerta hasta que haya pasado el

peligro o se haya combatido, momento en el cual el reverberante circuito de preocupación se apaga. En el TOC se presume que el apagador automático de la preocupación falla y no detiene el circuito nervioso, de modo que el cerebro continúa visceral y emocionalmente sintiendo el peligro aun cuando exista evidencia cognoscitiva de que la amenaza terminó. Esto ocasiona que la persona trate de detener la preocupación de forma manual involucrándose en rituales que representan esfuerzos desadaptativos para neutralizar la ansiedad. Evidentemente, la activación de vías serotoninérgicas en las estructuras límbicas sobreactivas tienen un efecto inhibitorio sobre el circuito hiperactivo de la preocupación, lo cual conduce a una mejoría de los síntomas. Esto explica por qué los antidepresivos serotoninérgicos son un tratamiento efectivo para el TOC, mientras que otros tipos de medicamentos que tienen efectos más limitados sobre la transmisión de serotonina no lo son. Aparentemente la terapia conductual produce efectos similares en el circuito talámico caudado frontal, como lo evidencia su gran proporción de éxito y los datos de los estudios TEP (Baxter *et al.*, 1992).

Trastorno de pánico

Imagine que se siente bien, ocupado en sus propios asuntos, cuando de repente y sin razón aparente se ve atrapado por un sentimiento abrumador de intenso temor. Súbitamente se siente mareado, su pecho se tensa y tiene problemas para respirar. Su corazón late con fuerza; tiembla, siente escozor, siente náuseas y comienza a tener un sudor frío.

Parece que se trata de un ataque al corazón, ¿cierto?, ¡falso! Tan sorprendente como suena, sólo hemos descrito un clásico ataque de pánico. A menudo, los ataques de pánico son impredecibles, inician repentinamente, por lo regular son periodos breves de intenso temor asociados con una variedad de síntomas físicos aterradores. Y muchas personas que padecen ataques de pánico se presentan en las salas de urgencias convencidas de que tienen una afección en las coronarias o que sufren un ataque cardíaco.

Tal vez el modelo biológico más reciente y elegante del trastorno de pánico está basado en la activación inadecuada de las "concurridas" vías neuroendocrinas responsables de producir la respuesta de pelear o huir. Cuando se presentan situaciones de peligro real o percibido, el cerebro dispara una reacción neuroquímica y hormonal compleja a varios niveles con el único propó-

sito de movilizar al animal para que tome una acción rápida y vigorosa. Esto involucra la activación de la respuesta al estrés, la cual apaga los sistemas fisiológicos no esenciales (procesos mediados parasimpáticamente como la digestión, la eliminación y la reproducción) y estimula más las funciones simpáticas como la frecuencia cardíaca, la presión sanguínea y el consumo de oxígeno, que preparan al organismo para una acción que potencialmente pueda salvar la vida (esto es, pelear para ser el comensal en lugar de la comida, o huir para estar a salvo, si es posible). Parece ser que en el trastorno de pánico esta reacción de alarma normalmente adaptativa es en extremo sensible y, en consecuencia, dispara falsas alarmas en momentos inapropiados.

Una de las estructuras del cerebro que parece jugar un papel importante en la patofisiología del trastorno de pánico es un pequeño racimo de células que contienen norepinefrina en el fondo del tallo cerebral llamado *locus ceruleus* (del latín para "lugar azul", debido a que luce como un área pequeña azulada). Sorprendentemente, el locus ceruleus (LC) contiene sólo unas 20,000 neuronas, pero sus axones tienen una distribución extraordinariamente amplia a través de gran parte de la corteza y del sistema límbico. Cuando la corteza percibe el peligro, ésta envía señales al LC para que active la respuesta de pelear o huir. Por esta razón, al LC lo describen algunos como la glándula suprarrenal del cerebro (por ejemplo, Preston *et al.*, 1994). Si, por cualquier razón, el LC está funcionando como un "gatillo demasiado sensible", disparará excesivas e inadecuadas reacciones de pelea o de huida.

Otra contribución hipotética del LC al trastorno de pánico tiene que ver con la autoinhibición. Además de su amplia proyección a través de todo el cerebro, el LC tiene axones que hacen sinapsis con sus propios cuerpos celulares. En estos autorreceptores (alfa-2 noradrenérgicos), la norepinefrina produce PPI que reducen la excitabilidad de los cuerpos celulares del LC. Sin embargo, en los trastornos de pánico, se piensa que estos mecanismos inhibitorios autorreceptores son disfuncionales, de forma que, una vez estimulados, el LC continúa disparando señales de alarma [falsas] al sistema límbico y a la corteza, desinhibido por la función de freno normal de su estimulación autorreceptora.

Los medicamentos psicotrópicos que funcionan bien en el tratamiento de los trastornos de pánico incluyen a los antidepresivos y a las benzodiazepinas (drogas como el Klonopin, Valium y Xanax). Se piensa que el mecanismo de acción (MDA) de los antidepresivos

noradrenérgicos (por ejemplo, Tofranil) está mediado por su capacidad para incrementar la cantidad de norepinefrina en la sinapsis autorreceptora inhibitoria del LC, incrementando así la habilidad de frenado de este mecanismo para reducir la excitación del LC. De forma similar, se cree que los antidepresivos serotoninérgicos (por ejemplo, Prozac) ejercen efectos terapéuticos al estimular los receptores inhibidores de serotonina en las dendritas y cuerpos celulares del LC. Los efectos antipánico de las benzodiazepinas son causados por la actividad de estas drogas GABAérgicas. Recuerde que el GABA es un neurotransmisor aminoácido predominantemente inhibitor que hiperpolariza muchas neuronas al unirse y abrir los canales del ion cloro en la membrana de la célula, permitiendo que se realice un influjo de iones de cloro. Puesto que el cloro es un ion negativo, cuando entra en la célula se evita que ésta se dispare (debido a la hiperpolarización). Las benzodiazepinas se unen a los mismos canales del ion cloro a los que se une el GABA, potenciando de este modo los efectos del GABA en sus receptores. Probablemente estos fármacos estabilizan la excitación del LC al facilitar las acciones inhibitoras del GABA en sus cuerpos celulares.

Esquizofrenia

Reconocido durante miles de años como un síndrome clínico, la esquizofrenia fue descrita por la escuela hipocrática como "demencia", diferente a la "manía" y a la "melancolía". A finales de la década de 1800, Kraepelin describió un síndrome que él llamó *dementia praecox* ("demencia precoz"). Al paso de los siglos han existido numerosas teorías etiológicas acerca de esta enfermedad trágica y debilitante, que incluyen explicaciones religiosas, sociales y psicológicas. Sin embargo, entre todos los trastornos psicológicos comúnmente atendidos por los psicólogos clínicos, tal vez ninguno tenga un fundamento biológico tan sólido como la esquizofrenia.

La primera evidencia del origen biológico de la esquizofrenia proviene de estudios de familias y de gemelos, los cuales indicaron un fuerte componente genético de la enfermedad. La evidencia más reciente proviene de estudios de neuroimágenes como la TC que revelan anomalías estructurales como ventrículos alargados y surcos corticales más amplios en el cerebro de los esquizofrénicos. Los estudios TEP con este tipo de enfermos han demostrado una actividad disminuida en la corteza frontal, los escaneos IRM han mostrado estructuras hipocámpicas anormalmente pe-

queñas y los análisis del LCR han encontrado una correlación positiva entre los niveles del HVA (un metabolito de la dopamina) y la severidad de las manifestaciones clínicas (Preston *et al.*, 1994). Más aún, como en el caso del TOC, los esquizofrénicos no mejoran con placebos. La pieza final de la evidencia biológica que apoya una etiología neurobiológica de la esquizofrenia es la eficacia de los medicamentos antipsicóticos, que ha conducido al surgimiento de la hipótesis de la dopamina.

La hipótesis de la dopamina postula que los síntomas de la esquizofrenia son causados por una actividad excesiva de la dopamina en una cantidad de regiones diferentes del cerebro. Por ejemplo, en los ganglios basales, la dopamina es crucial para la regulación del funcionamiento motor. En las áreas límbicas y del tallo cerebral juega un papel vital en el control emocional y en la filtración de estímulos. En la corteza, probablemente la dopamina está involucrada en una variedad de procesos cognoscitivos y perceptuales. Por tanto, una actividad dopaminérgica excesiva puede conducir a una agitación conductual (por medio de los ganglios basales), a una falla al proyectar los estímulos adecuadamente (por medio del tallo cerebral y núcleos del tálamo), a estados emocionales inadecuados (por medio de varias estructuras límbicas) y a la desorganización de la percepción y el pensamiento (por medio de áreas corticales). Esta teoría está apoyada por dos líneas principales de evidencia. Primero, como se mencionó con anterioridad, hay medicamentos muy efectivos para la esquizofrenia. Todos ellos, a la fecha, bloquean los receptores a la dopamina en partes del sistema límbico y la corteza. Segundo, los fármacos que aumentan o potencializan la actividad de la dopamina (como las anfetaminas) pueden inducir una reacción psicótica que es esencialmente indistinguible de la esquizofrenia paranoide y, si se les administran a los esquizofrénicos, los fármacos dopaminérgicos pueden intensificar los síntomas psicóticos.

Aunque la teoría de la dopamina tiene mucho mérito, es incompleta al grado de que no explica por qué casi 30% de los pacientes esquizofrénicos no se benefician de los fármacos antipsicóticos tradicionales. De hecho, recientemente se han incrementado las características de la esquizofrenia (por ejemplo, Preston *et al.*, 1994) y ahora incluyen al menos tres constelaciones de síntomas que sugieren que se trata de un trastorno heterogéneo. Existen los síntomas positivos, constituidos por excesos como las alucinaciones, delirios, agitación y conducta extraña. Existen síntomas negativos o défi-

cits, tales como falta de placer (anhedonia), apatía, rango emocional reducido, pobreza de pensamiento y motivación limitada. El tercer grupo, descrito como síntomas "caracterológicos", incluyen aislamiento social, sentimientos de inadecuación y habilidades sociales pobres. Aunque los síntomas positivos responden bien a los fármacos antipsicóticos típicos bloqueadores de dopamina, no sucede así con los síntomas negativos y caracterológicos. En el siguiente capítulo diremos más acerca de las terapias farmacológicas para la esquizofrenia y acerca de la psicofarmacología en general.

A pesar de lo contundente de algunos de estos datos biológicos, es muy importante considerar que las correlaciones no implican causalidad. Sólo porque sabemos que los bloqueadores de los receptores de dopamina reducen algunos de los síntomas de la esquizofrenia, no podemos declarar enfáticamente que la esquizofrenia esté causada por un exceso de este fármaco. Todo lo que podemos decir, con cierto nivel de confianza, es que una pieza del rompecabezas de la esquizofrenia parece involucrar una actividad dopaminérgica excesiva en el SNC. Pero sea ésta o no una relación causa-efecto o apenas el hallazgo de una correlación, será un asunto a determinarse. Es posible que alguna otra variable sea el agente causal responsable de los síntomas de la esquizofrenia, por ejemplo, un virus que da como resultado una síntesis excesiva de dopamina o receptores hiperactivos de dopamina. De forma similar, cuando se explican los fundamentos biológicos de la depresión, del TOC, del trastorno de pánico o de cualquier condición clínica, debemos ser cuidadosos en no asumir de forma prematura que tenemos la respuesta. Recuerde que aunque hemos acumulado un impresionante volumen de datos científicos, la disciplina de las neurociencias sigue en la edad de piedra. Cuando intentamos comprender el cerebro humano, es como si fuésemos simios razonablemente inteligentes que intentan sondear cómo trabaja una computadora al insertar agujas en ella y luego medir sus voltajes o al pasar corrientes eléctricas a través de ésta y ver como reacciona (o al observar cómo cambia su funcionamiento cuando golpeamos las piezas de ésta con un martillo, o cuando llenamos sus piezas internas con barro, goma o arena).

DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL DE CONDICIONES MÉDICAS COMUNES

Varias veces a lo largo de este capítulo nos hemos referido al cerebro humano como la entidad única más

compleja en existencia (al menos en nuestro planeta hasta donde sabemos). Tal vez la única cosa aún más elaborada que el cerebro es el organismo humano como un todo. De hecho, el cerebro existe en el ecosistema del cuerpo y participa en una multitud de relaciones recíprocas con todos los demás sistemas de órganos. Así como el cerebro controla e influye en los otros tejidos corporales, los otros órganos del cuerpo pueden influir y afectar al cerebro. Puesto que el cerebro es el asiento de la experiencia consciente y da origen a los pensamientos, sentimientos y acciones, cualquier cosa que afecte el cerebro puede tener profundos efectos sobre el funcionamiento psicológico. De este modo, no es de sorprender el conocer que hay una gran cantidad de enfermedades y condiciones médicas que pueden presentarse como perturbaciones psicológicas. Evidentemente, antes de que uno pueda tratar un problema, éste debe estar primero identificado por completo, puesto que el fundamento de una terapia efectiva es un diagnóstico exacto. Por consiguiente, todos los psicólogos clínicos competentes deberán ser buenos diagnosticadores que estén bien educados en la ciencia y el arte del diagnóstico diferencial, esto es, en la diferenciación entre un rango de condiciones posibles y excluirlas sistemáticamente de una en una hasta que se haya hecho el diagnóstico más probable. De nueva cuenta, debido a que muchas enfermedades y condiciones pueden presentarse como aparentes trastornos psicológicos, el trabajo de los promotores de la salud mental es identificar la verdadera naturaleza del problema, de forma que puedan tratarlo adecuadamente con intervenciones psicológicas o, si es necesario, referir al paciente con un médico especialista.

Good y Nelson (1991) han sugerido el útil anagrama MED'CL para ayudar en la categorización de muchas de las condiciones médicas que se presentan como o con síntomas psicológicos. M es por el envenenamiento con Metales; E se refiere a un mal funcionamiento del sistema Endocrino; D se refiere a las diversas reacciones de las Drogas y fármacos, tales como los efectos colaterales y la toxicidad que puede ocurrir; C se refiere al Cáncer y enfermedades malignas que producen síntomas psicológicos; y L por Los muchos otros trastornos médicos importantes que semejan psicopatologías.

Algunos de los envenenamientos por metales más comunes incluyen plomo (más común en niños que viven en casas viejas que contienen pintura con plomo), mercurio (en gente que trabaja en la fabricación de bombas al vacío y de termómetros), aluminio (presen-

te en muchos antiácidos), manganeso (usado en la industria de la fabricación de baterías), arsénico (que se encuentra en algunos pesticidas) y bromuros (presentes en algunas preparaciones médicas antiguas). Todos estos metales pueden afectar el SNC al unirse a enzimas metabólicas cruciales, provocando, de este modo, una gran cantidad de síntomas físicos, psicológicos y neurológicos. Con frecuencia una prueba de sangre sencilla ordenada por un médico puede indicar si hay envenenamiento o intoxicación por metal. En algunos casos, como con el plomo y el mercurio, el tratamiento involucra una terapia de quelación (tratamiento de una intoxicación de un determinado ion metálico mediante un quelante). Esto ocurre cuando las sustancias llamadas *agentes de quelación*, como el EDTA y el dimercaprol, son administrados a pacientes. En el organismo, los quelatores empujan al metal fuera de la circulación, o lo alejan de las enzimas al unirse a ellos, dando como resultado un complejo metal-quelato que puede eliminarse en la orina.

Existe una variedad de endocrinopatías (patologías del sistema endocrino) que son confundidas con psicopatologías, en especial en los trastornos de la tiroides y suprarrenales. La glándula tiroides, localizada al frente del cuello, es responsable de regular el metabolismo general a través de su hormona principal, la tiroxina. Si la tiroides produce muy poca tiroxina, da como resultado un hipotiroidismo y puede presentarse casi de forma idéntica a las enfermedades depresivas. En otros casos, la producción excesiva de tiroxina, el hipertiroidismo, puede tener síntomas similares a los trastornos de ansiedad. De forma similar, la hipo o hiperfunción de las glándulas suprarrenales (las glándulas con forma de pirámide que están situadas por encima de los riñones) pueden provocar una gran cantidad de síntomas psicológicos. La capa exterior de las glándulas suprarrenales (llamada *corteza suprarrenal*) produce una variedad de hormonas esteroides que participan en muchos procesos fisiológicos. Una de ellas es el *cortisol*, que actúa sobre el metabolismo de los carbohidratos e influye en la nutrición y el crecimiento de diversos tejidos. Cuando las glándulas suprarrenales producen demasiado cortisol esto puede dar como resultado una condición llamada enfermedad de Cushing, que puede producir síntomas psicológicos semejantes a los de la manía y la depresión. En la condición opuesta, una hipofunción adrenocortical puede dar como resultado una condición llamada enfermedad de Addison, que también puede imitar a la depresión. Las funciones suprarrenal y tiroidea pue-

den evaluarse fácilmente usando valoraciones médicas estándar, que incluyen pruebas de sangre que miden la cantidad de hormonas circulantes y los factores de liberación o estimulación hormonal.

Otra endocrinopatía que vale la pena mencionar es una condición llamada feocromocitoma. Como se mencionó antes, la corteza suprarrenal produce y libera hormonas esteroides como el cortisol. La porción interna de la glándula suprarrenal es conocida como *médula suprarrenal* y produce y libera las catecolaminas, la epinefrina y la norepinefrina, las mismas sustancias químicas que funcionan como neurotransmisores en el cerebro, que son importantes hormonas en la periferia. Cuando un tumor en la médula suprarrenal ocasiona que grandes cantidades de epinefrina y norepinefrina entren al torrente sanguíneo, el paciente puede experimentar un ataque de pánico. Además de semejar ataques de pánico, los feocromocitomas causan episodios discretos de hipertensión (presión arterial elevada), que puede ayudar en su diagnóstico. Además del monitoreo de la presión sanguínea, una prueba de una muestra de orina de 24 horas puede determinar la presencia o ausencia de niveles anormales de metabolitos de las catecolaminas, que funcionan como una "brújula" muy útil para quien hace el diagnóstico.

Ciertos medicamentos, incluyendo los de prescripción médica, los que se surten sin receta (SR) y las drogas de "esparcimiento", son notables por causar perturbaciones psicológicas. Algunos de los culpables más comunes son los antiguos antihipertensivos (por ejemplo, reserpina y propanolol), que se sabe que causan depresión. Como se mencionó al inicio del tema de la esquizofrenia, las anfetaminas pueden conducir a reacciones psicóticas, como también otras drogas ilícitas como la PCR. Es interesante observar que mucha gente piensa que sólo porque un fármaco está disponible sin receta médica es seguro su uso. Lo cierto es que muchas preparaciones sin receta pueden ser extremadamente peligrosas. Por ejemplo, muchas píldoras dietéticas que se venden sin receta pueden ocasionar insomnio y nerviosismo severos, y aun elevación peligrosa de la presión sanguínea. Incluso las sustancias aparentemente inofensivas tales como los antiácidos pueden provocar desequilibrios metabólicos severos si se utilizan con demasiada frecuencia. En lo que se refiere al uso de las drogas de tipo social, el alcohol contribuye de manera muy importante a la incidencia de la depresión, y el uso de la cafeína está ligado a la ansiedad crónica y a los ataques agudos de pánico. La lista es casi intermi-

nable. Casi cualquier droga, o cualquier sustancia, si es usada en forma inadecuada, puede provocar una toxicidad que puede afectar dramáticamente el funcionamiento psicológico.

Las enfermedades malignas también pueden causar cambios en el estado mental, en la personalidad y en el funcionamiento psicológico. El cáncer de páncreas con frecuencia causa depresión severa, la cual puede ser la causa de una consulta. Los tumores pulmonares pueden tener un impacto dramático en el SNC y producir síntomas psicológicos como la demencia. Y, como se mencionó antes, los feocromocitomas pueden producir un cuadro clínico similar al observado en los trastornos de pánico.

Una combinación de otras condiciones médicas puede producir o presentarse como problemas psicológicos. Estos incluyen trastornos metabólicos como la enfermedad de Wilson (un trastorno del metabolismo del cobre) y porfiria intermitente aguda (la locura del rey Jorge III) por nombrar únicamente dos. También hay enfermedades hereditarias como la enfermedad de Huntington, deficiencias vitamínicas, desequilibrios electrolíticos y fenómenos de ataques difíciles de detectar que pueden retar a los diagnosticadores más hábiles.

Aquí el resultado es simple: mucha gente que busca atención profesional debido a una queja psicológica debe ser sometida a una evaluación médica antes de ser tratada con intervenciones psicosociales o psicotrópicas. Por supuesto, esto no significa que todos los pacientes con quejas moderadas de la vida diaria, o problemas de relaciones, deban ser sometidos a una evaluación médica completa antes de iniciar psicoterapia. Sin embargo, esto significa que los psicólogos y otros proveedores de salud mental que no sean médicos necesitan estar conscientes de las innumerables causas orgánicas de las psicopatologías. Sólo entonces pueden referirlos inteligentemente a otros médicos para mayores pruebas o tratamientos, y trabajar en forma conjunta con los médicos del cuidado de la salud primaria, para que los pacientes puedan recibir los servicios más adecuados y extensos que puedan necesitar.

PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y MEDICINA CONDUCTUAL

Uno de los más recientes y excitantes desarrollos de la ciencia psicológica moderna involucra el reconocimiento de su creciente confluencia con las disciplinas de la medicina, las neurociencias y la biología. Por ejemplo, el campo emergente de la psiconeuroinmuno-

logía (PNI) ha demostrado que los fenómenos psicológicos pueden afectar varios procesos del sistema nervioso que finalmente pueden tener un impacto sobre la función inmune. En otras palabras, como lo hemos subrayado varias veces en este capítulo, en los humanos la psicología y la biología son dos lados de una misma moneda, que son inseparables y que están inextricablemente entrelazados en el tapete completo de nuestro ser. De hecho, la mente y el cuerpo se influyen y determinan entre sí en formas que apenas estamos comenzando a entender. Este entendimiento, que se encuentra bastante lejos de estar completo, de la naturaleza interactiva y mutuamente determinista de los aspectos mentales y físicos del organismo humano, ha abierto puertas y ventanas a nuevos territorios en la ciencia de la salud y en la práctica clínica.

Un excelente ejemplo de este determinismo recíproco fisiológico/psicológico viene del trabajo de Baxter, *et al.* (1992), como se señaló con anterioridad en la sección sobre el TOC. Recuerde los datos del escaneo TEP de Baxter, que revelaron un circuito metabólico anormalmente activo en el cerebro de las personas que sufren del TOC que parece no estar presente en otras personas. Más aún, cuando los pacientes con TOC son tratados exitosamente con antidepresivos serotoninérgicos, se normaliza su actividad hipermetabólica. Pero lo sorprendente es que cuando los pacientes con TOC son tratados exitosamente con terapia conductual, ¡también resulta normal el escaneo del cerebro! De este modo, independientemente de la modalidad del tratamiento, terapia con fármacos o conductual, se pueden lograr cambios curativos neurobiológicos (o al menos paliativos) similares o iguales. Esto significa que con muchas condiciones psicológicas, aun con las que tienen profundos argumentos biológicos como el TOC, el tratamiento puede involucrar el *tomar* algo para la condición actual (por ejemplo, psicotrópicos) o el *hacer* algo al respecto (por ejemplo, terapia conductual). En algunos casos, tanto los fármacos como la terapia psicológica pueden aplicarse al mismo tiempo, ya que con frecuencia producen un efecto sinérgico deseable ("1+1=3").

En general, podemos conceptualizar a la psicología de la salud como un campo emergente que se capitaliza con las influencias mutuas de los procesos psicológicos y biológicos, promoviendo de este modo el bienestar físico y mental a través de métodos que involucren cultivar patrones saludables de vida saludable. De forma similar, la medicina conductual puede

considerarse como cualquier cantidad de intervenciones que promueven la salud, sin basarse en el uso de la medicina física. Por ejemplo, considere el tratamiento de la hipertensión esencial (alta presión sanguínea sin una causa aparente). El doctor le dice a la persona que tiene hipertensión, y que puede tratarse con alguno de varios medicamentos antihipertensivos. O, se le dice que un programa de cambio en su estilo de vida que involucra el perder 5 kg, eliminar el exceso de sal y grasas de su dieta, hacer ejercicio cardiovascular frecuente y la práctica regular de la relajación también puede lograr los efectos deseados. Algunas personas pueden elegir el segundo método para evitar los gastos y los efectos secundarios de los antihipertensivos. Sin embargo, otros pueden optar por el seductor tratamiento pasivo de acción rápida con medicamentos. O, como lo sugerimos al inicio, se pueden aplicar simultáneamente ambos métodos, los medicamentos para producir mejoría rápida en los síntomas y los cambios en el estilo de vida para permitir la reducción o eliminación de los fármacos con un mínimo potencial de recaída. En cualquier caso, los resultados saludables se pueden lograr al tomar algo para la situación o al hacer algo al respecto, o al hacer ambas cosas (tomar y hacer algo).

Como lo ilustran los comentarios anteriores, es inapropiado dicotomizar la mente y el cuerpo. Relacionado con esto está otra dicotomía que mucha gente tiende a apoyar, la de la naturaleza contra la crianza. ¿Las dificultades psicológicas como la ansiedad y la depresión son condiciones hereditarias que tienen sus raíces en determinantes genéticos?, ¿o se deben en gran parte a factores ambientales tales como la niñez temprana u otras experiencias significativas? La respuesta a esta pregunta es: probablemente ambas. Así como la mente y el cuerpo son diferentes facetas de una misma entidad total, la naturaleza y la crianza, o las cuestiones genéticas y ambientales, también están inextricablemente relacionadas, y ambas parecen jugar papeles necesarios en el desarrollo de las perturbaciones psicológicas y también de la mayor parte de las enfermedades médicas (por ejemplo, Gould, 1995).

El paradigma que parece ofrecer la explicación más elegante de este asunto es el modelo de diátesis-estrés de las enfermedades. Una *diátesis* es una predisposición genéticamente basada a desarrollar una enfermedad o trastorno en particular. El *estrés* se refiere a cualquier factor o circunstancia ambiental que pueda tener un impacto negativo sobre el propio cuerpo y de este modo dispara el proceso de la enfermedad. A continua-

ción se presenta un ejemplo que puede ayudar a ilustrar esta idea. Henry y Harry son gemelos idénticos y, por consiguiente, son esencialmente clones desde un punto de vista genético. Ambos hombres heredaron genes que dieron como resultado el desarrollo de una capa mucosa anormalmente delgada en sus estómagos. Así, como resultado de sus factores genéticos, tanto Henry como Harry han tenido menos protección contra los ácidos estomacales de la que tiene la mayoría de la gente. Ésta es la parte diatéctica de la ecuación. Henry es un profesor de inglés que disfruta mucho de su trabajo y tiene hábitos de salud excelentes tales como hacer ejercicio regularmente, ingerir alimentos bajos en grasa, evitar el alcohol y usar medicamentos tales como las aspirinas en pocas ocasiones. Harry es un controlador aéreo que encuentra su trabajo muy extenuante, come grandes cantidades de comida rápida, bebe alcohol con frecuencia y consume a menudo aspirinas. Esta es, como usted pudo haber adivinado, la parte estresante de la fórmula. Bien, no es sorprendente que Harry haya desarrollado úlceras estomacales, mientras que su gemelo genéticamente idéntico, Henry, no tiene problemas gastrointestinales.

Este mismo modelo se puede aplicar a trastornos psicológicos como la depresión, los ataques de pánico, el TOC y aun la esquizofrenia. Esto es, la gente probablemente hereda diversas predisposiciones genéticas hacia un desequilibrio neuroquímico en particular. Si se experimentan circunstancias ambientales específicamente estresantes, estas circunstancias pueden activar el proceso de la enfermedad, que darán como resultado manifestaciones de la condición. De forma alterna, a pesar de tener una propensión genética a las enfermedades, si una persona puede "esquivar la bala" del activador ambiental, es probable que nunca desarrolle algún síntoma de consecuencias graves. El papel de los psicólogos de la salud es ayudar a que la gente identifique si ellos pueden estar en riesgo (por medio de estudios detallados de la historia personal y familiar) y luego equiparlos con el armamento psicológico adecuado (cambios en su estilo de vida, habilidades para manejar el estrés, etc.) para reducir la probabilidad o severidad de los problemas de salud. Esto requiere de una amplia comprensión de los factores biopsicológicos interdependientes involucrados en la salud, la enfermedad y la práctica psicológica. Esperamos que este capítulo le haya proporcionado fundamentos profundos de algunos de los procesos biológicos importantes que forman parte del cuadro clínico completo.

REFERENCIAS

- Baxter, L. R. (1991). PET studies of cerebral dysfunction in major depression and obsessive-compulsive disorder: The emerging prefrontal cortex consensus. *Annals of Clinical Psychiatry*, 3, 103-109.
- Baxter, L. R., Schwartz, J. M., Bergman, K. S., Szuba, M. P., Guze, B. H., Marriotta, J. C., Alazvaki, A., Selin, C. E., Feung, H. K., Munford, R., & Phelps, M. E. (1992). Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 49, 681-689.
- Carlson, N. R. (1994). *Physiology of behavior* (5th ed.). Boston: Allyn and Bacon.
- Carpenter, R. H. S. (1996). *Neurophysiology* (3rd ed.). New York: Oxford University Press.
- Craig, C. R., & Stitzel, R. E. (1994). *Modern pharmacology* (4th ed.). Boston: Little, Brown.
- Curtis, H. (1979). *Biology* (3rd ed.). New York: Worth.
- Fogel, B. S., & Schiffer, R. B. (Eds.). (1996). *Neuropsychiatry*. Baltimore: Williams & Wilkins.
- Gazzaniga, M. S., & LeDoux, J. E. (1978). *The integrated mind*. New York: Plenum Press.
- Good, W. V., & Nelson, S. E. (1991). *Psychiatry made ridiculously simple*. Miami, FL: MedMaster.
- Gould, S. J. (1995). *Dinosaur in a haystack: Reflections in natural history*. New York: Harmony Books.
- Hawking, S. W. (1988). *A brief history of time: From the Big Bang to black holes*. New York: Bantam.
- Hyman, S. E., & Nestler, E. J. (1993). *The molecular foundations of psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kandel, E. R., Schwartz, J. H., & Jessell, T. M. (1991). *Principles of neural science* (3rd ed.). Norwalk: Appleton & Lange.
- Kaplan, H. I., & Sadock, B. J. (1991). *Synopsis of psychiatry: Behavioral sciences clinical psychiatry* (6th ed.). Baltimore: Williams & Wilkins.
- Krauss, L. M. (1995). *The physics of star trek*. New York: Basic Books.
- Lezak, M. D. (1983). *Neuropsychological assesment*. New York: Oxford University Press.
- Postlethwait, J. H., & Hopson, J. L. (1995). *The nature of life* (3rd ed.). New York: McGraw-Hill.
- Preston, J., O'Neal, J. H., & Talaga, M. (1994). *Handbook of clinical psychopharmacology for therapists*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Sherwood, L. (1993). *Human physiology: From cells to systems* (2nd ed.). St. Paul, MN: West.
- Swonger, A. K., & Constantine, L. L. (1983). *Drugs and therapy: A handbook of psychotropic drugs* (2nd ed.). Boston: Little, Brown.

LECTURAS ADICIONALES

- Carlson, N.R. (1994). *Physiology of behavior* (5^a ed.). Boston: Allyn and Bacon. *Actualmente en su quinta edición. La Fisiología del comportamiento de Neil Carlson se ha distinguido consistentemente como uno de los textos más importantes y recomendables sobre el tema. Este libro es adecuado tanto para estudiantes de licenciatura como para estudiantes de posgrado y debe encontrar lugar en la biblioteca de cualquiera que considere seriamente a la biopsicología.*
- Hyman, S. E. y Nestler, E.J. (1993). *The molecular foundations of psychiatry*. Washington DC: American Psychiatric Press. *El libro de Hyman y Nestler es un pequeño texto (239 páginas) de neurociencia y psiquiatría. Aunque muchos de sus conceptos son para estudiantes avanzados y para psicólogos o clínicos orientados académicamente, está escrito de forma que los conceptos avanzados, definidos por reglas verticales en el margen izquierdo, se pueden omitir sin perder el mensaje general de los capítulos o del libro.*
- Kandel, E.R., Schwartz, J. H. y Jessell, T.M. (1991). *Principles of neural science* (3^a ed.) Norwalk: Appleton Lange. *Tal vez el texto definitivo sobre el tema de las neurociencias. Aunque puede estar más allá del alcance de la mayoría de los universitarios que carecen de bases sólidas en la ciencia, para el lector serio o avanzado es una fuente de referencia extremadamente valiosa.*
- Sherwood, L. (1993). *Human physiology: From cells to systems* (2^a ed.). St. Paul, MN: West. *Un libro de texto básico excelente sobre la fisiología humana que cubre la gama desde la anatomía celular hasta la fisiología orgánica. Reforzado con cientos de diagramas e ilustraciones útiles. El libro de Sherwood es un gran recurso para cualquier estudiante de las ciencias biológicas. Busque la tercera edición, que fue publicada en 1997.*
- Stahl, S. M. (1996). *Essential psychopharmacology: Neuroscientific basis and practical applications*. Nueva York: Cambridge University Press. *Éste es un texto claramente escrito, complementado con un gran acervo de gráficas a color de alta calidad que son tanto instructivas como entretenidas. Este libro, que explica los conceptos neurobiológicos que subyacen al tratamiento farmacológico de los trastornos psiquiátricos es, de hecho, un texto esencial para los estudiantes, científicos, psiquiatras, psicólogos y otros profesionales de la salud mental.*

CAPÍTULO 12

PSICOFARMACOLOGIA PARA PSICÓLOGOS CLÍNICOS

Dan Egli

INTRODUCCIÓN

La psicofarmacología está interesada, sobre todo, en el desarrollo de nuevos fármacos psicoactivos o psicotrópicos que mejoren los trastornos psicológicos o psiquiátricos. Este capítulo analizará las principales clases de fármacos psicoactivos para los trastornos psicológicos y psiquiátricos más importantes.

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 psicotró-

picos como no psicotrópicos; así como tratar con otros factores que pueden alterar la farmacocinética, como son la edad u otros estados de enfermedad (Baldessari, 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 psi-

cotrópicos 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 (véase la tabla 12.1 para una lista de las abreviaturas que más se usan en la psicofarmacología).

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 tras-

tornos 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.

En este capítulo se comentarán 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

FÁRMACOS NEUROLÉPTICOS

Los neurolépticos pueden considerarse como sinónimo de los fármacos antipsicóticos, que también se llaman tranquilizantes mayores. La indicación más importante de estos agentes es en el tratamiento de la psicosis aguda y crónica, como también en el tratamiento profiláctico de la esquizofrenia. Otras condiciones indicadas incluyen el trastorno bipolar, el síndrome de Tourette y el síndrome agresivo orgánico (SAO). Los neurolépticos fueron desarrollados en la década de 1950, cuando se comenzó a desplegar la torazina en el contexto de la cirugía y el tratamiento de la anestesia. En ese enton-

Tabla 12.1 Abreviaturas comunes en psicofarmacología

ac	antes de la comida	qod	cada tercer día
aq	agua	qid	cuatro veces al día
bid	dos veces al día	tid	tres veces al día
d	día(s)	IM	intramuscular
Dx	diagnóstico	SNC	sistema nervioso central
EPS	efectos extrapiramidales colaterales	FDA	Administración de alimentos y medicamentos (Food and drug administration)
hs	antes de acostarse/en la noche	h	hora(s)
ng	nanogramo	mEq/L	miliequivalentes por litro
ml	mililitro	mg	miligramos
ATC	antidepresivo tricíclico	5-HT	serotonina
IMAO	inhibidor de la monoaminoxidasa	ISRS	inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina
AHC	antidepresivo heterocíclico	IRSN	inhibidor de la recaptura de serotonina y norepinefrina
DT	discinesia tardía	IRDN	inhibidor de la recaptura de dopamina y norepinefrina
SNM	síndrome neuroléptico maligno	TDA	trastorno por déficit de atención
TOC	trastorno obsesivo compulsivo	TDAH	trastorno por déficit de atención con hiperactividad
TAG	trastorno de ansiedad generalizada	BZ	benzodiazepinas
pc	después de los alimentos	pm	por razón necesaria
q	cada vez	GABA	ácido gamma-aminobutírico
qp	una vez al día; diario	Tx	tratamiento

ces, Delay y Deniker demostraron su eficacia en la psicosis aguda. Desde ese momento, numerosos estudios *doble ciego* han objetado la efectividad de este agente (Carpenter, Hanlon, Heinrichs, Summerfelt, Kirkpatrick, Levine y Buchanan, 1990).

Actualmente los neurolépticos pueden dividirse en los siguientes tipos (véanse las tablas 12.2 y 12.3: fenotiazinas, derivados tioxanténicos, dibenzacepínicos, dibenzoxacepínicos, butirofenonas, difenilbutirilpiperidinas, alcaloides rauwolfianos y en cierto número de agentes en investigación/experimentación. El tema fundamental en términos de mecanismos de acción entre los neurolépticos es su habilidad para bloquear los receptores de dopamina (Davis, Kahn, Ko y Davidson, 1991). La preocupación principal en el uso de estos agentes son los síntomas extrapiramidales (SEP) y los síntomas parkinsonianos (Carpenter y Heinrichs, 1983). Algunos de los nuevos neurolépticos atípicos tienen menor probabilidad de causar SEP; éstos incluyen al clozaril y al risperdal. Una cantidad de nuevos fármacos en investigación que están cerca de ser aprobados también estarán disponibles en forma de depósito (IM). Éstos, por lo general, duran aproximadamente de 2 a 4 semanas y son usados como un tipo de terapia de mantenimiento (Comaty y Janicak, 1987). La principal ventaja de ellos para el paciente que no cumple, es que los neurolépticos de depósito garantizan que el medicamento esté en el sistema del paciente y que se logra un nivel mínimo en la sangre durante un periodo prolongado.

Por lo general, los nuevos neurolépticos atípicos son considerados como reservados para usarse con pacientes que padecen un tipo de esquizofrenia más resistente al tratamiento y donde ha habido una mala respuesta

o únicamente parcial a otros procedimientos adecuados (cantidad y duración apropiada de la dosis) de los neurolépticos más comunes (Lieberman, Kane y Johns, 1989; Lieberman, 1996). Algunas investigaciones sugieren que los síntomas más negativos de la esquizofrenia (por ejemplo, daño cognoscitivo, empobrecimiento del lenguaje y anhedonia) pueden responder mejor a los neurolépticos atípicos. Hay diferentes tipos de receptores dopaminérgicos, con frecuencia categorizados como D1, D2, D3, D4 y D5. La mayoría de los farmacólogos consideran que los fármacos antipsicóticos típicos producen sus efectos principalmente al bloquear el subtipo D2, y es menos probable que los nuevos neurolépticos atípicos involucren el bloqueo del subtipo D2 y pueden, en cambio, ejercer un mayor bloqueo en el 5-HT₂ (receptor de serotonina). Esto puede explicar la menor incidencia de EPS con estos agentes.

Los neurolépticos poseen diversos efectos colaterales (Pisciotta, 1969), aunque la proporción riesgo-beneficio siempre deberá considerarse. Los efectos colaterales de los neurolépticos pueden dividirse en las siguientes categorías: regulación de la temperatura; hipersensibilidad (por ejemplo, fotosensibilidad, salpullido); cambios oculares; efectos endocrinos; gastrointestinales (GI); anticolinérgicos; del sistema nervioso central (SNC), cognoscitivos y neurológicos; colaterales en la sexualidad; así como cardiovasculares.

La reacción de hipersensibilidad del síndrome neuroléptico maligno (SNM) es un efecto colateral potencialmente fatal a menos que sea reconocido en una etapa temprana del tratamiento y que el agente ofensivo sea suspendido de inmediato (Levenson, 1985). La terapia de apoyo necesita ser implantada de inmediato (por lo general en fluidos y en electrolitos), así como añadir ciertos medicamentos. El SNM se caracteriza por un latido rápido del corazón, hipertermia, conciencia alterada y rigidez muscular. Parece ser más común en los casos de neuroleptización rápida, donde de inmediato se administran antipsicóticos a un paciente que presenta un episodio psicótico o maniaco agudo, y quienes recetan los fármacos están tratando de lograr un rápido incremento en el nivel plasmático del neuroléptico. Se estima que el SNM afecta a aproximadamente entre 0.5 y 2.4% de los pacientes tratados con neurolépticos y es más común en pacientes que sobrepasan los 60 años de edad. Como se indicó, se necesitan aplicar de inmediato las medidas de apoyo y suspender el agente ofensivo, hidratar al paciente, corregir cualquier anomalía en los electrolitos y enfriar el

Tabla 12.2 Tipos de fármacos neurolépticos

TIPO	NOMBRE DEL FÁRMACO
Fenotiazinas	
Alifáticas	Thorazine
Piperidina	Serentil
	Mellaril
Piperazinas	Prolixina
	Trilafon
	Stelazine
Tioxanteno	Navane
Butirofenonas	Haldol
Dihidroindolona	Moban
Dibenzoxazepina	Loxitane
Dibenzodiazepina	Clozaril
Benzisoxazola	Risperdal
	Zyprexa

Tabla 12.3 Antipsicóticos convencionales

NOMBRE GENÉRICO	NOMBRE COMERCIAL	EQUIVALENTES TRADICIONALES	RANGO DE DOSIS (mg/d)	POTENCIAL de SEP (1-5)
Clorpromazina	Thorazine	100	30-2,000	2
Tioridazina	Mellaril	100	50-800	1
Mezoridazina	Serentil	50	30-400	1
Flufenazina	Prolixin	2	0.5-40	4
Perfenazina	Trilafon	8	12-64	3
Trifluoperazina	Stelazine	5	2-40	3
Tiotixena	Navane	4	6-60	3
Haloperidol	Haldol	2	1-100	4
Loxapina	Loxitane	10	20-250	3
Molindona	Moban	10	15-225	3
ANTIPSICÓTICOS ATÍPICOS				
Clozapina	Clozaril	50	12.5-900	0
Risperidona	Risperdal	N/A	1-16	0-3
Olanzapina	Zyprexa	N/A	7.5-20	0-1
Experimentales				
Sertindola	Serlect	N/A	4-24	0-1
Quetiápina	Seroquel	N/A	100-600	0-1

cuerpo. El restaurar la administración del fármaco, pero en una dosis inicial más baja, deberá hacerse con cuidado. Los dos medicamentos usados con más frecuencia para tratar el SNM son dos agentes anticolinérgicos: la bromocriptina y el dantroleno.

Otra preocupación con los neurolépticos es el desarrollo de discinesia tardía (DT). Este síndrome que consiste en movimientos involuntarios de cara, extremidades y tronco, con frecuencia surge después de largos periodos de tratamiento (entre 6 y 24 meses). Con frecuencia ocurre cuando se disminuye o detiene la administración de neurolépticos. Aproximadamente una cuarta parte de los pacientes desarrollan DT después de haber tomado un neuroléptico durante más de dos años.

Además de la DT, se puede desarrollar un síndrome pseudoparkinsoniano. Por consiguiente, con frecuencia se usan agentes antiparkinsonianos de manera concomitante cuando se administran neurolépticos. Los dos principales tipos de agentes antiparkinsonianos que se usan son los anticolinérgicos y los dopaminérgicos. Estos agentes antiparkinsonianos son usados de manera tradicional para tratar efectos colaterales inducidos por medicamentos tales como la acatisia (inquietud, imposibilidad de dirigirse a algún sitio específico), pequeños temblores y rigidez muscular, distonia (contracción breve o prolongada de los músculos) y acinesia (movimientos reducidos o apatía).

Los neurolépticos usados con frecuencia en el tratamiento del síndrome de Tourette son la pimozida (Orap) y el haloperidol (Haldol). Otras indicaciones de los neurolépticos, además del síndrome de Tourette y de la esquizofrenia incluyen el TOC, presente junto con el síndrome de Tourette y el TOC con diagnóstico de trastorno de personalidad esquizotípica (TPE) en el eje II.

Con el agente nuevo atípico clozapina (Clozaril), una de las principales preocupaciones es una incidencia mayor de agranulocitosis (una disminución en la cantidad de glóbulos blancos en la sangre). La incidencia de este efecto colateral es aproximadamente entre el 1 y el 2% de todos los pacientes tratados. Debido a esto, no es considerado como el agente de primera opción para tratar la esquizofrenia u otros trastornos psicóticos. Se requieren pruebas semanales de conteo de glóbulos blancos para intentar detectar, desde su inicio, el desarrollo de este potencialmente grave trastorno de la sangre. Este sistema de manejo del paciente fue instrumentado por los fabricantes del medicamento como un intento para mejorar la seguridad a través del monitoreo inicial. Los pacientes deben también reportar cualquier signo de aletargamiento, debilidad, dolor de garganta, infección o fiebre. Asimismo, hay un riesgo creciente de convulsiones durante el tratamiento, que puede estar relacionado con la dosis. Sin embargo, la DT parece ser un riesgo menos importante con el Clozaril que con otros neurolépticos.

Otro medicamento antipsicótico es la risperidona, que pertenece a una nueva clase química conocida como benzisoxazoles. Su mecanismo de acción no es completamente conocido, pero puede tener un efecto dopaminérgico (D2) y serotoninérgico (5-HT₂) mezclado. También produce pocos SEP, al menos en las dosis usuales, pero puede producir un efecto sedante. Aunque puede ocurrir DT con este agente en cualquier edad, las personas de edad avanzada son las de más alto riesgo. El SNM también puede ocurrir con este agente. Aunque la risperidona no ha sido rigurosamente estudiada en pacientes con esquizofrenia resistente al tratamiento, parece jugar un papel terapéutico en esta población de pacientes. No se han hecho estudios que comparen en forma directa la risperidona con la clozapina en pacientes cuidadosamente seleccionados con resistencia al tratamiento. La risperidona puede usarse antes de la clozapina, en vista de que ésta no causa agranulocitosis.

Se ha utilizado un amplio margen de tratamientos alternativos para la psicosis y la esquizofrenia. Éstos incluyen, aunque no se limitan a ellos, el uso de benzodiazepinas, de estabilizadores del estado de ánimo, de bloqueadores beta (Koch-Weser, 1981), de bloqueadores de canales de calcio, así como un amplio intervalo de reportes anecdóticos que no han logrado la aprobación formal de la FDA (Administración de alimentos y medicamentos *Food and drug administration*). Debe enfatizarse que los neurolépticos no causan adicción ni síntomas indeseables al dejar de tomarlos. Además, los neurolépticos no son mortales en sobredosis y, en efecto, son menos peligrosos que algunos antidepresivos.

En general, si un paciente necesita medicamentos neurolépticos, esto implica, de manera usual, el cuidado psiquiátrico, pues la mayoría de los médicos que no son psiquiatras son muy cautelosos y renuentes a usar estos agentes debido a los efectos colaterales problemáticos como la posibilidad del desarrollo del SNM o DT, y a su preocupación acerca de las interacciones entre los fármacos. Algunas veces también se puede usar un neuroléptico juntamente con un antidepresivo o un estabilizador del estado de ánimo en las condiciones comórbidas del trastorno esquizoafectivo, trastorno delirante y esquizofrenia con trastorno bipolar (Donaldson, Glenberg y Baldessarini, 1983). En estos trastornos con frecuencia se usa un agente para tratar únicamente un síndrome clínico, y se indica otro, tanto para el trastorno del estado de ánimo/afectivo como para el trastorno del pensamiento. Uno puede esperar la aprobación formal de varios nuevos antipsicóticos dentro del si-

guiente año o los siguientes dos. Más recientemente fue aprobada la olanzapina (Zyprexa).

ANSIOLÍTICOS

Los ansiolíticos son un grupo de medicamentos que pueden ser considerados también como agentes contra la ansiedad o tranquilizantes menores. La forma más común de los ansiolíticos incluye los barbitúricos, los carbamatos, los agentes noradrenérgicos y los antihistamínicos.

Por lo general, los barbitúricos y los carbamatos (específicamente el meprobamato) son anticuados y ya no se utilizan. Si alguien llega con un terapeuta y está utilizando barbitúricos, se podría sospechar que presenta un problema de adicción. De forma similar, la mayoría de los psicólogos clínicos consideran que el meprobamato no tiene ningún uso en la actualidad en las intervenciones psicofarmacológicas. Los agentes noradrenérgicos están representados básicamente por la clonidina que es un bloqueador de los canales de calcio (Catapres) y el propranolol (Inderal), que es un bloqueador beta. Este bloqueador beta lo usan principalmente los médicos no cardiólogos para tratar la ansiedad que resulta al desempeñar cierta actividad. Ejemplos específicos podrían ser los pianistas que sienten ansiedad al tocar en un concierto; los cantantes; la gente aficionada a la arquería, y quienes usan pistolas o rifles a nivel de competencia. El otro agente noradrenérgico mencionado, la clonidina, ha dejado de utilizarse como ansiolítico y tiende a ser empleada con más frecuencia como un agente complementario en el Trastorno por déficit de atención y el trastorno por déficit de atención con hiperactividad TDA/TDAH resistente al tratamiento. Los antihistamínicos se usan en raras ocasiones en psiquiatría biológica, aunque es evidente que tienen algún efecto ansiolítico.

La mayor parte de los tratamientos ansiolíticos giran en torno al uso de las benzodiazepinas (BZ). Además de estar indicadas para la ansiedad, se emplean en problemas como el insomnio (Halción), la anestesia preoperatoria, así como en los síntomas que aparecen al dejar el alcohol. Uno de los subtipos de las BZ es la triazol-BZ alprazolam (Xanax), que fue el primer medicamento formalmente aprobado como panicolítico (contra el pánico) en Estados Unidos. Este fármaco está actualmente sin patente y por ello está disponible en forma genérica, pero tiene un potencial adictivo (Ballenger, Burrows y DuPont, 1988). Las nuevas estrategias para tratar los trastornos de pánico marcados por

ataques de pánico con o sin agorafobia, han hecho que los médicos ya no usen los ansiolíticos BZ; en su lugar utilizan antidepresivos que tienen una eficacia ansiolítica simultánea. De hecho, algunos de los nuevos antidepresivos, tales como la paroxetina (Paxil) y la fluoxetina (Prozac), están aprobados para tratar el trastorno de pánico. Es muy probable que dentro de los dos años siguientes, otros inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS) también sean aprobados para tratar estos trastornos. Esos ISRS incluyen la sertralina (Zoloft) y la fluvoxamina (Luvox). Hay más comentarios sobre estos agentes en la sección de antidepresivos.

Los receptores de las benzodiazepinas se identificaron por primera vez a finales de la década de los años setenta, cuando fue posible "trazar un mapa" de su localización dentro del SNC. Se encontró que estos receptores estaban relacionados con un sistema inhibitorio de neurotransmisores conocido como ácido Gamma-aminobutírico (mejor conocido como GABA). La principal preocupación relacionada con el uso de estos agentes es la habituación y la adicción (Smith y Wesson, 1983). Por lo anterior, la mayoría de los médicos comúnmente evitan usar estos agentes, pero cuando los usan, la regla general es prescribir la dosis más baja efectiva durante el tiempo más corto posible.

Las diferencias primarias de las BZ ansiolíticas tienen que ver con la naturaleza de su metabolismo y las diferencias en su vida media (Kales, 1982). Sobre ésta, las BZ pueden dividirse como de acción corta, de acción corta a intermedia y de acción prolongada. Una preocupación con las BZ de acción corta es la aparición (o recurrencia) de los síntomas entre dosis. Asimismo, el síndrome de abstinencia tiende a presentarse cada

vez más pronto y de forma más severa (Ulenhuth, DeWit, Balter, Johanson y Mellinger, 1988). Los pacientes que tratan de abandonar las BZ de vida media corta son con frecuencia incapaces de mantenerse sin el fármaco durante mucho tiempo y con frecuencia tienen dificultades para dejarlo del todo. Además de la adicción, otras preocupaciones relacionadas con el uso de las BZ incluyen el fenómeno de la abstinencia, las convulsiones (especialmente después de discontinuar de manera abrupta su uso), el daño cognoscitivo, el aprendizaje dependiente del estado, los daños psicomotores y el fenómeno de desinhibición, que se manifiestan en aspectos tales como irritabilidad o agresividad (Kales, 1990).

Las sobredosis que resultan en la muerte son más bien extrañas con el uso de este grupo de agentes. Las BZ que tienen una vida media más larga, por lo general incrementan la probabilidad de "resaca" durante el día, y esto ha estado, algunas veces, implícito en caídas que han ocurrido en personas de edad avanzada y que dan como resultado fracturas de cadera y sus diversas secuelas médicas (Greenblatt, Shader y Abernethy, 1983). Algunas de las diferencias farmacológicas de los ansiolíticos, así como los intervalos comunes de dosificación se listan en la tabla 12.4.

En general, como se indicó antes, los barbitúricos y los carbamatos deben evitarse debido a su alto riesgo de adicción, comparados con los BZ, y debido a que tienen un potencial más serio de sobredosis. Una nueva clase de ansiolíticos, conocida como azapironas, tiene un agente representativo en Estados Unidos, que es la bupiriona (BuSpar) (Erickson, Bergman, Schneeweiss *et al.*, 1980). Éste es un ansiolítico no-BZ que difiere

Tabla 12.4 Ansiolíticos

NOMBRE GENÉRICO	NOMBRE COMERCIAL	DOSIS/RANGO (mg/d)	VIDA MEDIA (h)	TASA DE ABSORCIÓN
BZ Alprazolam	Xanax	0.75-4	14	Intermedia
Clordiazepóxido	Librium	10-100	24-48	Intermedia
Clonasepam*	Klonopin	1-20	18-50	Intermedia
Clorazepato	Tranxene	7.5-60	60	Rápida
Diazepam	Valium	2-40	40	Rápida
Halazepam	Paxipam	20-160	14	Lenta
Lorazepam	Ativan	10-10	12	Intermedia
Oxazepam	Serax	30-120	9	De lenta a intermedia
Prazepam	Centrax	20-60	60	Lenta
Azapirona				
Bupiriona	BuSpar	15-60	2-3	Rápida

*BZ anticonvulsiva

de las BZ en que actúa más como antidepresivo en su latencia de inicio de acción y con frecuencia toma de dos a cuatro semanas lograr el efecto terapéutico completo. Además, por lo general no tiene un efecto sedante, no afecta la coordinación motora, no potencializa el efecto del alcohol y sí produce dependencia/adicción. No es efectivo para la ansiedad que requiere un efecto inmediato, no evita la abstinencia de las BZ y es indicado como un medicamento panicolítico (contra el pánico). Probablemente el BuSpar es más útil en pacientes con una ansiedad aguda y/o crónica y en quienes no han tenido una exposición previa a las BZ. Los pacientes que están acostumbrados a los efectos de las BZ por lo regular estarán renuentes a cualquier intento por cambiar a la bupiriona. Asimismo, los pacientes necesitan tomar BuSpar diariamente por lo menos de 2 a 4 semanas antes de que se vea algún efecto terapéutico.

Otros usos no autorizados (no aprobados por la FDA) de estos ansiolíticos incluyen su utilización como un agente potencializador en el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) resistente al tratamiento. Existen datos combinados que sugieren que puede haber un subconjunto de pacientes que responden sólo de manera parcial a un agente antiobsesivo; cuando se añade a ese régimen la bupiriona, obtienen un efecto antiobsesivo más robusto. Además, cierto número de psicólogos clínicos está usando la bupiriona en dosis más altas para pacientes que son irritables, coléricos o descritos por los demás como "excéntricos". En estos casos parece tener un efecto antiagresivo/antiimpulsivo, aunque no hay mucha bibliografía que apoye esto, más allá de lo que ha sido reportado de forma anecdótica.

Otro agente que los psicólogos necesitan conocer es el clonazepam anticonvulsivo (Klonopin) (Pollack, Tassar, Rosenbaum *et al.*, 1986). Aunque lo usan los neurólogos principalmente para las crisis convulsivas, ha sido utilizado como un medicamento antipánico. Debido a que tiene un fuerte efecto sedante, la mayoría de los médicos lo indican para antes de acostarse, con pequeñas dosis al inicio del día. Como sucede con todas las BZ, el clonazepam es un agente depresor del SNC y puede inducir síntomas depresivos.

Existían pocos reportes iniciales que sugerían que algunas de las BZ pueden tener beneficios antidepresivos, pero pocos psicólogos clínicos han encontrado que éste sea el caso; y por lo general uno no podría esperar una respuesta antidepresiva de un medicamento que tiene efectos depresivos en el SNC. Rara vez, o nunca, una BZ podría ser usada para tratar un síndrome depre-

sivo-afectivo claro. Los únicos casos, a este respecto, en los que yo considero que las BZ podrían usarse, tienden a ser situaciones de estrés situacional agudo y en trastornos de ansiedad, automáticamente, pero en dosis muy bajas y con frecuencia p.r.n (por razones necesarias). Otro uso posible sería para contrarrestar la activación (insomnio, agitación, inquietud y ansiedad) que es inducida temporalmente por el uso de los fármacos inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS). Aun otro uso puede ser el efecto tranquilizante rápido que uno puede desear obtener en una institución psiquiátrica de pacientes internos o en una sala de urgencias para controlar la agitación relacionada con un episodio maníaco/psicótico. Por esto, la benzodiazepina se usa junto con uno de los neurolepticos (fármacos antipsicóticos) o con uno de los estabilizadores del estado de ánimo como el litio o el ácido valproico (Depakote). Cuando se usa juntamente con uno de los nuevos ISRS, uno debe preocuparse acerca de algunas de las interacciones farmacocinéticas que pueden disminuir el metabolismo e incrementar la vida media del medicamento. De forma más simple, esta combinación puede dar como resultado efectos colaterales adicionales y/o toxicidad. En este caso, las dosis típicas de BZ pueden necesitar ser reducidas por no menos de la mitad de lo que normalmente se indica.

En resumen, yo encuentro una tendencia nacional en quienes recetan para dejar de usar estos agentes o a utilizarlos únicamente por breves periodos y en las dosis más bajas posibles. Debido a que los nuevos agentes tienen una eficacia de amplio espectro en condiciones comórbidas, más psicólogos clínicos están recurriendo al uso de los ISRS, que parecen ser capaces de "matar tres pájaros de un solo tiro". Esto es, que por lo regular tienen una muy clara y obvia eficacia antidepresiva, pero simultáneamente tienen una eficacia ansiolítica y antiobsesiva (con la cuarta posibilidad de ser anticonvulsivos). Además, debido a que no crean hábito y no son depresivos del SNC, por lo general constituyen el tratamiento de primera línea para la ansiedad crónica. Esta es una estrategia mucho más segura y, además, más efectiva en condiciones comórbidas, además de evitar el potencial adictivo. Para los pacientes que solicitan específicamente BZ o que presentan ansiedad como un síntoma, los psicólogos clínicos necesitan estar conscientes del posible uso y abuso de estos agentes y de la tendencia por parte de algunos pacientes de manipular a los médicos para que les prescriban estos fármacos.

Los psicólogos clínicos también necesitan estar conscientes de que muchos pacientes se sienten más cómodos describiendo los síntomas subjetivos de la ansiedad, o bien, sus manifestaciones somáticas, y uno puede fácilmente ser engañado y pensar que se trata de un trastorno primario del eje I, cuando de hecho la ansiedad y sus síntomas cognoscitivos, emocionales y físicos acompañantes con frecuencia son los precursores de un episodio depresivo mayor posterior (EDM). Por consiguiente, con frecuencia es difícil en las primeras etapas de diagnóstico/evaluación determinar si se reúnen los criterios de un trastorno del estado de ánimo o de la ansiedad. En estas situaciones a muchos pacientes se les da erróneamente un ansiolítico para lo que parece ser un síndrome de ansiedad, cuando de hecho la depresión que se avecina no responde, o aún es exacerbada, por el uso del ansiolítico. En estos casos, sería bueno usar un antidepresivo con eficacia de amplio espectro que tenga simultáneamente propiedades ansiolíticas sin todas las complicaciones relacionadas con el uso de los ansiolíticos BZ.

HIPNÓTICOS

El uso de los hipnóticos en este punto de la práctica de la psicofarmacología tiende a ser más limitado en vista de las preocupaciones de quienes los recetan respecto a problemas de la dependencia hacia estos agentes. Como resultado de ello, aunque se están desarrollando nuevos agentes, y se promueve el uso de productos que se venden sin receta (SR), la tendencia general es alejarse del uso de estos agentes y comenzar a usar otras "estrategias hipnóticas". El ejemplo más común de esta afirmación es una tendencia nacional a hacer uso del antidepresivo trazodona (Desyrel) en dosis no antidepresivas de forma que se tome ventaja de sus propiedades sedantes (pero relativamente no anticolinérgicas). De este modo, un individuo puede dormir mejor sin ningún efecto depresivo del SNC ni riesgo de habituación.

Asumiendo que las alteraciones del sueño no se deben a una condición médica, éstos pueden estar relacionados con una situación específica en la vida de la persona, o bien, puede reunir los criterios de un trastorno primario del sueño. En un escenario muy común, un paciente acudirá al médico familiar describiendo problemas de insomnio (ya sea insomnio inicial, insomnio intermedio o insomnio terminal) y se le recetará un hipnótico benzodiazepínico (BZ), cuando en realidad el problema de insomnio es simplemente uno de los nu-

merosos síntomas de una depresión clínica mayor subyacente. La estrategia farmacológica empleada puede ayudar con estos síntomas de alteración del sueño, pero no trata el trastorno afectivo subyacente. De hecho dependiendo de la dosis y duración del uso de la BZ realmente puede exacerbar el trastorno del estado de ánimo (Langtry y Benfield, 1990).

En otra situación muy común, un paciente se queja de alteraciones de sueño como parte de un trastorno por abuso de sustancias y como parte del síndrome de abstinencia. Con frecuencia, estos pacientes están buscando continuar con su adicción asegurando la benzodiazepina de varias personas que la recetan. Para este grupo deberá evitarse la prescripción de cualquiera y todas las BZ (tanto agentes antiansiedad como hipnóticos). Una vez que el paciente esté sobrio, el psicólogo clínico puede sugerir con cuidado el uso de un agente no-BZ. En el mercado de Estados Unidos, el zolpidem (Ambien) es el único hipnótico no-BZ que en la actualidad está disponible. A diferencia de las BZ, el zolpidem tiene muy pocas propiedades ansiolíticas o anticonvulsivas. Sin embargo, el fabricante de este fármaco aconseja que el agente no debe usarse en conjunto con el alcohol u otros depresores del SNC, y que se debe tener precaución cuando se realicen actividades que requieren que la persona esté alerta y que tenga coordinación, debido a que este fármaco puede causar somnolencia. La clase química a la que pertenece el zolpidem es conocida como imidazopiridina. En la actualidad, la tendencia general entre las personas que recetan es usar los hipnóticos para el insomnio únicamente, durante periodos breves (menos de una semana) o "conforme se necesite" (p.r.n.) en el insomnio pasajero, causado ya sea por factores estresantes agudos de la vida, o bien, por cambios mayores en el ritmo diurno tales como la sensación producida al viajar y cambiar de horario.

Actualmente, las principales clases de hipnóticos incluyen a las benzodiazepinas, de las que hay cinco clases (véase la tabla 12.5), los barbitúricos, los compuestos similares a éstos, los derivados clorales, los antihistamínicos y los hipnóticos no benzodiazepínicos antes mencionados (zolpidem).

Aunque todas las BZ producen un efecto sedante o de somnolencia, únicamente los listados aquí tienen una indicación formal por parte de la FDA para el insomnio. Las demás benzodiazepinas tienen una indicación formal sólo para el tratamiento de la ansiedad.

Con el advenimiento de nuevos antidepresivos, menos sedantes y más activadores (por ejemplo, los ISRS),

Tabla 12.5 Hipnóticos

NOMBRE GENÉRICO	NOMBRE COMERCIAL	RANGO DE DOSIS (mg/d)	VIDA MEDIA APROXIMADA (h)	METABOLITOS ACTIVOS
Benzodiazepinas				
Estazolam	ProSom	0.5-20	8-24	N
Flurazepam	Dalmane	15-30	0.5-1	S
Quazepam	Doral	7.5-15	39	S
Temazepam	Restoril	7.5-30	3.5-18.5	N
Triazolam	Halción	0.125-0.5	1.5-5.5	N
No Benzodiazepina				
Zolpidem	Ambien	5-10	2.6	N

un subconjunto de pacientes experimenta insomnio como un efecto activador colateral de estos agentes. Esto no deberá confundirse con un trastorno de sueño inesperado, sino más bien deberá verse como un efecto colateral breve (comúnmente) del antidepresivo, que por lo general disminuye y/o desaparece. Si no disminuye o desaparece, simplemente reduzca la dosis del antidepresivo; espere a que pasen, si las alteraciones del sueño no son muy severas, o bien, añada una dosis baja del antidepresivo sedante trazodone. Debido a los problemas de contaminación, la FDA retiró del mercado el aminoácido L triptofano, de modo que este agente que se vendía sin receta ya no está disponible.

En mi práctica clínica, el uso de hipnóticos BZ está limitado a un plazo extremadamente corto, p.r.n. (por razones necesarias), en circunstancias donde hay un estresor situacional agudo o donde hay una severa activación debida al uso de un ISRS. Con frecuencia se prescribe un número muy limitado de pildoras, de forma que se evite el potencial de adicción. En general, al tratar las alteraciones del sueño se debe hacer uso de todas las estrategias no farmacológicas antes de usar los agentes que tengan propiedades depresoras del SNC o de habituación.

Cualquier paciente que se presenta utilizando o solicitando un barbitúrico probablemente es alguien con un problema de adicción que está buscando a una persona que le recete o a un terapeuta que le permita continuar con su hábito. Además, una de las estrategias más comunes en los productos que se venden sin receta (SR) es usar el sedante antihistamínico difenhidramina (Benadryl).

En general, el uso de los hipnóticos BZ cambia el patrón de la arquitectura del sueño. Específicamente, hay una disminución en la actividad alfa y una reducción en la latencia del sueño. Por lo general decae la

etapa 1 del sueño; la duración de la etapa 2 tiende a aumentar, mientras que las etapas 3 y 4 son reducidas y la etapa 4 del sueño con frecuencia es acompañada por una reducción de las pesadillas. Con frecuencia se acorta el sueño MOR, con el efecto resultante de un incremento general en el tiempo total del sueño. Los pacientes que han estado bajo el efecto de hipnóticos BZ durante un largo tiempo deben ser informados de que discontinúen su uso. Sin embargo, debido a los efectos de rebote y de eliminación del medicamento, que se originan al manipular estos medicamentos, este agente se debe ir eliminando muy lentamente de los pacientes. Los pacientes que han estado usando estos agentes durante largos periodos son muy difíciles de convencer de la necesidad de discontinuar su uso. Aun cuando la reducción se hace muy lentamente, en el momento en que presentan cualquier tipo de síntomas de abstinencia o de rebote incrementarán de modo unilateral la dosis sin consultar al médico y con frecuencia cambiarán de un médico a otro hasta que encuentren a alguien que favorezca su dependencia de estos agentes.

ESTABILIZADORES DEL ESTADO DE ÁNIMO/ANTIMANIACOS

El término *estabilizador del estado de ánimo* estuvo de moda luego de que se descubrió que las sales de litio eran efectivas para tratar tanto los episodios maníacos extremos como los depresivos graves. Claramente, el fármaco de elección durante cierto número de décadas en el tratamiento del trastorno bipolar (previamente conocido como enfermedad maniaco depresiva) ha sido el litio (Carlson y Goodwin, 1973). Nuevas opciones están disponibles para los psicólogos clínicos, con la puesta en uso de algunos de los nuevos anticonvulsivos, uno de los cuales ha sido recientemente aprobado

por la FDA para el tratamiento del trastorno bipolar. Los tres agentes principales usados en el tratamiento del trastorno bipolar son el litio (en sus diversas formas), el ácido valproico (AV; el Depakene o la forma de liberación lenta llamada Depakote) y la carbamazepina (Tegretol) (Ballenger y Post, 1980). Sólo este último agente no está aprobado de manera formal para el tratamiento del trastorno bipolar. El Depakote fue apenas aprobado por la FDA para el tratamiento del trastorno bipolar después de pruebas cuidadosamente controladas que demostraron la efectividad del AV en la manía aguda.

En general, el diagnóstico del trastorno bipolar ha logrado una mayor aceptación en virtud del hecho de que mucha gente famosa ha escrito libros o ha viajado por Estados Unidos dirigiéndose a las audiencias televisivas, discutiendo su trastorno bipolar y recomendando tratamientos farmacológicos. Además, el Centro de información del litio (Lithium information center) en la Universidad de Wisconsin, en Madison, tiene disponibles algunos materiales excelentes no sólo para pacientes bipolares, sino también para los familiares y médicos de tales pacientes.

El trastorno bipolar del tipo I se ha definido de manera clásica como una serie de episodios de manía y depresión, mientras que el trastorno bipolar del tipo II es visto como episodios de hipomanía entremezclados con episodios clásicos de depresión mayor. El trastorno bipolar del tipo III se considera relacionado con la personalidad ciclotímica o ciclotimia, mientras que el trastorno bipolar del tipo IV es la hipomanía o manía iatrogénica (precipitada por medicamentos). Un ejemplo de ésta es cuando un paciente va a ver al médico con signos de depresión y le administra un antidepresivo. Poco tiempo después, el paciente "se pone en onda" y el diagnóstico es corregido como diagnóstico bipolar. Lo que evidentemente parece ser un síndrome afectivo unipolar de manera latente se desarrolla en un trastorno afectivo bipolar. En estos casos, el antidepresivo es rápidamente retirado, y se inicia la aplicación del estabilizador del estado de ánimo de elección (Weber, Salud y Kastenholz, 1992).

Estudios que se llevan a cabo en la actualidad están comparando el litio, que ha sido la terapia estándar para la manía aguda durante más de dos décadas y media, con el ácido valproico (AV). Algunas personas que lo recetan han encontrado que el AV no sólo es igualmente eficaz sino que puede ser mejor tolerado, así como que es capaz de lograr la estabilización rápida de episodios maniáticos agudos. Si alguien experimenta un se-

gundo o tercer episodio de manía que previamente respondió al litio, la mayoría de quienes lo recetan podrían continuar con ese antimaniaco en particular. Sin embargo, en los pacientes que pueden tener "ciclos rápidos", se está usando el AV como el tratamiento de primera línea debido a su habilidad para lograr niveles terapéuticos rápidamente y debido a su mejor perfil de efectos colaterales. Una ventaja citada para el uso del AV es que sus niveles terapéuticos se pueden lograr más rápidamente que con el litio, con frecuencia en un día. Estos nuevos agentes y los agentes alternativos son importantes en virtud de que aproximadamente 40% de los pacientes a los que se les administró litio sufrieron una recaída durante el seguimiento de un año. Aproximadamente dos terceras partes de los pacientes que sufren de un episodio maniaco o depresivo, dentro de los dos años posteriores al comienzo del uso del litio, aun cuando sus niveles de esta sustancia se encuentren dentro del rango terapéutico.

Los anticonvulsivos tales como el AV y la carbamazepina (Tegretol) han incrementado su uso (Post, Ballenger, Uhde y Bunney, 1984), especialmente desde la aprobación formal del AV para el trastorno bipolar por parte de la FDA. La razón de usar algunos de estos anticonvulsivos en el tratamiento del trastorno bipolar está en función de: (1) el hecho de que la combinación de estos medicamentos puede tener efectos benéficos en pacientes seleccionados y (2) una posible eficacia mejorada para los subtipos específicos de bipolaridad. Algunos de los estudios que se correlacionan con una baja respuesta al litio incluyen la comorbilidad (trastorno de personalidad del eje II), manía disfórica o mezclada, ciclos rápidos y una secuencia episódica de depresión-manía-eutimia.

Un factor significativo que afecta los porcentajes de cumplimiento en el uso de litio es el perfil de efectos colaterales (Vestergaard, Amdisen y Schow, 1980). El riesgo de muchos de los efectos colaterales se incrementa en relación directa con los niveles séricos del litio (Gelenberg y Schoonover, 1991). La reducción de la dosis siempre es una consideración del tratamiento, realizando cambios muy cautelosamente al tiempo que se observa cualquier señal de recaída. Los diversos efectos colaterales del litio se pueden clasificar como efectos neurológicos (por ejemplo el temblor), hipotiroidismo (que ocurre aproximadamente en 10% de los pacientes), diarrea, efectos renales y otros (incluyendo un amplio margen de efectos colaterales menos frecuentes pero que no son extraños, tales como la pérdida de cabello).

Debido a que tanto el litio como el AV tienen *ventanas* terapéuticas muy claras, los niveles de sangre se usan rutinariamente con ambos agentes. Esto asegura que el paciente maximice la probabilidad de eficacia al monitorear los niveles de plasma sanguíneo en una "ventana terapéutica". Con bajos niveles en la sangre, es probable que ocurra una respuesta parcial o que no ocurra respuesta alguna, mientras que por encima del tope establecido es probable que ocurra una toxicidad. En general, el litio tiene un principio de acción relativamente lento y le puede tomar hasta tres semanas o más lograr una respuesta terapéutica (Jefferson y Greist, 1977). Con frecuencia, debido a que el paciente no está educado acerca de la latencia de respuesta o de la acción del litio, pueden dejar de usar prematuramente el fármaco, aduciendo que éste no fue útil, cuando en realidad lo que sucede es que son personas con respuesta lenta. Este mismo principio se encuentra con frecuencia cuando se trata la depresión unipolar con antidepresivos. Una prueba adecuada para un agente es mejor definida al asegurarse que hubo una dosis apropiada con una duración adecuada (Jefferson, Greist, Ackerman *et al.*, 1986). Muchos pacientes referidos a mí por la así llamada depresión resistente al tratamiento o por el trastorno bipolar resistente al tratamiento son regresados de nuevo a la fuente de referencia con una recomendación de elevar la dosis a niveles más cercanos a un nivel terapéutico.

Por ejemplo, durante el año pasado, un paciente fue referido a mí con un diagnóstico de depresión clínica y con la administración de 20 mg de fluoxetina (Prozac). El médico que lo refirió consideraba que el paciente no respondía al Prozac debido al largo tiempo en que el paciente había estado consumiendo el fármaco, y deseaba saber qué antidepresivo podría probar más adelante. En lugar de considerar al paciente como realmente "refractario al tratamiento", encontré que con el simple incremento de la dosis a 30 mg y finalmente a 40 mg se logró una reducción completa de los síntomas.

Otra terapia experimental en el tratamiento del trastorno bipolar incluye el uso del agente noradrenérgico clonidina, de psicoestimulantes, de los antipsicóticos atípicos y de los bloqueadores de los canales de calcio tales como el verapamil. Aunque estas alternativas parecen interesantes, no se usan de forma rutinaria y no están formalmente aprobadas para usarse en el trastorno bipolar. Las preocupaciones iniciales acerca del efecto colateral del trastorno sanguíneo de la carbamazepina (CBZ) han llevado a algunos psicólogos clíni-

cos a ser cautelosos al prescribirlo. Sin embargo, la incidencia parece ser menor a la originalmente estimada. Una preocupación quizás más significativa respecto a la CBZ son sus numerosas interacciones con otros fármacos. Debido a la farmacocinética involucrada, la CBZ puede acelerar el metabolismo de varios fármacos y, por consiguiente, bajar los niveles neurolépticos plasmáticos. De forma similar, otros agentes pueden bajar los niveles CBZ y, por tanto, reducir la eficacia e incrementar la probabilidad de la aparición de un conjunto de síntomas maníacos.

Una clave para cumplir con la administración de los estabilizadores del estado de ánimo, y tal vez con todos los psicotrópicos, es la educación que se les da a los pacientes antes de iniciar la terapia farmacológica. Esto puede mejorar significativamente los porcentajes de conformidad debido a que los efectos colaterales no son algo inesperado, y se les puede informar a los pacientes acerca de cómo funcionan los medicamentos. Por ejemplo, los estabilizadores del estado de ánimo no son adictivos, y los pacientes necesitan ser instruidos de que hay una tasa alta de reincidencia si el paciente deja estos fármacos. Muchos pacientes terminan necesitando una dosis de mantenimiento indefinida o para toda su vida (Post, Weiss y Chuang, 1992).

La razón principal para usar estabilizadores del estado de ánimo, en particular el litio, en pacientes que no tienen un trastorno bipolar, es que el individuo reúne los criterios de una depresión mayor resistente al tratamiento/refractaria al tratamiento, o bien, de un trastorno obsesivo compulsivo resistente al tratamiento (TOC). Con frecuencia, el litio es el agente de elección potencializador al añadirse al medicamento principal, para su uso ya sea en la depresión o en el TOC. La tabla 12.6 lista algunas de las características de los diversos estabilizadores del estado de ánimo.

ANTIDEPRESIVOS

En esta sección nos enfocaremos en los principales grupos de antidepresivos. Desde la aparición de la fluoxetina (Prozac), introducida en 1988, ha habido un frenesí por la actividad de los antidepresivos que ha dado como resultado ocho nuevos componentes antidepresivos. Uno puede distinguir los antidepresivos actualmente disponibles (aproximadamente 20) de estos ocho nuevos y del resto. La indicación principal para el uso de estos agentes son los episodios de depresión mayor de moderados a severos (EDM). Ésta es probablemente

FUNDAMENTOS DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Tabla 12.6 Estabilizadores del estado de ánimo

NOMBRE GENÉRICO	NOMBRE COMERCIAL	DOSIS USUAL PARA ADULTO (mg/d)	NIVELES PLASMÁTICOS	VIDA MEDIA (h)	INDICACIÓN(ES)
Aprobados					
Carbonato de litio	Litio	600-1,800	0.6-1.2 mEq/L	24	Bipolar
Ácido valproico	Depakote	750-4,200	50-100 mg/ml	16-16	Crisis convulsivas/Bipolar
Experimentales					
Carbamazepina	Tegretol	400-1,600	4-12 mg/ml	25-65	Crisis convulsivas/Bipolar

una de las condiciones vistas con más frecuencia en la práctica clínica (Prién, Kupfer, Mansky *et al.*, 1984). Es muy común que estos agentes se usen en conjunto con las terapias interpersonal, cognoscitiva, o cognoscitivo-conductual para crear un efecto sinérgico para el paciente, especialmente quien sufre de un EDM. En la década de los años noventa se ha hecho un énfasis creciente sobre los neurotransmisores específicos y las etiologías biológicas de la depresión, así como también en las escuelas interpersonales y cognoscitivas del pensamiento. Gran parte del énfasis en los neurotransmisores ha estado en la serotonina, lo que se ha reflejado en el desarrollo de cuatro agentes similares conocidos como inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS).

Dos de los grupos de antidepresivos, los antidepresivos tricíclicos (ATC) y los inhibidores de la monoaminoxidasa (IMAO) fueron introducidos inicialmente para el tratamiento de la depresión, a finales de la década de los cincuenta (Bielski y Friedel, 1976). Las mejoras en los modelos psicofarmacológicos para los trastornos del estado de ánimo han representado un avance importante y se han convertido en piedra angular del tratamiento de esta clase de trastornos. Ninguno de los antidepresivos son adictivos o formadores de hábito. Cada uno de éstos, como también cada clase de ellos, tiene la misma eficacia, tanto intra como interclase. Es así que, hasta este momento, ningún agente puede pretender tener una superioridad sobre los otros agentes en términos de mejoría o alivio de los síntomas de depresión mayor (Stewart, Quitkin y Klein, 1992). Además, se considera que todos los antidepresivos tienen una latencia igual o inicio de acción. En otras palabras, el tiempo que les toma a cada uno de estos agentes comenzar a funcionar es equivalente y es aproximadamente de tres a seis semanas. Este marco de tiempo puede ser diferente en poblaciones especiales (geriátricas) o en trastornos especiales (por ejemplo, TOC) pero, por lo general, la mayoría de los médicos alertarán a los pacientes que inician con los antidepresivos que no espe-

ren un beneficio significativo hasta por lo menos un mes después de iniciar su consumo (Cole y Bodkin, 1990). Aunque puede haber respuestas idiosincrásicas individuales a agentes específicos, por lo general uno no espera esto. Muchos pacientes que vienen en busca de tratamiento, y que indican que han sido tratados anteriormente con un antidepresivo en particular y que éste no funcionó, de hecho no han tenido una prueba adecuada. Han tenido, ya sea una dosis inadecuada o una duración inadecuada del antidepresivo. Por lo general, no tienen una buena educación acerca de los efectos colaterales que deben esperar y han descontinuado el uso del fármaco. Entonces el paciente señala que ha tratado con este agente en particular, cuando de hecho si lo hubiera tomado por un tiempo más largo o comenzado con una dosis más baja, el paciente hubiera sido capaz de seguir con esa dosis y tolerar al antidepresivo. La regla de oro farmacológica general entre quienes recetan los antidepresivos es "iniciar bajo, ir despacio, trabajar alto", esto es, iniciar con una dosis lo suficientemente baja de forma que no se afecte mucho a la persona con los efectos colaterales, para luego comenzar a subirla a niveles terapéuticos donde pueda comenzar a funcionar.

La primera clase de antidepresivos que se comentará son los antidepresivos tricíclicos, mejor conocidos como los ATC. Como se indicó, estos agentes fueron desarrollados hace casi cuarenta años y apenas ahora están empezando a dejar de ser favorecidos. Entre los ATC hay dos grupos básicos, las aminos terciarias y las aminos secundarias (Coccaro y Siever, 1985), diferenciadas por el número de grupos de metilos en cada una. Las aminos terciarias se desarrollaron primero, pero debido a sus efectos colaterales se introdujeron las aminos secundarias. En general, las aminos terciarias han sido descritas como medicamentos "sucios" debido a que son muy difíciles de tolerar, aun en niveles subterapéuticos. Como se ve en la figura 12.1, están incluidos cinco medicamentos en este grupo y, cómo puede verse en

PSICOFARMACOLOGÍA PARA PSICÓLOGOS CLÍNICOS

Antidepresivo		Dosis usual para adulto	Dosis inicial	Efecto anticolinérgico	Efecto sedante
Aminas tricíclicas terciarias					
Derivados	Amitriptilina (Elavil®, Endep®)	150-	50-100	+++++	+++++
	Imipramina (Tofranil®)	150-200	50-100	+++	+++
	Trimipramina (Surmontil®)	150-200	50-100	++++	++++
	Doxepina (Adapin®, Sinequan®)	150-250	50-100	++++	++++
	Clomipramina (Anafranil®)	150-250	50-100	++++	+++
Aminas tricíclicas secundarias					
	Desipramina (Norpramin®)	150-250	50-100	+	+
	Protriptilina (Vivactil®)	30-60	15-30	++++	+
	Nortriptilina (Aventyl®, Pamelor®)	75-100	20-40	+++	++
Dibenzoxazepinas tricíclicas					
	Amoxapina (Asendin®)	200-400	100-150	++	++
Tetracíclicos					
	Maprotilina (Ludiomil®)	150-225	50-100	+++	++++
Derivados de la Triazolopiridina					
	Trazodona (Desyrel®)	250-400	100-150	-/+	++++
Fenilpropilamina					
	Fluoxetina (Prozac®)	20	20	-	-
Aminocetona monocíclica					
	Bupropion (Wellbutrin®)	300-450	100-150	-	-
Fenilpiperidina					
	Paroxetina (Paxil®)	20-50	20	+	+
Naftalenamina					
	Sertralina (Zoloft®)	50-200	50	+	+
Fenetilamina					
	Venlafaxina (Effexor®)	75-375	75	+	+
Fenilpiperazina					
	Nefazodona (Serzone®)	100-600	100	+	+
Aralkilcetona					
	Fluvoxamina (Luvox®)	100-300	50	+	+
Piperazinoazepina					
	Mirtazapina (Remeron®)	15-45	15	+/+	+/+/+

© Dr. Dan Egli, Ph.D., 1995, 1996

Figura 12.1 Medicamentos antidepresivos

la cuarta y quinta columna, sus efectos colaterales anticolinérgicos y sedantes (en una escala de 0-5) son por lo general muy altos. Esto es, incluso a niveles subterapéuticos, los pacientes con frecuencia se quejan de efectos colaterales como estreñimiento, boca seca, ganancia de peso e hipotensión postural u ortostática. Además, debido a sus propiedades sedantes, los pacientes pueden quejarse de adormecimiento o de fatiga.

Los cinco agentes representados en este grupo de tricíclicos terciarios tienen algún uso actual tanto dentro como fuera de la psiquiatría. El Elavil es recetado con frecuencia por los neurólogos para los síndromes de dolor. Hubo un tiempo en los años recientes donde el Tofranil estuvo en uso como un medicamento pánico (contra el pánico) como un sustituto para las benzodiazepinas que forman hábito, y el Anafranil fue el primer agente aprobado en Estados Unidos para el tratamiento del trastorno obsesivo compulsivo (TOC).

Una preocupación significativa con todos los ATC es su efecto letal en sobredosis, así como su cardiotoxicidad. En este punto, debido a su perfil de efectos colaterales, el Anafranil ha dejado de ser favorecido para el tratamiento del TOC. Actualmente hay cuatro agentes adicionales, todos ISRS, formalmente aprobados para el tratamiento del TOC (Baxter *et al.*, 1992). Aprobados en Estados Unidos, están la fluoxetina (Prozac), la sertralina (Zoloft), la fluvoxamina (Luvox) y la paroxetina (Paxil). Aunque la figura 12.1 indica la dosis usual de inicio y el rango terapéutico común para estos medicamentos, estas cifras pueden necesitar reducirse en niños, adolescentes y ancianos, así como en ciertos adultos sensibles a los efectos colaterales.

Los tricíclicos secundarios fueron desarrollados como resultado de los problemas de los efectos colaterales con las aminas tricíclicas terciarias (DeVeau-Geiss, Landau y Katz, 1989). Como se puede ver en la figura 12.1, este grupo de antidepresivos comprende tres agentes. Estos por lo general se toleran mejor y tienen propiedades anticolinérgicas y sedantes mucho más bajas. Sin embargo, aun estos tres agentes han dejado de ser favorecidos y, por lo regular, han sido reemplazados por alguno de los nuevos agentes con eficacia de amplio espectro. Si la historia de un paciente indica que un miembro de la familia previamente ha tenido una buena respuesta a los tricíclicos, entonces es posible que quien los receta pueda considerar usar ATC, puesto que puede haber una predisposición genética a tener una respuesta preferencial a un agente específico. Un beneficio o ventaja potencial de los tricíclicos en al-

gunas situaciones podría ser su costo. Debido a que con frecuencia vienen en formulaciones genéricas, los costos mensuales pueden ser significativamente menores que los de los nuevos agentes, y esto puede ser una de las bases para seleccionar uno de ellos como el agente de primera línea para algunos pacientes.

Los *heterocíclicos* o AHC es un término dado a algunos de los antiguos antidepresivos que no son antidepresivos tricíclicos, pero que pueden ser ya sea bicíclicos o tetracíclicos. Un ejemplo del único tetracíclico actualmente disponible en Estados Unidos es la maprotilina (Ludiomil). Otro tetracíclico, que todavía no está disponible en ese país, es la mianserina. Se argumenta algunas veces que la maprotilina (Ludiomil) no es un tricíclico, sino que más bien es un tricíclico con un puente que cruza uno de los anillos centrales tricíclicos. Debido a esto, tiene muchos de los efectos colaterales de los ATC. Aunque éste puede tener efectos de sequedad levemente menores que algunos ATC, es letal en una sobredosis y puede disminuir el umbral convulsivo, incrementando, por consiguiente, el riesgo de que ocurran las convulsiones.

Otro antiguo agente que resulta algo atípico es la amoxapina (Asendin). Resulta raro en el sentido de que no sólo tiene algunas propiedades antidepresivas, sino que también puede tener algunas propiedades bloqueadoras de dopamina y, por ende, posiblemente sea efectivo en la depresión psicótica. Sin embargo, debido a sus propiedades dopaminérgicas, uno debe preocuparse acerca de algunos de sus efectos colaterales usuales de los neurolépticos, como la discinesia tardía (DT). En este punto, con antidepresivos y el desarrollo de nuevos neurolépticos que han sido aprobados recientemente (por ejemplo, el Clozaril y el Risperdal), así como otros neurolépticos que están en el nivel de desarrollo fase III o más allá (lo que significa que pronto serán aprobados por la FDA), este agente ha caído, en esencia, en desuso.

Un último agente más antiguo que es algo atípico es la trazodona (Desyrel). En la actualidad ha caído en un desuso relativo como antidepresivo aunque tiene menos efectos colaterales anticolinérgicos que los otros antidepresivos mencionados. Debido a que tiene algunas propiedades sedantes, se ha convertido en uno de los agentes más ampliamente prescritos para los síntomas del insomnio. Aunque no está aprobado de manera formal como hipnótico por la FDA, muchas personas que recetan están usando dosis muy bajas de trazodona para aprovechar sus propiedades sedantes para ayudar

al paciente a tener un buen descanso en la noche, sin *resaca* en la mañana, sin riesgo de crear hábito y sin ningún efecto colateral depresor del SNC. Como se puede ver en la figura, la trazodona no es ni ATC ni AHC, sino más bien un derivado de la triazolopiridina. Ha surgido cierta preocupación respecto al uso de la trazodona a niveles terapéuticos debido al priapismo (erección prolongada y dolorosa) en el hombre. Aunque es rara, esta condición en casos aislados requiere de intervenciones quirúrgicas y puede dar como resultado una impotencia permanente.

Otro beneficio de estos antidepresivos antiguos es el hecho de que se ha desarrollado el monitoreo de drogas terapéuticas (MDT) para permitir a los médicos evaluar a través de los niveles de plasma sanguíneo si la cantidad de medicamento que el paciente está tomando ha alcanzado los "niveles terapéuticos" (Goodwin, Prange, Post, Muscettola y Lipton, 1982). Para cada uno de los agentes que tiene una base en la bibliografía del MDT relativamente bien desarrollada, los psicólogos clínicos pueden hacer un análisis del nivel de plasma sanguíneo para valorar si el paciente no está tomando el medicamento o para prevenir una toxicidad potencial. Tales medicamentos incluyen la imipramina, la amitriptilina, la desipramina, la doxepina y la nortriptilina. De estos cinco compuestos, el MDT que ha resultado más confiable y más específico es el realizado con la nortriptilina. Con los agentes más nuevos, los fabricantes no recomiendan el realizar un MDT, ni se han desarrollado procedimientos a un nivel de costo eficiente o tan exactos como se requiere que sean.

En resumen, los antiguos agentes por lo general han caído en desuso y rara vez, o nunca, son usados como los agentes de primera opción. Tienen la misma eficacia que los agentes más nuevos, tienen una latencia igual de inicio de acción, son menos costosos, pero son muy letales en sobredosis, son cardiotoxicos y, por lo común, tienen un perfil de efectos colaterales mucho más grave.

INHIBIDORES SELECTIVOS DE LA RECAPTURA DE SEROTONINA (ISRS)

En los últimos años ha habido una creciente evidencia que sugiere que la neurotransmisión de serotonina disminuye durante un episodio de depresión mayor (Richelson, 1988). La zimelidina fue el primer ISRS disponible para usarse a nivel mundial, en 1982, pero fue retirado debido a los problemas asociados con su uso. Desde entonces, han sido introducidos cuatro ISRS al

mercado de Estados Unidos que, a manera de introducción, incluyen a la fluoxetina (Prozac), la sertralina (Zoloft), la paroxetina (Paxil) y la fluvoxamina (Luvox). Tanto el Prozac como el Zoloft están actualmente aprobados en ese país para tratar la depresión mayor y el TOC (Rapoport, 1991). El Paxil fue aprobado inicialmente sólo para la depresión mayor, pero en meses recientes recibió aprobación adicional para el TOC y los trastornos de pánico. El Luvox acaba de ser aprobado por la FDA como tratamiento para el TOC en niños.

Estos cuatro agentes tienden a ser más similares que diferentes. Como lo muestra la figura 12.1, estos fármacos tienen menos efectos colaterales anticolinérgicos (por ejemplo, visión borrosa, boca seca, estreñimiento) y sedantes que los agentes antiguos. En general, los efectos colaterales más prominentes que ocurren con los ISRS incluyen dolores de cabeza suaves que no son migrañas, estrés GI y activación. El estrés GI puede presentarse en forma de malestar estomacal, náusea o diarrea, y la activación tiende a presentarse como nerviosismo, agitación, ansiedad o insomnio. Por lo general, estos agentes son prescritos en la mañana más que en la noche, de forma que sea menos probable que los pacientes tengan problemas con alteraciones del sueño.

Otros de los efectos colaterales más comunes de los ISRS es la disfunción sexual, que puede presentarse como una libido disminuida, orgasmos retardados o anorgasmia (incapacidad para llegar al orgasmo) tanto en hombres como en mujeres (Cooper, 1988). Este es uno de los efectos colaterales más comunes que pueden ocurrir con esta clase de antidepresivos. Esto puede afectar de 15 a 30% de los pacientes. Sin embargo, la ventaja más grande de los ISRS es el hecho de que el perfil de sus efectos colaterales, en general, es mucho más favorable que el de los antiguos agentes, y que muchos pacientes reportan una notable mejoría sin efectos colaterales significativos. Con frecuencia, los efectos colaterales iniciales que ocurren disminuyen y/o desaparecen completamente dentro de un periodo corto. Sin embargo, si los efectos colaterales son intolerables o no disminuyen, entonces el cambiar a otro ISRS puede reducir el problema.

En contraste con los antiguos agentes, los ISRS son extremadamente seguros en las sobredosis y no son cardiotoxicos. El costo de estos agentes es mucho mayor que el de los antiguos agentes, puesto que no están disponibles en la actualidad en forma genérica. Sin embargo, cuando se considera la eficacia general y la rapidez de mejoría, algunos estudios están comenzando a suge-

rir que aun cuando el desembolso inicial de dinero por estos medicamentos puede ser mayor, al final pueden llevar a costos de salud más bajos cuando se comparan con los agentes antiguos.

Varias de las diferencias entre los ISRS tienen que ver con: (1) teratogenicidad (efectos fetales adversos), (2) interacciones entre fármacos y (3) vida media. El sistema de calificación teratogénico incluye las categorías A (riesgo muy bajo), B (mediano), C (moderado), D (severo) y X (extremo y contraindicado). De los ISRS, el único fármaco con categoría teratogénica B es la fluoxetina, y los demás tienen una calificación menos benigna de categoría C.

En términos de interacciones entre fármacos, hay un número creciente de preocupaciones y en algunos casos contradicciones categóricas entre los ISRS y otras clases de fármacos que son metabolizados por isoenzimas en el hígado, conocidas como isoenzimas hepáticas P450. En la actualidad hay un frenesí por las investigaciones en esta área, y parece que cada semana los fabricantes de los ISRS respectivos añaden nuevas advertencias de interacciones con otros fármacos o contraindicaciones. Por ejemplo, el fabricante de la fluvoxamina (Luvox) ahora marca como contraindicación a los fármacos de las isoenzimas específicas P450 subclase 3A4. Estos medicamentos incluyen cierta cantidad de antihistamínicos (Seldane e Hismanal), así como un medicamento usado con frecuencia por los gastroenterólogos (Prepulsid) y la triazolbenzodiazepina triazolam (Halción). Esto significa que si un ISRS en particular es suministrado en conjunto con cualesquiera de estos cuatro medicamentos, es probable que la interacción farmacocinética de estos agentes resulte en una elevación significativa de los niveles sanguíneos del otro fármaco, dando como resultado síntomas de toxicidad por fármaco u otras complicaciones físicas tales como arritmias cardíacas. Otro fármaco ISRS, la sertralina (Zoloft), también tiene señaladas algunas advertencias con respecto a la isoenzima P450 3A4; y la fluoxetina (Prozac) tiene algunas advertencias relacionadas con las isoenzimas P450 2D6 (Hirschfeld y Goodwin, 1988).

Éste es un asunto bastante complicado, pero hace surgir importantes consideraciones acerca de las interacciones entre fármacos, y es de utilidad que los psicólogos clínicos se vuelvan más astutos y capaces de seleccionar un ISRS específico dependiendo de qué otros medicamentos puede estar tomando el individuo (Beasley y Domseif, 1991). Este asunto tiene una relevancia

significativa para las poblaciones geriátricas que con frecuencia toman muchos otros medicamentos psicotrópicos y no psicotrópicos (con frecuencia hasta diez).

La vida media de un fármaco es una medida del tiempo requerida para que el nivel sérico del fármaco disminuya a 50%, suponiendo que no se está administrando más fármaco. La vida media de la sertralina (Zoloft) y la paroxetina (Paxil) es de aproximadamente un día, mientras que la vida media de la fluvoxamina (Luvox) es mucho más corta, necesitando dosis múltiples por día. La vida media de la fluoxetina (Prozac) y su metabolito activo (no inerte) es muy larga (aproximadamente 168 horas o más). Esto lo mismo es una ventaja que una desventaja, como lo es una corta vida media. Este tipo de vida es una ventaja cuando se cambia de un fármaco a otro; mientras que una larga vida media es una ventaja si el paciente decide unilateralmente no tomar el medicamento en un día en particular. Con el agente de vida larga, es menos probable que fluctúen los niveles sanguíneos, dando como resultando una probabilidad menor de cualquier cambio en el estado de ánimo o del resurgimiento de los síntomas. En contraste, la larga vida media de la fluoxetina y su metabolito (norfluoxetina) es problemática cuando uno debe estar cambiando de un ISRS a un IMAO debido a que el periodo de desintoxicación (el tiempo en el que ya *no* hay fármaco en el organismo) puede estar en el rango de 5 a 6 semanas (Feighner, Herbststein y Damlouji, 1985). Sin embargo, cuando se cambia de un ISRS de corta vida media a un IMAO, el periodo de desintoxicación, por lo general, es considerado mucho más corto, específicamente de dos semanas. Una desventaja de la corta vida media es que si los pacientes deciden de manera unilateral omitir o discontinuar una dosis, con frecuencia pueden experimentar un resurgimiento bastante rápido de los síntomas depresivos. Además, la disminución de los medicamentos de corta vida media es más probable que induzcan un síndrome similar al de la abstinencia si la disminución de la dosis es demasiado grande o demasiado rápida.

En este momento, los ISRS son claramente los agentes de elección de primera línea para el tratamiento de la depresión mayor. Son bien tolerados por mucha gente y no son letales en una sobredosis, no son cardiotoxicos y tienen un amplio margen de eficacia. Específicamente, éste incluye al menos tres o cuatro beneficios. Los tres beneficios claros para cada uno de los ISRS incluyen el hecho de que son antidepresivos efectivos, buenos agentes ansiolíticos (antiansiedad), así

como excelentes agentes antiobsesivos. Un cuarto beneficio posible es que pueden, además de su eficacia antiobsesiva, tener una eficacia anticomulsiva. Es por esto que los cuatro fármacos ISRS (Prozac, Luvox, Zoloft y Paxil) están formalmente aprobados en la actualidad para el tratamiento de TOC.

Antes de revisar los IMAO, debemos verificar los otros cuatro nuevos agentes que están disponibles en Estados Unidos, además de los cuatro ISRS que acabamos de ver. Estos cuatro agentes, a fin de introducirse en dicho país, incluyen el bupropion (Wellbutrin), la venlafaxina (Effexor), la nefazodona (Serzone) y la mirtazapina (Remeron).

ANTIDEPRESIVOS ATÍPICOS: BUPROPION (WELLBUTRIN)

Este nuevo agente es comercializado principalmente como un antidepresivo "atípico", así nombrado debido a que su mecanismo de acción sigue sin aclararse. Algunos investigadores consideran que este es un IRDN, un inhibidor de la recaptura de dopamina y norepinefrina, debido a algunos reportes anecdóticos de los efectos colaterales del SEP similares a los de los neurolepticos. La principal forma en la que los fabricantes de este agente tienden a comercializar el fármaco es enfatizando el hecho de que éste tiene muy pocas probabilidades de causar una disfunción sexual. En las pruebas clínicas, la incidencia de la impotencia y del libido disminuida no fue estadísticamente muy diferente a la del placebo (Gardner, 1983).

La principal preocupación del fabricante y de quienes la prescriben es el hecho de que es levemente más epileptogénica (produce convulsiones) que otros antidepresivos, específicamente con una incidencia aproximada de 0.4% (4/1,000). En una observación más detallada de los experimentos clínicos, aquellos que tuvieron convulsiones tendieron a ser los individuos cuya dosis fue elevada por encima de 450 mg por día y cuyo porcentaje de incremento del medicamento fue mayor que el recomendado de 150 mg, por cada incremento en la dosis. El bupropion está contraindicado en tres situaciones específicas: (1) cualquier historial de convulsiones o trauma craneoencefálico previo, (2) tumor en el SNC y (3) cualquier medicamento o régimen de tratamiento concomitante que disminuya el umbral de las convulsiones (por ejemplo, antipsicóticos, otros antidepresivos o el retiro abrupto de benzodiazepina). En general, este medicamento es relativa-

mente bien tolerado por muchos pacientes y es una opción a considerar si la disfunción sexual es preocupante. En las pruebas clínicas, aproximadamente 10% de los pacientes discontinuaron el tratamiento debido a los efectos colaterales. Los efectos colaterales comunes (aquellos que ocurrieron con una incidencia mayor de 20% en las pruebas clínicas) incluyen temblor (21.1%), mareos (22.3%), incremento en la transpiración (22.3%), náusea (22.9%), pérdida de peso (23.2%), dolor de cabeza/migraña (25.7%), estreñimiento (26.0%), boca seca (27.6%) y agitación (31.9%). Otra contraindicación podría encontrarse en alguien que tiene una alergia conocida o hipersensibilidad al fármaco o que está en terapia IMAO concomitante.

VENLAFAXINA (EFFEXOR)

Este nuevo antidepresivo por lo general es considerado como un inhibidor de la recaptura de serotonina y norepinefrina (IRSN). Como tal, tiene las ventajas y desventajas de la serotonina pero sin todos los efectos colaterales de los primeros y más antiguos antidepresivos. En las pruebas clínicas, la principal preocupación fue un incremento sostenido en la presión arterial diastólica supina (PADS). Sin embargo, por lo regular este efecto secundario resulta dependiente de la dosis, con aproximadamente entre 1 y 2% de pacientes que lo experimentan en dosis entre los 100 y 150 mg; de 3 a 4% en dosis de 200 a 300 mg; y aproximadamente 6% de los pacientes lo experimentan en dosis más altas de 300 mg. El fármaco tiene una propensión relativamente baja a inducir convulsiones, y la inhibición eyaculatoria fue observada en aproximadamente 10% de los casos en las pruebas clínicas. Una posible desventaja de este agente, que lo convertiría en un agente de segunda opción, más que uno de primera, es el hecho de que requiere dosis bid (dos veces al día), o bien, tid (tres veces al día). Si el medicamento es efectivo pero al mismo tiempo produce un incremento en la presión sanguínea, el paciente con frecuencia podrá ser mantenido en la dosis terapéutica del fármaco, junto con un tratamiento antihipertensivo estándar (inhibidores ACE, bloqueadores beta, vasodilatadores, bloqueadores de los canales de calcio, etc.).

Aproximadamente 19% de los participantes en las pruebas clínicas discontinuaron el uso del tratamiento debido a los efectos colaterales. Los más comunes incluyeron boca seca (22%), somnolencia (23%), dolores de cabeza (25%) y náusea (37%).

NEFAZODONA (SERZONE)

La nefazodona es análoga a la trazodona. Por lo general es considerada como un inhibidor de la recaptura de serotonina y norepinefrina a nivel presináptico y un antagonista del subreceptor-2 de serotonina (5-HT) a nivel postsináptico. Su mecanismo de acción por lo regular es indicado como IRSN-5HT₂. Es considerada por muchos como un inhibidor "mixto" de la recaptura en el sentido que éste tiene acción en ambos lados de la sinapsis. Aunque esto hace a la nefazodona única, no sugiere ninguna eficacia mayor o alguna disminución de la latencia de su inicio de acción. La principal preocupación que deben tener los psicólogos clínicos tiene que ver con su perfil de efectos colaterales que se compara con los de otros agentes nuevos. Los efectos colaterales más significativos experimentados en las pruebas clínicas incluyen: náusea (22%), somnolencia (25%), boca seca (26%) y dolores de cabeza (36%). Su vida media es aproximadamente de dos a cuatro horas, de forma que se necesitan múltiples dosis al día. Al igual que todos los demás antidepresivos nuevos, tiene un riesgo letal relativamente bajo por sobredosis y está asociado con una baja incidencia de disfunción sexual inducida por el fármaco, tanto en hombres como en mujeres. Otros riesgos siguen siendo algo desconocidos debido a lo nuevo del agente.

MIRTAZAPINA (REMERON)

Al igual que la nefazodona, la mirtazapina es un inhibidor "mixto" de recaptura debido a que éste también ejerce acción sobre ambos lados de la sinapsis. Es análogo a otro antidepresivo disponible en Europa, conocido como Mianserin, y en realidad es un antidepresivo tetracíclico. Su mecanismo dual de acción consiste en que éste es (a nivel presináptico) un bloqueador del autorreceptor alfa 2 adrenérgico, y un antagonista 3 de 5-HT (serotonina) a nivel postsináptico. El "fondo" de este mecanismo de acción dual es que tampoco tiene una mayor eficacia, o una latencia del inicio de acción más corta. En este caso, la principal preocupación clínica podría ser la de su perfil de efectos colaterales, comparada con la de otros agentes nuevos. Hasta el momento en que se escribió este capítulo, la mirtazapina ha sido aprobada por corto tiempo, de forma que faltan datos tanto de sus efectos a largo plazo como de su eficacia. Se necesitan más estudios *doble ciego* y de placebo controlado para una evaluación mayor.

En general, los nuevos agentes antidepresivos son por lo regular mejor tolerados que los antiguos agentes. En mi experiencia, los ISRS tienden a ser elegidos como agentes de primera línea, con los otros cuatro nuevos medicamentos como agentes de segunda línea. Los agentes más antiguos están siendo relegados al "Museo Smithsonian de Psicofarmacología", excepto en raras ocasiones (por ejemplo, aumento del periodo refractario del tratamiento, historia familiar de una especificidad de respuesta a un agente antiguo o haber agotado las pruebas clínicas adecuadas de todos los agentes nuevos).

INHIBIDORES DE LA MONOAMINOOXIDASA (IMAO)

Uno de los primeros IMAO que fue ampliamente recetado era conocido como iproniazida (Marsilid) (Quitkin, Rifkin y Klein, 1979). Cuando se descubrió que éste podía causar toxicidad en el hígado, esto condujo al desarrollo de los tres inhibidores de la MAO actualmente disponibles, que incluyen a los IMAO no hidracínicos como la tranilcipromina (Parnate); los IMA de la hidrazina como la isocarboxazida (Marplan), y la fenelzina (Nardil). Sin embargo, el Marplan por lo general no se utiliza y en la actualidad existe únicamente un suministro de uno o dos años que está disponible sólo con base en su uso compasivo.

En general, los IMAO no son agentes de primera opción para la depresión, debido a restricciones dietéticas y contraindicaciones con otras prescripciones y con medicamentos sin receta (SR) (McGrath, Quitkin, Harrison y Stewart, 1984). Sin embargo, una vez que los pacientes se aprenden la dieta, estos fármacos son mucho mejor tolerados de lo que piensa la mayoría de la gente que podrían ser. Algunos grupos de investigadores y psicólogos clínicos creen que los IMAO, como una clase, pueden ser el tratamiento de elección para la llamada depresión mayor atípica, que podría incluir síntomas como el dormir demasiado (hipersomnia), comer en exceso (hiperfagia) con ganancia de peso, sensibilidad al rechazo, ansiedad de pánico y variación diurna invertida del estado de ánimo (el estado de ánimo empeora conforme avanza el día, en lugar de mejorar). Además, los IMAO están por lo general reservados para casos de depresión mayor resistente al tratamiento (Rabkin, Quitkin, McGrath, Harrison y Tricamo, 1985). En casos donde se usan otros antidepresivos, se necesita un periodo de "limpieza" antes de cambiar al IMAO. Por ejemplo, con tres de los cuatro ISRS nuevos (Zo-

loft, Paxil y Luvox), por lo general se recomienda un periodo de desintoxicación de dos semanas, mientras que con la fluoxetina (Prozac) se recomienda uno de cinco a seis semanas debido a la larga vida media de la norfluoxetina, un metabolito no inerte del compuesto original (Lemberger, Bergstrom, Wolen, Farid, Enas y Aronoff, 1985).

Como se indicó antes, la principal preocupación con esta clase de antidepresivos es la dieta restringida y el tener que evitar medicamentos que contengan aminas simpaticomiméticas (Shulman, Walker, MacKenzie y Knowles, 1989). Aunque las reacciones tóxicas a esta clase son poco comunes, requieren de una discontinuación inmediata, así como del tratamiento de los síntomas de las crisis hipertensivas, que pueden presentar una situación severa y potencialmente fatal. Cuando los IMAO se toman con alimentos o medicamentos que contienen tiramina, se necesitan tratar los síntomas de manera inmediata y agresiva al tiempo que el uso del fármaco se discontinúa rápidamente. Los ejemplos de alimentos con alto contenido de tiramina que deberán evitarse son el chucrut, los ejotes, la carne seca, los arenques en conserva y el queso añejo. La principal preocupación que resulta del uso de estos agentes y los productos que contienen tiramina y/o fármacos simpaticomiméticos es una crisis hipertensiva que en el peor de los casos podría dar como resultado un serio ataque al corazón. La hepatotoxicidad ocurre en casos raros con los IMAO de hidrozina actualmente disponibles; asimismo, un síndrome central de serotonina (caracterizado por severa agitación) también puede ocurrir algunas veces con los IMAO cuando son combinados con los ISRS más nuevos.

En general, los IMAO son relegados para su uso en la depresión atípica que no ha respondido a otros antidepresivos nuevos y/o en la depresión mayor refractaria al tratamiento. Debido a las restricciones de dieta y a las contraindicaciones de uso con otros fármacos, los inhibidores de la MAO no son tan ampliamente usados como los otros inhibidores antidepresivos no MAO,

pero siguen siendo, con una buena educación del paciente, un tratamiento efectivo de elección.

PSICOESTIMULANTES

Este grupo de agentes ha sido estudiado en el tratamiento de la hiperactividad desde finales de la década de 1930. Los tres agentes que están aprobados por la Administración de Alimentos y Medicinas (Food and Drug Administration) (FDA) para tratar TDAH en niños y adolescentes son la dextroanfetamina (Dexedrina, Adderall), la pemolina de magnesio (Cylert) y el metilfenidato (Ritalin). El término usado para describir a estos medicamentos, *psicoestimulantes*, se deriva de su tendencia a incrementar la actividad del SNC en algunas regiones del cerebro (Chiarello y Cole, 1987). Aunque también están formalmente aprobados para usarse en la narcolepsia, estos tres agentes se usan principalmente para el tratamiento del TDA/TDAH en niños y adolescentes.

En años recientes, con el aumento del conocimiento del TDA/TDAH, se ha diagnosticado y tratado a más adultos con los mismos agentes usados en las poblaciones de niños y adolescentes (Rickels, Gordon, Gansman *et al.*, 1970). En general estos tres agentes se usan para tratar tales síntomas cognoscitivos y conductuales como la falta de atención, la dificultad para concentrarse, el funcionamiento cognoscitivo general, la irritabilidad y la impulsividad.

Algunas de las estrategias típicas de dosificación y las diversas propiedades farmacológicas de estos tres agentes están listadas en la tabla 12.7. Debe notarse que el metilfenidato (MF) también se presenta en una fórmula de liberación prolongada (LP) en virtud de que tiene una vida media relativamente corta de 2 a 4 horas. Los padres y maestros con frecuencia notarán un efecto similar al rebote al final del periodo de administración de la dosis, cuando comienzan a surgir algunos de los síntomas del TDA/TDAH (Wender, Reimherr, Wood *et al.*, 1985). De los tres agentes disponibles, el

Tabla 12.7 Psicoestimulantes

NOMBRE GENÉRICO	NOMBRE COMERCIAL	RANGO DE DOSIS	VIDA MEDIA	FORMULACIÓN LP	DURACIÓN DEL EFECTO
Dextroanfetamina	Dexedrine	5-60	6-9 h	N	3-5 h
Metilfenidato	Ritalin	5-80	2-4 h	S	2-4 h
Pemolina	Cylert	18.75-112.5	8-12 h	N	5-8 h

MF es probablemente el que más se usa a nivel mundial. Una preocupación especial relacionada con el uso de la dextroanfetamina es el hecho que es una sustancia controlada del esquema II. Como tal, hace surgir implicaciones acerca de los asuntos de adicción/dependencia y, por esta razón, se usa con menos frecuencia que los otros medicamentos.

Un uso menos común de los psicoestimulantes es en el episodio de depresión mayor refractario/resistente al tratamiento, aunque ésta es una indicación no autorizada para su uso. Esta estrategia algunas veces se emplea como una estrategia de aumento o de potenciación junto con un antidepresivo administrado concurrentemente en la depresión mayor que no responde al tratamiento o que sólo responde en forma parcial a los agentes típicos.

Algunos de los efectos colaterales más comunes reportados contienen un síndrome de activación, que incluye nerviosismo e insomnio. Puede haber dolores de cabeza, así como molestias estomacales y pérdida del apetito, situación que se relaciona con la pérdida de peso. Estos efectos colaterales con frecuencia disminuyen o desaparecen después de las primeras semanas de tratamiento. Otros efectos colaterales menos comunes pero más serios que pueden ocurrir con el uso de los psicoestimulantes incluyen un incremento en la presión sanguínea, pesadillas, salpullido, latidos rápidos del corazón (taquicardia) y funcionamiento alterado del hígado (en especial con la pemolina).

Algunos reportes iniciales sugirieron que el uso de estos agentes podía impedir el crecimiento si eran usados por largos periodos, aunque investigaciones posteriores a estos estudios iniciales tienen resultados mixtos. Lo que parece estar desarrollándose como parte de una bibliografía y el consenso médico es que una vez que se discontinúa el uso de los psicoestimulantes en la adolescencia, el brote de crecimiento que con frecuencia ocurre en este momento es probable que pueda compensar cualquier impedimento en el crecimiento que haya ocurrido al inicio. La altura final en general no está comprometida.

Con frecuencia un factor interesante a notar al usar estos agentes, es que los psicólogos clínicos pueden esperar lograr un inicio de acción mucho más rápido, al primer o segundo día de alcanzar los niveles terapéuticos. Esto contrasta con algunos de los agentes más tradicionalmente usados en la psicofarmacología, como los antidepresivos, que con frecuencia tienen una latencia de inicio de acción de aproximadamente un mes. Los que lo prescriben pueden obtener una percepción

bastante rápida de si el paciente responderá al medicamento o no.

El uso de los psicoestimulantes en el TDA/TDAH se complica con la comorbilidad. Por ejemplo, muchos niños con TDA tienen un trastorno desafiante oposicionista (TDO) comórbido o un trastorno de conducta. Otras condiciones comórbidas que pueden ocurrir con frecuencia son los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, así como los problemas de aprendizaje. Estos ejemplos de comorbilidad pueden afectar tanto a las intervenciones de tratamiento farmacológicas como a las psicosociales. También deberá notarse que es extraño que el uso de estos agentes se haga fuera del contexto del empleo simultáneo de estrategias psicoeducativas y cognoscitivas-conductuales. Con frecuencia, a través del uso de numerosas escalas de calificación por parte de padres y de maestros del TDA/TDAH, se puede hacer una evaluación pretest y postest de los efectos del medicamento. Esto puede proporcionar una ayuda valiosa al psicólogo clínico para que se dé cuenta si el psicoestimulante es efectivo.

Por una razón u otra, aproximadamente de 5 a 20% de los pacientes no responde bien a los medicamentos estimulantes y termina tratando con otro tipo de medicamento por sus posibles efectos anti-TDA. Ejemplos de algunos de estos agentes incluyen a varios de los antidepresivos tricíclicos, clonidina y bupropion. El uso de algunos de estos nuevos antidepresivos en el tratamiento del TDA/TDAH no es bien conocido, y los estudios son limitados.

En general, el riesgo de efectos colaterales a largo plazo sigue siendo bajo y de este modo la razón general beneficio entre riesgo de este grupo de medicamentos sigue siendo muy buena. El establecer días de descanso del fármaco, así como hacer uso de las diversas escalas de calificación en forma serial le ayudará al psicólogo clínico a saber cómo aumentar la dosis del fármaco para lograr niveles terapéuticos, así como también para saber cuándo comenzar a disminuir y descontinuar el medicamento. También debe señalarse que estos agentes no están aprobados para su uso en niños menores de 6 años de edad.

¿EL PSICÓLOGO COMO UNA PERSONA QUE RECETA?

En años recientes ha habido un creciente interés por parte de ciertos psicólogos, principalmente clínicos, en obtener privilegios para recetar. Este ha sido un tema

sujeto a un acalorado debate dentro de los círculos psicológicos. En la convención anual de 1996 en Toronto, el Consejo de representantes (Council of representatives) aprobó dos documentos que tenían que ver con un modelo de curriculum y un modelo de legislación desarrollado por la Fuerza de tarea sobre los privilegios de prescripción del comité para el avance de la psicología profesional de la APA (CAPP), que yo presidía. Esta fuerza de tarea propuso sus conclusiones al CAPP, que entonces tomó las recomendaciones relativas al modelo de curriculum y modelo de legislación para un grupo compuesto por tres direcciones que incluyeron el Consejo de asuntos educativos (Board of educational affairs, BEA), el Consejo de asuntos profesionales (Board of professional affairs, BPA), y el Consejo de asuntos científicos (Board of scientific affairs, BSA). Este último grupo revisó los documentos e hizo recomendaciones a la junta de directores y al consejo, y fue finalmente adoptado en la anteriormente mencionada reunión en Toronto y en Ontario, Canadá. De este modo, por vez primera, la APA hizo una declaración formal para aquellos dentro de la organización indicándoles que les daba su "bendición" para proceder con el desarrollo de estas dos áreas para quienes tenían un interés en el logro formal de los privilegios de la prescripción.

Históricamente había algunos desarrollos iniciales e interesantes relacionados con los privilegios de prescripción. Dentro del Indian health service (IHS), había cierto número de psicólogos que prescribían usualmente a partir de una lista limitada (una lista de agentes que se les permitía usar) y en forma dependiente. Es decir, ellos escribían la prescripción y ésta era firmada también por un médico supervisor. Obviamente, había psicólogos que estaban en asentamientos extremadamente rurales, donde la cobertura psiquiátrica para la prescripción de los psicotrópicos era limitada, o inexistente. No fue sino hasta los años recientes cuando la Asociación psiquiátrica estadounidense (ApA) se dio cuenta que esto estaba ocurriendo y, a través de presión legislativa y política, forzó a que esta práctica se discontinuase. Sin embargo, este desarrollo no era más que el inicio de otro ataque que la ApA estaba lanzando en contra de la Asociación estadounidense de psicología (APA) con relación a otro programa dentro de la milicia.

Otro desarrollo temprano que inició en California fue un grado académico, en la década de 1970, llamado Doctorado en salud mental (DSM), en el que se intentó mezclar la capacitación en psicología clínica con la de la psiquiatría. Aquellos pocos aprendices de este

programa DSM esencialmente tomaron cursos similares a la residencia psiquiátrica y se graduaron con este grado único, pero nunca terminaron prescribiendo formalmente. Al final, el programa se canceló.

Los desarrollos más recientes al inicio de la década de 1990 ocurrieron cuando el Departamento de la Defensa, a solicitud del senador Daniel Inouye (demócrata de Hawaii) recomendó un Proyecto de Demostración Psicofarmacológico (PDP), que ahora está en su cuarta generación. La primera generación del PDP tiene graduados, dos de los cuales prescriben medicamentos dentro de una instalación hospitalaria militar con un formato limitado. Sus prescripciones son firmadas por un médico supervisor de éstas.

Este programa ha sido objeto de un intenso escrutinio y de oposición por parte de la ApA, y el costo-efectividad del programa será evaluado por el Colegio nacional de neuropsicofarmacología (National college of neuropsychopharmacology). La primera generación del programa asemejó mucho a un programa de capacitación médico escolar, pero las generaciones/versiones más recientes del PDP han sido acortadas principalmente eliminando algunos de los trabajos más técnicos en clase y enfatizando más la práctica clínica con supervisión. Quienes se capacitaron inicialmente en el programa y que ahora están prescribiendo medicamentos sienten que muchos de los cursos que tomaron antes de la práctica fueron totalmente irrelevantes para su práctica actual de prescripción. Los nuevos graduados de la tercera y cuarta generación del programa se graduarán en poco tiempo, pero el programa continúa siendo un objetivo para la Asociación psiquiátrica estadounidense. Constantemente atacan a este programa con recortes de fondos y finalmente para discontinuarlo se basan en la premisa de que, desde su perspectiva, es peligroso para los pacientes que los psicólogos prescriban.

A principios de la década de 1990, el Consejo de asuntos profesionales (CAP) patrocinó un retiro de otoño en el que se enfocó la posibilidad de que los psicólogos prescribieran medicamentos. De esta reunión surgió un consenso general de que sería razonable y factible lograr los privilegios de la prescripción. Su trabajo fue finalmente turnado a varias facciones dentro de la administración y el gobierno de la APA; al año siguiente fue creada la fuerza de tarea de la APA sobre los privilegios de prescripción, citada anteriormente. En esta fuerza de tarea se incluían principalmente académicos y un psicólogo clínico de tiempo completo (yo

mismo). A partir de esta fuerza de tarea, que principalmente se enfocó a la posibilidad y conveniencia de que los psicólogos prescriban medicamentos, surgió la ahora infame diferenciación entre nivel I, nivel II y nivel III. El nivel I simplemente tiene que ver con la exposición a la psicofarmacología; el nivel II por lo general tiene que ver con las experiencias que llevan a una colaboración más activa con los médicos en la prescripción de los psicotrópicos; el nivel III fue considerado como una representación ilimitada, independiente de privilegios de prescripción para los psicólogos. Las recomendaciones de la Fuerza de tarea de la APA sobre los Privilegios de prescripción fueron enviados al consejo de directores; varios líderes dentro de las autoridades de la APA comenzaron a definir qué plan de estudios y modelos legislativos podrían ser necesarios para poder establecer los privilegios de la prescripción.

Poco tiempo antes del desarrollo de la Fuerza de tarea CAPP anteriormente mencionada, fue establecido un panel especial en el estado de California, que también, a través de un consenso de grupo, desarrolló un modelo de plan de estudios para los psicólogos que podrían estar interesados en el desarrollo de esta subespecialidad. Este panel especial comprendía tanto a personas que prescriben como a personas que no prescriben, y los casi 30 miembros del panel desarrollaron su conjunto de recomendaciones para el plan de estudios. Poco tiempo después, se le encomendó a la Fuerza de tarea del CAPP sobre los privilegios de prescripción desarrollar su propio modelo de legislación y plan de estudios. Como parte de su trabajo, revisaron el modelo del plan de estudios del panel especial y adoptaron muchas de sus recomendaciones con algunas revisiones.

Junto con el creciente interés entre los psicólogos clínicos para apoyar los privilegios de prescripción para los psicólogos, hay cierto número de fuerzas de competencia dentro de la profesión que se oponen activamente a esta tarea. Han aparecido muchos artículos críticos de este movimiento en la revista mensual para psicólogos, el *Monitor APA* (*APA Monitor*), y hay una o dos organizaciones específicas que se están publicitando como opositoras activas a los privilegios de prescripción. Sin embargo, la mayor parte de estas organizaciones fueron formadas y sostenidas por psicólogos académicos en lugar de psicólogos clínicos de tiempo completo.

Al mismo tiempo que este grupo de oposición creció y comenzó a movilizarse, más y más divisiones dentro de la APA comenzaron a buscar seriamente cómo

integrar la práctica psicofarmacológica en la práctica clínica. Como un ejemplo de esto, la División 16 (Psicología escolar) desarrolló una fuerza de tarea para atender los asuntos de la psicofarmacología. Esto se debió a que muchos de sus miembros están trabajando en ambientes educativos donde un gran porcentaje de niños están diagnosticados con TDA/TDAH y están tomando psicoestimulantes. Estos psicólogos con frecuencia se encuentran en la posición de hacer recomendaciones (informalmente) acerca de los psicoestimulantes para los psicólogos practicantes en general/familiares. Además, la División 39 (Psicoanálisis) también comenzó a ser más receptiva de las formas en que puede integrar la psicofarmacología con el psicoanálisis. En la decisión de la junta del Consejo de 1994 de la División 39, hubo un voto afirmativo en la dirección del apoyo a aquellos psicólogos que están inclinados a buscar una capacitación que finalmente pudiera llevarlos a los privilegios de la prescripción.

Además de las diversas actividades de las divisiones, un creciente número de asociaciones estatales y provinciales de psicólogos ha desarrollado sus propias fuerzas de tarea para los privilegios de prescripción dentro de sus respectivos estados o provincias. Hasta este momento, cierto número de estados ha intentado introducir una legislación con respecto a los privilegios de la prescripción. La mayor parte de los estados que han hecho esto son en gran parte rurales y se han encontrado con una enorme oposición de la comunidad médica (específicamente de la comunidad psiquiátrica). Dos estados que han sido muy agresivos al tratar de obtener una ley en sus legislaturas son Hawaii y California. Hasta el momento en que se escribió este artículo, se estima que entre cinco y diez estados iniciarán en breve un esfuerzo coordinado (con contribuciones de datos legales y consejos del directorio de la práctica) por introducir una declaración sobre los privilegios de la prescripción en la legislación. Hasta este momento, el modelo de legislación y el modelo del plan de estudios desarrollado por la Fuerza de tarea de CAPP sobre los Privilegios de la prescripción es considerado, por lo general, como la base sobre la que la mayor parte, si no todas, las asociaciones estatales y provinciales psicológicas deberán proceder.

Otro desarrollo dentro de la APA, como una función del énfasis mayor sobre la psicofarmacología y la subespecialización, es la posibilidad de que el Colegio nacional les ofrezca el crédito de un área formal de subespecialidad. Esto le podría permitir a los miembros que

están buscando obtener reentrenamiento comercializar su subespecialidad con el público. El Colegio nacional ya ha desarrollado un examen para probar la competencia en el área de adicciones y abuso de sustancias, y está contemplando desarrollar un módulo en el área de psicofarmacología.

Aun otro desarrollo que surgió de la primera Fuerza de tarea sobre psicofarmacología es el Consejo de asuntos educativos (CAE) que trabaja en la especificación de cómo funcionaría la capacitación a niveles tanto de licenciatura como de posgrado en el nivel I. Esta Fuerza de tarea del nivel I está presidida por el doctor Marlyne Kilbey, un académico/investigador en Michigan. Su meta es desarrollar un modelo de plan de estudios que podría ser consistente con la capacitación del nivel I (exposición). Además, más compañías farmacéuticas parecen acudir a las reuniones anuales de la APA, estableciendo cubículos y distribuyendo bibliografía, mientras que más firmas de EC (Educación continua) están comercializando talleres de psicofarmacología, cursos para estudiar en casa, así como certificaciones de especialidad basadas en los diversos números de horas de capacitación.

Parece que la mayoría de los psicólogos clínicos (aproximadamente dos terceras partes) favorecen y apoyan los privilegios de prescripción, mientras que el apoyo de los académicos/investigadores por lo general no es tan fuerte. Un creciente número de asociaciones de psicología provinciales y estatales están solicitando módulos de educación continua psicofarmacológica en sus reuniones anuales. El Instituto de posdoctorado (IPD) de la División 12, en su reunión anual, siempre tiene al menos un programa sobre psicofarmacología. Actualmente, la tendencia se dirige claramente hacia tratar de proporcionar apoyo a aquellos que tienen interés en obtener recapitación en esta área de subespecialidad. Esto será mucho más fácil si es apoyado por la profesión en su conjunto. El reciente reconocimiento formal del modelo de legislación y el modelo de planes de estudios, piezas que fueron enviadas al Consejo de representantes (Council of representatives) y aprobadas en la reunión anual de 1996 en Toronto, son un gran paso en esta dirección.

Sin embargo, la oposición a esta subespecialidad continuará. Las principales razones dadas por quienes se oponen a ella tienen que ver con la creencia de que esto incrementará dramáticamente las tasas de los seguros por errores en la práctica y que esto cambiará de hecho la identidad de los psicólogos, por ejemplo, la

búsqueda de los privilegios de la prescripción sólo convertiría a los psicólogos en "psiquiatras *junior*" Obviamente, aquellos que están a favor de esta meta pueden ofrecer muchas razones por las cuales estos argumentos no son válidos. En este punto, parecería que cierto número de estados rurales tal vez desarrollen una legislación que lleve a un proyecto de ley exitoso antes de que se resuelvan los jalones políticos de guerra dentro de la Asociación estadounidense de psicología. Esto forzará a que se desarrolle un módulo de capacitación en cualesquiera de dichos estados y, una vez que esto ocurra, es probable que otros estados sigan el mismo proceso.

La psicología también está legítimamente preocupada en lo relativo a la interfase tanto con los Consejos de enfermeras y los denominados Consejos farmacológicos en cada uno de los respectivos estados, de modo tal que cuando los psicólogos obtengan los privilegios de prescripción, dichos esfuerzos se puedan coordinar para que puedan prescribir y/o dispensar los medicamentos. Aun si la psiquiatría tiene éxito inicialmente al "eliminar" la PDP a través de medios políticos, es probable que el ímpetu dentro de la psicología sea lo suficientemente grande de forma que de manera eventual un estado puede tener éxito. Es probable que siga el desarrollo dentro de otros campos tales como la optometría, la enfermería, la farmacología, y así sucesivamente, donde cada uno de estos grupos ha desarrollado exitosamente una legislación relacionada con los privilegios de prescripción dentro del campo de su práctica. Estos han sido capaces de convencer a los legisladores y a los consumidores de que ellos pueden recetar medicamentos de forma segura relacionados con el campo de su práctica y que el poder hacerlo así únicamente amplía su habilidad para ser efectivos. Esta idea es atractiva para muchos consumidores. Al mismo tiempo, sería bienvenida por muchos consumidores de los servicios psicológicos la oportunidad de recibir en un solo lugar y por un solo proveedor psicoterapia y farmacoterapia efectivas.

TENDENCIAS FUTURAS

El campo de la psicofarmacología continúa cambiando rápidamente. Los medicamentos recién introducidos se vuelven "anticuados" con rapidez con el advenimiento de agentes aun más nuevos con una eficacia igual o mayor, con pocos y menos graves efectos colaterales, y con mejores perfiles de interacción entre fármacos. Los siguientes avances importantes podrían ocurrir en el área que se encarga de encontrar mejores antidepresi-

vos con una latencia de inicio más corta, así como de encontrar fármacos neurolépticos/antipsicóticos que no tengan los efectos colaterales indeseables a largo plazo que tienen algunos de los medicamentos actuales. Por supuesto, la meta final es encontrar una cura para una o más de las enfermedades mentales graves.

Otro campo floreciente es el del trazado de mapas del cerebro y las técnicas de formación de neuroimágenes (por ejemplo, las denominadas TEP, Tomografía computarizada por emisión de un solo fotón SPECT, por sus siglas en inglés, IRMf). Mucho del interés reciente se ha enfocado en la estimulación magnética repetitiva transcraneal (EMRT) a fin de ayudar a hacer mapas y a modificar las relaciones entre cerebro y comportamiento. A través de estos nuevos métodos, los investigadores pueden ser capaces de probar los modelos largamente apoyados de la etiología de diversos trastornos (por ejemplo, el TOC o depresión mayor). Como resultado de esto, en el futuro los psicólogos clínicos podrán ser capaces de ser más específicos en los tratamientos con fármacos. Esto es, tendrán acceso a tecnologías y medicamentos que les ayuden a conocer más rápidamente qué parte del cerebro o qué sistema/subsistema de neurotransmisores está involucrado, y qué tratamiento será el más eficiente y el más eficaz.

Por último, los psicólogos tendrán éxito en el desarrollo del plan de estudios y de los modelos legislativos para comenzar a prescribir. Como muchos otros grupos de profesionales actuales (practicantes de enfermería, optometristas, etc.) serán capaces de ofrecer intervenciones farmacológicas consistentes con el alcance y práctica del tratamiento de enfermedades mentales.

REFERENCIAS

- Baldessarini, R. J. (1985). *Chemotherapy in psychiatry* (2nd ed.). Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Ballenger, J. C., Burrows, G. D., DuPont, R. L., Lesser, I. M., Noyes, R., Pecknold, J. C., Rifkin, A., & Swinson, R. P. (1988). Alprazolam in panic disorder and agoraphobia: Results from a multicenter trial: I. Efficacy in short-term treatment. *Archives of General Psychiatry*, 45, 413-422.
- Ballenger, J. C., & Post, R. M. (1980). Carbamazepine (Tegretol) in manic-depressive illness: A new treatment. *American Journal of Psychiatry*, 137, 782-790.
- Baxter, L. R., Schwartz, J. M., Bergman, K. S., Szuba, M. R., Guze, B. H., Mariotti, J. C., Alazvaki, A., Selin, C. E., Feung, H. K., Munford, R., & Phelps, M. E. (1992). Caudate glucose metabolic rate changes with both drug and behavior therapy for obsessive-compulsive disorder. *Archives of General Psychiatry*, 49, 681-689.
- Beardsley, R. S., Gardocki, G. J., Larsen, D. B., & Hidalgo, J. (1988). Prescribing of psychotropic medication by primary care physicians and psychiatrists. *Archives of General Psychiatry*, 45, 1117-1119.
- Beasley, C. M., & Dornseif, B. E. (1991). Fluoxetine and suicide: A meta-analysis of controlled trials of treatment of depression. *British Medical Journal*, 303, 685-692.
- Benet, L. Z., Mitchell, J. R., & Shemer, L. B. (1990). Pharmacokinetics: The dynamics of drug absorption, distribution and elimination. In A. G. Gilman, T. W. Rail, A. S. Nies, & P. Taylor (Eds.), *Goodman & Gilman's: The pharmacological basis of therapeutics* (pp. 1-32). New York: Pergamon Press.
- Bielski, R. J., Friedel, R. O. (1976). Prediction of tricyclic antidepressant response: A critical review. *Archives of General Psychiatry*, 33, 1479-1489.
- Carlson, G. A., & Goodwin, F. K. (1973). The stages of mania. *Archives of General Psychiatry*, 28, 221-228.
- Carpenter, W., Heinrichs, D. (1983). Early intervention, time-limited targeted pharmacotherapy of schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 9, 533-542.
- Carpenter, W. T., Hanlon, T. E., Heinrichs, D. W., Summerfelt, A. T., Kirkpatrick, B., Levine, J., & Buchanan, R. W. (1990). Continuous versus targeted medication in schizophrenic out-patients: Outcome results. *American Journal of Psychiatry*, 147, 1138-1148.
- Chiarello, R. J., & Cole, J. O. (1987). The use of psychostimulants in general psychiatry: A reconsideration. *Archives of General Psychiatry*, 44, 286-295.
- Coccaro, E. E., & Siever, L. J. (1985). Second generation antidepressants: A comparative review. *Journal of Clinical Pharmacology*, 25, 241.
- Cole, J. O., & Bodkin, J. A. (1990). Antidepressant drug side effects. *Journal of Clinical Psychiatry*, 51(Suppl. 1), 21-26.
- Comaty, J. E., & Janicak, P. G. (1987). Depot neuroleptics. *Psychiatric Annals*, 77, 491-496.
- Cooper, G. L. (1988). The safety of fluoxetine—an update. *British Journal of Psychiatry*, 153 (Suppl. 3), 77-86.
- Davis, K., Kahn, R., Ko, G., & Davidson, M. (1991). Dopamine in schizophrenia: A review and reconceptualization. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1474-1484.
- DeVeau-Geiss, J., Landau, R., & Katz, R. (1989). Preliminary results from a multicenter trial of clomipramine in obsessive-compulsive disorder. *Psychopharmacology Bulletin*, 25, 36-40.
- Donaldson, S. R., Glenberg, A. J., & Baldessarini, R. J. (1983). The pharmacological treatment of schizophrenia: A progress report. *Schizophrenia Bulletin*, 9, 504-527.

- Erickson, S. H., Bergman, J. J., Schneeweiss, R., & Smithson, E. (1980). The use of drugs for unlabeled indications. *Journal of the American Medical Association*, 243, 1543-1546.
- Feighner, J.P., Herbstein J., Damlouji, N. (1985). Combined MAOI, TCA, and direct stimulant therapy of treatment-resistant depression. *Journal of Clinical Psychiatry*, 46, 206-209.
- Gardner, E. (1983). Long-term preventive care in depression: The use of bupropion in patients intolerant of other antidepressants. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 44, 163-169.
- Gelenberg, A. J., & Schoonover, S. C. (1991). Bipolar disorder. In A. J. Gelenberg, E. L. Bassuk, & S. C. Schoonover (Eds.), *The practitioner's guide to psychoactive drugs* (3rd ed., pp. 127-131). New York: Plenum Press.
- Goodwin, F. K., Prange, A. J., Jr., Post, R. M., Muscettola, G., & Lipton, M. A. (1982). Potentiation of antidepressant effects by L-Tri-iodothyronine in tricyclic nonresponders. *American Journal of Psychiatry*, 139, 34-38.
- Greenblatt, D. J., Shader, R. I., & Abernethy, D. R. (1983). Current status of benzodiazepines. *New England Journal of Medicine*, 309, 354, 410.
- Hansten, P. D., & Hom, J. R. (1990). Drug interaction mechanisms and clinical characteristics. In *Drug interactions and updates*. Vancouver, WA: Applied Therapeutics.
- Hirschfeld, R. M., & Goodwin, F. K. (1988). Mood disorders. In J. A. Talbott, R. E. Hales, & S. C. Yudofsky (Eds.), *The American Psychiatric Press textbook of psychiatry* (pp. 38-49). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Jefferson, J. W., & Greist, J. H. (1977). *Primer of lithium therapy*. Baltimore, MD: Williams & Williams.
- Jefferson, J. W., Greist, J. H., & Ackerman, D. L. (1986). *Lithium encyclopedia for clinical practice* (2nd ed.). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Kales, A. (1982). Benzodiazepines in the treatment of insomnia. In E. Usdin, P. Skolnick, & J. F. Tallman (Eds.), *Pharmacology of benzodiazepines* (pp. 199- 217). New York: Macmillan.
- Kales, A. (1990). Quazepam: Hypnotic efficacy and side effects. *Pharmacotherapy*, 10, 1-12.
- Koch-Weser, J., & Frishman, W. H. (1981). Beta-adrenoceptor antagonists: New drugs and new indications. *New England Journal of Medicine*, 305, 500- 506.
- Langtry, H. O., & Benfield, P. (1990). Zolpidem: A review of its pharmacodynamic and pharmacokinetic properties and therapeutic potential. *Drug*, 40, 291-313.
- Lemburger, L., Bergstrom, R. F., Woolen, R. L., Farid, N. A., Enas, C. G., & Aronoff, G. R. (1985). Fluoxetine: Clinical pharmacology and physiology disposition. *Journal of Clinical Psychiatry*, 46(3),14-19.
- Levenson, J. (1985). Neuroleptic malignant syndrome. *American Journal of Psychiatry*, 142, 1137-1145.
- Lieberman, J., Kane, J., & Johns, C. (1989). Clozapine guidelines for clinical management. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 50, 329-338.
- Lieberman, J. (1996). Atypical antipsychotic drugs as a first-line treatment of schizophrenia: A rationale and hypothesis. *Journal of Clinical Psychiatry*, 57, 68-71.
- McGrath, P. J., Quitkin, F. M., Harrison, W., & Stewart, J. W. (1984). Treatment of melancholia with tranlycypromine. *American Journal of Psychiatry*, 141, 288-289.
- Pisciotta, A. V. (1969). Agranulocytosis induced by certain phenothiazine derivatives. *Journal of the American Medical Association*, 208,1862-1868.
- Pollack, M. H., Tesar, G. E., & Rosenbaum, J. F. (1986). Clonazepam in the treatment of panic disorder and agoraphobia: A one-year follow-up. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 6, 302-304.
- Post, R. M., Ballenger, J. C., Uhde, T. W., & Bunney, W. E. (1984). Efficacy of carbamazepine in manic- depressive illness: Implications for underlying mechanisms. In R. M. Post & J. D. Ballenger (Eds.), *Neurobiology of mood disorders*. Baltimore, MD: Williams & Wilkins.
- Post, R. M., Weiss, S. R. B., & Chuang, O. (1992). Mechanisms of action of anticonvulsants in affective disorders: Comparisons with lithium. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 12, 23S-35S.
- Prien, R. F, Kupfer, D. J., Mansky, P. A., & Eversole, D. (1984). Drug therapy in the prevention of recurrences in unipolar and bipolar affective disorders. *Archives of General Psychiatry*, 41, 1096-1104.
- Quitkin, F. M., Rifkin, A., & Klein, D. F. (1979). Monoamine oxidase inhibitors. *Archives of General Psychiatry*, 36, 749-760.
- Rabkin, J. G., Quitkin, F. M., McGrath, P, Harrison, W, & Tricamo, E. (1985). Adverse reactions to monoamine oxidase inhibitors: Part II: Treatment correlates and clinical management. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 5, 2-9.
- Rapoport, J. L. (1991). Recent advances in obsessive- compulsive disorder. *Neuropsychopharmacology*, 5, 1-10.
- Richelson, E. (1988). Synaptic pharmacology of antidepressants: An update. *McLean Hospital Journal*, 13, 67-88.
- Rickels, K., Gordon, P, Gansman, D., & Sports, T. (1970). Pemoline and methylphenidate in mildly depressed outpatients. *Clinical Pharmacotherapy*, 11, 698-710.
- Shulman, K. I., Walker, S. E., MacKenzie, S., & Knowles, S. (1989). Dietary restriction, tyramine, and the use of monoamine oxidase inhibitors. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 2, 397-402.

- Smith, D. E., & Wesson, D. R. (1983). Benzodiazepine dependency syndromes. *Journal of Psychoactive Drugs*, 15, 85-95.
- Stewart, J. W., Quitkin, F. J., & Klein, D. F. (1992). The pharmacotherapy of minor depression. *American Journal of Psychotherapy*, 46, 23-36.
- Ulenhuth, E. H., DeWit, H., Balter, M. B., Johanson, C. E., & Mellinger, G. D. (1988). Risks and benefits of long term benzodiazepine use. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 8, 161-167.
- Vestergaard, R., Amdisen, A., & Schow, M. (1980). Clinically significant side effects of lithium treatment. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 62, 193-200.
- Watsky, E. J., & Salzam, C. (1991). Psychotropic drug interactions. *Hospital and Community Psychiatry*, 42, 247-256.
- Weber, S. S., Saklad, S. R., & Kastenholz, K.V. (1992). Bipolar affective disorders. In M. A. Koda-Kimble, L. Y. Young, W. A. Kradjan, & B. J. Guglielmo (Eds.), *Applied therapeutics: The clinical use of drugs* (5th ed., 201-233). Vancouver, WA: Applied Therapeutics.
- Wender, P. H., Reimherr, F. W., Wood, D., & Ward, M. (1985). A controlled study of methylphenidate in the treatment of attention deficit disorder, residual type in adults. *American Journal of Psychiatry*, 142, 547-552.
- Winter, M. E. (1988). *Basic clinical pharmacokinetics*. Vancouver, WA: Applied Therapeutics.

LECTURAS ADICIONALES

Para los estudiantes de psicología que estén interesados en aprender más sobre psicofarmacología y quieran re-

visar textos para principiantes, J. Preston, J.H. O'Neal y M.C. Talaga (1994) tienen un manual dirigido específicamente "para terapeutas". Es el llamado *Manual de farmacología clínica para terapeutas (Handbook of clinical pharmacology for therapists)*. Cubre las intervenciones farmacológicas por medio del diagnóstico y las clases de fármacos. Un breve manuscrito anterior de J. Preston y J. Jonson (1993) intitulado *La psicofarmacología clínica ridículamente sencilla (Clinical psychopharmacology made ridiculously simple)* es lo que indica el título y ofrece una buena revisión de los psicotrópicos basados en los diversos síndromes clínicos (depresión, psicosis, etc.). El libro de Gelenberg y Schoonover (1991) se dirige al psicoterapeuta que no prescribe medicamentos y proporciona una revisión basada en las principales clases de fármacos psicotrópicos (véase la lista de referencia). El libro de J. S. Maxmen y N. G. Ward (1995) *Fármacos psicotrópicos: hechos rápidos (Psychotropic drugs: Fastfacts)*, que fue escrito para el público lego, provee un sumario de psicofarmacología fácil de usar para el estudiante, basado en nueve categorías de medicamentos, que son las más relevantes para la práctica de la salud mental.

Los diversos boletines de noticias son excelentes fuentes para el estudiante que quiere mantenerse al tanto en el siempre cambiante campo de la psicofarmacología (por ejemplo, *Noticias sobre psicofarmacología de niños y adolescentes (Child and adolescent psychopharmacology news)*, publicado por Guilford Press) y las revistas (por ejemplo, *CNS Spectrums*, publicado por MBL Communications).

CAPÍTULO 13

MEDICINA CONDUCTUAL/PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Kathy Sexton-Radek

INTRODUCCIÓN

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 incommensurables 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 sín-

tomas 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 DSM-IV (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 recípro-

ca, 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, terapias físicas 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). La figura 13.1 ilustra el detalle de este modelo referente a las interrelaciones del estrés, la vulnerabilidad al mismo, los acontecimientos de la vida y la forma de luchar.

A manera de respuesta, la enfermedad conductual ocurre cuando un proceso de enfermedad está presente, aunque los individuos pueden o no manifestar sintomatología (Mechanic y Volkart, 1961). Las respuestas sintomáticas extremas y la conducta patológica de la enfermedad son características de la hipocondría. Si los profesionales en este campo trabajan en una instalación médica, pueden encontrar individuos con esta condición. Tales individuos, por lo regular, *van de compras* al doctor y obtienen muchos tratamientos y prescripciones debido a que no están satisfechos o son incapaces de aceptar que están sanos y que no necesitan atención médica.

Los profesionales médicos y los psicólogos clínicos usan el término *agudo* en contraste con el *crónico* para describir la intensidad o la severidad de los síntomas y la *adaptación/desadaptación* para describir las conductas. Algo esencial para la comprensión que tiene un psicólogo clínico de la respuesta de un individuo, es la comprensión del estado mental del paciente cuando se le diagnostica una enfermedad o una afección. Seligman (1975) propuso un modelo por medio del cual las enfermedades del paciente precipitan una percepción

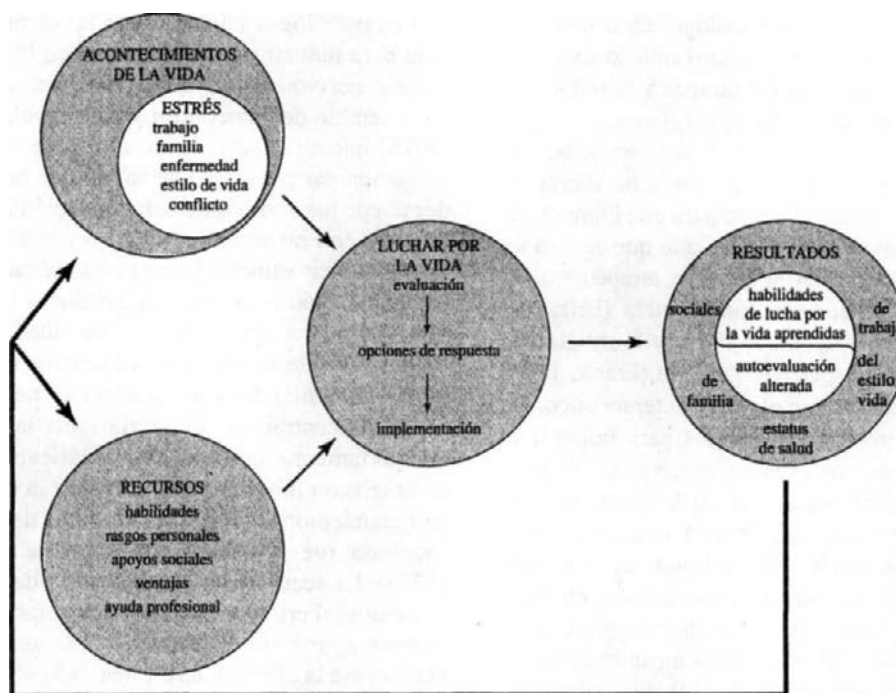


Figura 13.1 Tensión, acontecimientos de la vida y lucha por la misma.

Fuente: De Eldon Tunks y Anthony Belissimo. *Behavioral Medicine: Concepts and Procedures*, p. 6, Figura 1.1. Copyright © 1991 por Allyn and Bacon. Reimpreso bajo permiso.

de la pérdida que integra déficits motivacionales, emocionales, cognoscitivos y conductuales. Por consiguiente, este modelo basado en la conducta presume que la respuesta del individuo se generaliza a través de situaciones, interpretando una autopercepción de la enfermedad como la identidad de la persona. Realmente, puede ocurrir lo contrario: cuando mi hijo se descalabró, el personal médico se refirió a él como el "cabeza cortada" para propósitos de taquigrafía. Este comentario tiene la buena intención de resaltar el ajuste de la identidad personal y la condición médica.

La generalización de una actitud de pérdida de control se cree que impulsa al individuo a un comportamiento sintomático. Tunks y Belissimo (1991) indican que lo siguiente es un indicativo de la generalización de la pérdida de control.

- La superexcitación psicológica da surgimiento a los síntomas.
- La interferencia con las capacidades de atención.
- Sobrecarga del funcionamiento de la memoria y los problemas de recuperación de información.

- El despertar de conflictos, simbólica o conductualmente.
- El uso inadecuado de la información.
- Conducta de indefensión que confirma la actitud original de pérdida de control.

Los temas prevalecientes referentes a la generalización de la pérdida de control del paciente y a otras características de las enfermedades sirven como guía para el psicólogo clínico. El rol de los psicólogos clínicos es, en efecto, impartir estos importantes temas al paciente. La restauración de la salud, el reestablecimiento del autocontrol, el desarrollo de la autoeficiencia y el desarrollo de un comportamiento dirigido a la meta son la clave para asistir al paciente (para un ejemplo, véase a Manning y Wright, 1983). Los métodos de evaluación y las técnicas de tratamiento que son elegidos con cuidado y establecidos con habilidad después de un diagnóstico exacto sirven como un medio para lograr esta tarea. La evaluación y el tratamiento, puestos en perspectiva, son tradicionalmente conductuales o cog-

noscitivos-conductuales. Los psicólogos clínicos en esta área se esfuerzan para dar como resultado mediciones tales como la remisión de síntomas y la reducción en la severidad o en la duración de los síntomas. El método característico de educación y/o demostración que se usa en estos métodos provee un medio de alterar las creencias y para guiar al individuo para que logre el autocontrol. Varios teóricos han postulado que éste es un factor curativo esencial en el proceso terapéutico. El desarrollo de un sentido de competencia (Erickson, 1950), autoeficiencia (Bandura, 1977) y la instalación de una expectativa o esperanza positiva (Frank, 1973) están todos involucrados en el proceso terapéutico. En efecto, estos factores son necesarios para impartir el cambio. Congruente con el enfoque conductual, también puede ser identificado un patrón de aprendizaje fallido como un factor que contribuye a la ocurrencia de la enfermedad o afección. Por ejemplo, un individuo puede tener dolores de cabeza por la tensión, en parte debido a una incapacidad para manejar su agenda o interactuar con la gente. El resultado a menudo es un estilo de vida sobrecomprometido y caótico con poco tiempo para la relajación. Esto puede resultar posiblemente de la necesidad de luchar o de sostener una postura defensiva, que por lo general toma la forma de una tensión muscular sostenida. Este patrón de comportamiento se arraiga rápidamente.

En la práctica clínica, un diagnóstico se determina de una evaluación psicológica, que por lo regular incluye fuentes de entrevistas, observación y pruebas psicológicas. Además, un análisis funcional (Haynes y Wilson, 1979), que es una herramienta de evaluación conductual/cognoscitiva-conductual, puede ser usada por el psicólogo clínico para identificar conductas anteriores y consecuencias relacionadas con las conductas actuales. El resultado de esta evaluación es un marco de trabajo para la planificación del tratamiento. Esta metodología utiliza los métodos clínicos para el establecimiento de una relación cooperativa con el paciente para instalar el cumplimiento del tratamiento. La solicitud para registrar las conductas seguida por el auto-monitoreo provee una rica información acerca de la intensidad de los síntomas base, de la duración y de la severidad que se pueden usar para determinar la meta del tratamiento. La figura 13.2 proporciona una fórmula para la medicina conductual y sugiere que las quejas presentadas por el paciente son el punto central de su conducta de enfermedad.

Los psicólogos clínicos usan las técnicas de relajación para inducir una disminución en la velocidad del sistema nervioso autónomo y, a su vez, un incremento en el sentido de autocontrol y autorregulación. Benson (1975) inicialmente propuso el uso de las técnicas de relajación para el efecto de cambio de conducta. En la década de los años sesenta, la relajación progresiva fue apoyada con respecto a esto. En la actualidad, métodos más cognoscitivamente orientados implican que el uso de la imaginación o las autodeclaraciones (Everly, 1989) tiene un mayor apoyo en la comunidad científica. La modulación de la división del sistema nervioso autónomo-simpático del sistema nervioso periférico ocurre por la concentración voluntaria sobre la alteración del comportamiento de excitación. Clásicamente, se reduce la tensión muscular y el ritmo de la respiración. El entrenamiento de relajación como el desarrollado por Jacobson fue adelantado por Bernstein y Borkovec (1973). La secuencia de la relajación de los grupos de músculos, el criterio usado para detectar la relajación y el autorreporte antes y después de la relajación son las claves para la efectividad clínica. Nótese que se pueden encontrar muestras de las instrucciones de relajación en la sección de lecturas complementarias.

La biorretroalimentación es el monitoreo electrónico y el registro de las respuestas psicológicas dentro del cuerpo, "reinsertar en el sistema los resultados del desempeño anterior" (Norbert Weiner, matemático). La meta de dicha biorretroalimentación es incrementar la conciencia de los sucesos internos, para establecer el control sobre éstos, y generalizar el control del laboratorio a otras áreas de la vida de uno (Budzynski, 1973). La eficacia del tratamiento muestra resultados mezclados, en gran parte debido a la incapacidad para medir si ocurre el control de las variables fisiológicas (Budzynski, 1973). Jessup, Neufeld y Merskey (1979) reportaron que la eficiencia de la biorretroalimentación es equivalente a la de las técnicas de relajación. Los músculos comúnmente usados para el electromiograma (EMG) de la biorretroalimentación son identificados y se comparan con la queja presentada. De este modo, los que sufren de dolor de cabeza tipo tensional reciben biorretroalimentación de los músculos frontales o del cuello. Los resultados de los estudios de la biorretroalimentación con los dolores de cabeza tipo tensional reportan reducciones en la cantidad de dolores de cabeza en dos o tres años de seguimiento (Blanchard, 1987).

Meichenbaum (1976) estableció que la integración de una expansión conductual del método cognoscitivo de

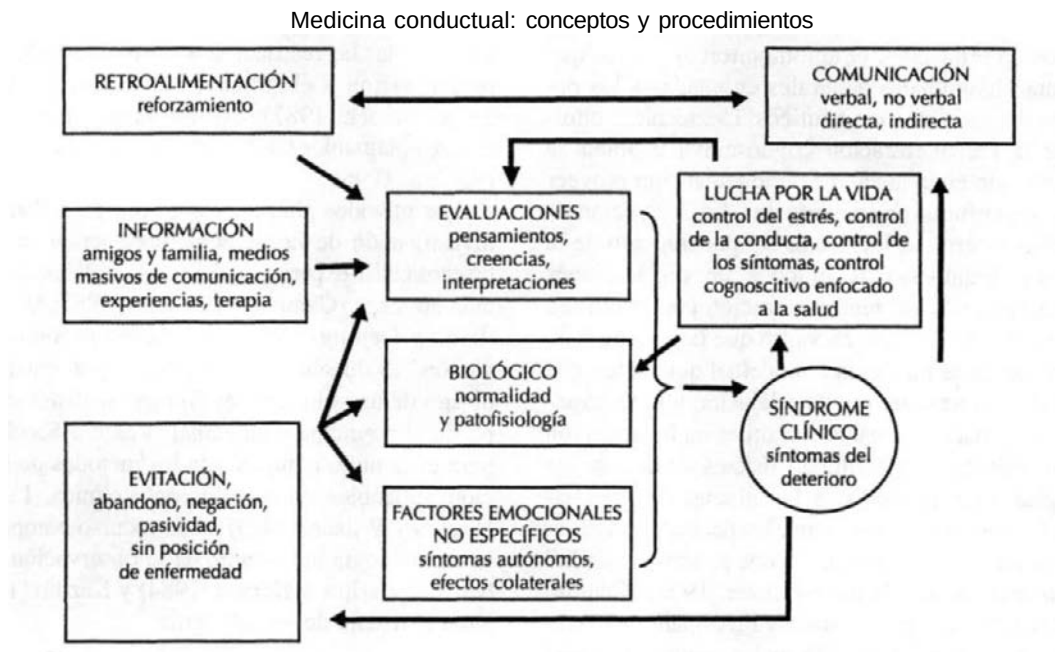


Figura 13.2 Algoritmo de la medicina conductual.

Fuente: De Eldon Tunks y Anthony Belissimo, *Behavioral Medicine: Concepts and Procedures*, p. 54, figura A. Copyright © 1991 por Allyn and Bacon. Reimpreso bajo permiso.

la terapia racional emotiva puede explicar la conducta de enfermedad. Específicamente, la alteración del diálogo interno de uno en conjunto con la relajación llevará a un cambio de comportamiento. El describió este uso de diálogos de "autoplática positiva" como ratificadores de las metas para la lucha de una persona. Las técnicas de inoculación de la tensión implican el uso de un análisis funcional para identificar una conducta objetiva y sus antecedentes y consecuencias correspondientes. Esta modificación de las reacciones de estrés rompe el pensamiento automático que es característico a través de una fase educativa en la que los activadores para el comportamiento problemático son identificados y luego una segunda fase en la que se hace una "práctica" de comportamiento usando las nuevas habilidades de reducción. La instrucción y práctica de la relajación le enseñan al individuo a relajarse; la relajación es un tratamiento muy efectivo. Blanchard y Andrasik (1989) declaran que la biorretroalimentación está en segundo lugar con respecto a la relajación en la reducción de los dolores de cabeza. La respuesta fisiológica específica (por ejemplo, la tensión de los músculos frontales) que es alterada en la biorretroalimentación es considerada

la parte efectiva del proceso. Esto es, los resultados de los estudios de la biorretroalimentación por estos autores concluyen que hay una reducción en la actividad de los dolores de cabeza, como se compara con los dolores que no son tratados y con los factores plausibles. Se ha demostrado que la relajación es bastante efectiva. Argas, Taylor, Kraemer, Allen y Schneider (1980) reportaron diferencias en las mediciones de la presión sanguínea sistólica y diastólica después del entrenamiento de relajación en quienes tenían diagnosticada hipertensión. La relajación progresiva de los músculos, la respiración profunda y la imaginación de un lugar placentero se utilizaron en combinación para cada entrenamiento de relajación. Es interesante hacer ver que se les pidió a los sujetos que detuvieran la práctica de la relajación por los requerimientos de inversión del diseño, y se encontraron mediciones bajas de la presión sanguínea. Los autores concluyen que los sujetos pueden haber generalizado el entrenamiento de relajación.

Las técnicas de adquisición de habilidades usadas por los psicólogos clínicos globalmente se refieren a la educación de los pacientes y del desarrollo eventual de sus habilidades. Las habilidades de aserción y autocon-

trol (por ejemplo, el control del peso, las rutinas de ejercicios, la relajación, el automonitoreo) y otras que representan habilidades generales enseñadas a los pacientes con propósitos terapéuticos. Las técnicas clínicas para la reestructuración cognoscitiva también se usan a menudo en la medicina conductual para proveer alivio de un enfoque en los síntomas. La distracción de la atención externa se logra con el conocimiento de la autoplática negativa y la práctica de declaraciones constructivas (esto es, reestructuración cognoscitiva). En un estudio reciente, se encontró que las prácticas de intervención en la medicina conductual que tienen que ver con el entrenamiento de la relajación y la reestructuración cognoscitiva, resultaron útiles en la reducción de los niveles de inconformidad física y de la angustia psicológica, comparados con los niveles de pretratamiento. De forma impresionante, los pacientes en el estudio redujeron el número de visitas al servicio de 5.7 a 1.8 en seis meses (Bengen-Seltzer, 1997). Caudill, Schnable, Zuttermeister, Benson y Friedman (1991) reportaron una reducción de 36% en las visitas clínicas al año de seguimiento del tratamiento cognoscitivo-conductual (esto es, educación, entrenamiento de relajación, programación de actividades, ejercicio, educación en nutrición). La preparación para las posibles recurrencias de los comportamientos también es planeada a través de las técnicas de prevención de recaídas (Brownell, Marlatt, Lichtenstein y Wilson, 1986).

PRÁCTICAS DE INVESTIGACIÓN DE LA MEDICINA CONDUCTUAL

La investigación en la medicina conductual tradicionalmente usa la aplicación de análisis estadísticos descriptivos y de estadísticos inferenciales sobre los datos generados de diseños controlados. Son comunes las investigaciones de los resultados del tratamiento conducidas con mediciones repetidas y, en alguna ampliación, los procedimientos meta-analíticos. Dada la capacitación de la mayoría de los psicólogos clínicos como profesionales científicos, se realizan estudios sistemáticos de intervención (vía medicina conductual o de otra forma). Barlow, Hayes y Nelson (1984) apuntan que la metodología tradicional de investigación ha hecho una contribución considerable al cambio de la conducta en la investigación clínica. Estos autores resaltan el tema de la aclaración de la cuestión de la investigación para seleccionar el diseño de investigación más adecuado. Aunque es difícil realizar la investiga-

ción en los ambientes aplicados para los psicólogos clínicos, dadas las restricciones del rol, las dificultades de programación y el entrenamiento (Haynes, Lemsy y Sexton-Radek, 1987), existen varias alternativas para diseños plausibles tales como el diseño de un solo tema (Kazdin, 1996).

Los métodos alternativos de diseño utilizados en la investigación de la medicina conductual incluyen los diseños cuasi-experimentales y los modelos de investigación aplicada (Campbell y Stanley, 1963; Monette, Sullivan y Dejong, 1994). Los métodos como la observación, evaluación, investigación por encuesta y el diseño de un solo tema están representados en el campo de la medicina conductual. Véase a Kazdin (1996) para un estudio completo de los métodos de investigación aplicables en la psicología clínica. La obra de Haynes y Wilson (1979) es un recurso completo sobre la metodología del estudio de la observación y los trabajos de Barlow y Hersen (1984) y Kazdin (1982) analizan el diseño de un solo tema.

Estudios representativos en la medicina conductual

En el campo de la medicina conductual han sido identificadas conclusiones notables de las investigaciones de la relajación con los pacientes que tienen enfermedades severas como cáncer de mama. Spiegel y Bloom (1991) reportaron los hallazgos en 86 mujeres con cáncer de mama que ya tenían un tumor maligno, y una expectativa de vida de dos años. La investigación estuvo enfocada en ayudar a estos sujetos a luchar con su pobre diagnóstico. Las conclusiones indicaron que los sujetos en el grupo de tratamiento que incluía la relajación (además de la autohipnosis, que demanda la inducción de relajación que algunas veces se enseña en un formato de terapia en grupo) sobrevivieron más que el grupo de control que sólo recibió tratamiento médico.

Lynch, Thomas, Mills, Malinow y Katcher (1974) reportaron evidencia empírica de los factores psicosociales que afectan el funcionamiento biológico. Basándose en el caso de diseño de un estudio de caso/un solo tema, fue reducido el ritmo cardíaco irregular de una mujer de 72 años de edad durante el tiempo que la enfermera le tomó el pulso, aparentemente como resultado del enfoque de la atención que recibió de la enfermera.

Lichtenstein (1982) identificó a los fumadores como un factor de riesgo en las tres causas principales de muerte: enfermedades del corazón, neoplasma maligno

y ataques al corazón. Como una conducta observable, el tabaquismo es adecuado para una evaluación e intervención conductuales. El análisis conductual del tabaquismo considera a éste como un fenómeno complejo pero modificable por medio de técnicas de manejo de contingencias. Estas técnicas son aplicables a través de las fases del fumador (esto es, avisos en el ambiente para fumar, consecuencias inmediatas y positivas). Las conclusiones de las investigaciones generadas por Lichtenstein (1982) indican el valor de la variedad de los métodos que tratan la compleja naturaleza de los fumadores, tales como las estrategias de aversión, el desvanecimiento de la nicotina, el uso de la goma de mascar con nicotina y el fumar de forma controlada. Klesges, Benowitz y Meyers (1991) examinaron las cualidades del refuerzo de los fumadores desde ambas perspectivas conductuales y biológicas. Ocurren cambios en la proporción metabólica cada vez que una persona fuma; consecuentemente, el dejar de fumar precipita un ganancia de peso a causa del aumento de energía experimentado después de que deja de fumar. La conducta combinada (incremento de energía) y los cambios biológicos (porcentaje metabólico) resultan de dejar de fumar y apuntan a una necesidad para combinar las estrategias de terapia conductual con el tratamiento farmacológico. Jason *et al.* (1995) de forma innovadora estudiaron varios tipos de tratamiento para dejar de fumar. Los manuales de autoayuda, los incentivos monetarios y las reuniones mensuales de grupos de apoyo y fomento se utilizan en las intervenciones del tratamiento. Las conclusiones de las intervenciones de tratamiento, las conclusiones de estudios previos y la bibliografía existente concluyen que estas intervenciones son efectivas. Los porcentajes para dejar el cigarro fueron más altos para los individuos que recibieron los tres tratamientos al compararlos con los grupos que sólo usaron los manuales de autoayuda o los grupos de apoyo. (Es importante saber que los grupos de apoyo se llevan a cabo en el lugar de trabajo de los sujetos.)

Brownell (1982) sugiere la fuerza fundamental de la dieta para tratar efectivamente el trastorno obstinado de la obesidad. Con las estimaciones de que 30% de los estadounidenses reúnen el criterio para la obesidad, la efectividad del tratamiento es un componente esencial de éste para cambiar la conducta. Se ha reportado que la obesidad está asociada con la hipertensión, la hiperlipidemia, la diabetes mellitus, la intolerancia a los carbohidratos, los riesgos quirúrgicos, los riesgos con la anestesia, los problemas pulmonares y renales, y las com-

plicaciones durante el embarazo (Dwaber, 1980). Para tratar efectivamente el trastorno obstinado de la obesidad, Brownell (1982) sugiere que la fortaleza fija de la dieta deberá tratarse. Los porcentajes de desgaste para los tratamientos tradicionales van de 20 a 80% (Stunkard, 1975), con los programas de pérdida de peso se estiman en un 20% de margen de desgaste con la terapia conductual. Los porcentajes de desgaste son más altos para los grupos que realizan entrenamiento o ejercicio físico.

Los trastornos de dolores de cabeza son predominantes. En la investigación de los problemas reportados por un plan de administración del cuidado de la salud, el dolor de cabeza fue la tercer queja que más se presentó. Se cree que los dolores de cabeza son causados por cambios en el flujo vascular cerebral debido a un realce en la actividad cognoscitiva (por ejemplo, la preocupación) y a la tensión muscular sostenida (Haynes *et al.*, 1983). Los estudios identifican a los que sufren de dolores de cabeza con sucesos más estresantes. Los tratamientos conductuales de relajación y biorretroalimentación (Blanchard y Andrasik, 1982) son efectivos. Específicamente, la biorretroalimentación termal es efectiva con los dolores de migraña y la biorretroalimentación EMG (electromiografía) con los dolores de cabeza más comunes del tipo tensión (Budzynski, Stoyva, Adler y Mullaney, 1973; Blanchard, Theobald, Williamson, Silver y Brown, 1978).

De los trastornos del sueño, el insomnio es el que más se reporta. Este es activado por cierto número de sucesos, incluidos los biológicos (por ejemplo, la reacción a los medicamentos, los síntomas psiquiátricos), psicológicos (por ejemplo, la angustia, la ansiedad y los ataques de pánico) y los sociales (por ejemplo, la agenda de trabajo, los desvelos inducidos por cuidar a un recién nacido; Haynes, Adams y Franzen, 1981). La relajación y los tratamientos más específicos, como el control de estímulos (Borkovec, 1982) y la restricción del sueño (Sexton-Radek y Overton, 1996) proveen los medios para ayudar a que los pacientes consoliden el sueño y reduzcan la ansiedad previa al mismo. En estudios realizados en laboratorios del sueño, los individuos con insomnio secundario a dolor crónico también se beneficiaron de la restricción del sueño (Morin, Kowatch y Wade, 1989). El despertar fisiológico precipitado por la actividad cognoscitiva (por ejemplo, preocupaciones) y la tensión muscular fueron identificados por vez primera en los estudios creativos de Monroe (1967) de los que duermen bien y los que duermen mal, en donde los que sufren de insomnio desplegaron niveles de

activación fisiológica más grandes que los que duermen bien. Los niveles de activación fisiológica tienen sus raíces en la creciente actividad mental (por ejemplo, preocupaciones) y podrían ser bien contrarrestados por los buenos hábitos de salud, colectivamente titulados "higiene para dormir" (Lacks, 1987). Sexton-Radek, Carter, Netz, Heinz y Adams (1997) reportaron el uso de los hábitos de higiene para dormir para mejorar la calidad del sueño al ayudar a los sujetos a hacerse más "buenos durmientes" que "malos durmientes".

Rachman y Hodgson (1974) indican que los patrones desincronizados de comportamiento tales como las respuestas al dolor alertan al cuerpo para la activación que a su vez mantiene la respuesta a dicho síntoma. El dolor es una organización compleja y multifacética de respuestas con dimensiones psicológicas, sociales y biológicas. Los psicólogos clínicos que trabajan en el área de la medicina conductual es probable que trabajen con pacientes que tienen un dolor crónico, donde el enfoque se centra en la reducción de las percepciones relacionadas con el estrés (Caudill *et al.*, 1991). Las respuestas de dolor están bastante limitadas a la información sensorial. Keefe (1982) aconseja el uso de una entrevista conductual, la recolección de datos objetivos que usan cuestionarios y la observación conductual. Turk, Meichenbaum y Genest (1983) clasifican el dolor de la siguiente forma: (1) el dolor agudo tal como el dolor dental, (2) el dolor periódico como la migraña, (3) el dolor crónico, intratable, benigno, como el dolor de la espalda baja, (4) el dolor progresivo crónico, como el dolor por cáncer y (5) el dolor inducido experimentalmente, como los choques eléctricos. El dolor es considerado como algo que involucra la percepción del individuo al dolor, la historia pasada de la persona, la habilidad para entender la naturaleza del dolor, los factores psicológicos y la información sensorial biológica (Turk, Wack y Kerns, 1985). Melzack y Wall (1988) adicionalmente concluyen que la entrada de datos sensoriales está muy influenciada por la motivación y por los componentes afectivos y cognoscitivos del individuo, con mecanismos neurales abriendo y cerrando la información neural. Barber (1984) fue citado al declarar que la distracción de la atención es "el camino final común" de todas las estrategias cognoscitivas. Aunque las técnicas de distracción son útiles en la reducción del dolor, también se cree que las estrategias cognoscitivas de lucha, que implican una mentalización más amplia de las distracciones a una imaginación enfocada, incrementan la efectividad. Más aún, la germinación de los tratamien-

tos de relajación con el método cognoscitivo mejora la utilidad de este tratamiento. La técnica de Meichenbaum (1983) de la inoculación del estrés también es útil para aliviar el dolor. Es superior para esta área el condicionamiento operante de Fordyce de las respuestas al dolor a través del reforzamiento de las contingencias de conducta adecuadas (Fordyce, 1976).

Las enfermedades del corazón han sido una causa que lleva a la muerte. En 1974, Friedman y Rosenman identificaron la personalidad de un individuo tipo A que incluyó patrones de comportamientos de urgencia al tiempo, la tensión competitiva y la hostilidad que puede estar ligada a las deficiencias cardiovasculares. La evaluación conductual que incluye una entrevista estandarizada ha sido instrumental en la identificación de estos patrones de conducta en los individuos. Chesney y Rosenman (1985) después añadieron la hostilidad como una característica clínica clave en las consecuencias de salud del comportamiento tipo A. Se concluyó que la hostilidad representa la ira reprimida y que el tipo de comportamiento A es una expresión de esta condición. La relajación y el contra condicionamiento son útiles para reducir la ira. Nakano (1990) reporta una disminución estadísticamente significativa en la velocidad y en las conductas impacientes de los individuos diagnosticados como del tipo A después del tratamiento conductual. El automonitoreo de las actividades cotidianas identificó la variable dependiente de la conducta (esto es, la presencia o ausencia de la velocidad/impaciencia en lugar de la medición más tradicionalmente usada de las calificaciones de la escala de la actividad de Jenkins. El registro de las conductas de velocidad/impaciencia junto con los pensamientos y sentimientos tiene un impacto sobre otros comportamientos desplegados tipo A, tales como poner palabras en la boca del orador y ser desatentos a los comentarios extensos (Nakano, 1990). También, un método de inoculación de tensión para la regulación de la ira/hostilidad ha sido útil en el tratamiento de las conductas tipo A.

Epstein y Masek (1978) han producido una cantidad de estudios que acentúan la importancia del cumplimiento con el tratamiento. Los porcentajes medios para los tratamientos con medicamentos a largo plazo son de 54%; sin embargo, hay una escasez de bibliografía en esta área con una mayoría de estudios en el nivel descriptivo/estudio de caso. El autorreporte y la medición de los resultados terapéuticos han proporcionado alguna promesa como medio de mejorar el porcentaje

de adherencia al tratamiento (Epstein y Wing, 1979; Martin y Dubbert, 1984).

Existe una considerable especulación acerca de los efectos psicológicos y conductuales del ejercicio. Martin y Dubbert (1982) reportaron beneficios del ejercicio a la salud para el control metabólico, una creciente eficiencia cardíaca y la reducción posible en la presión sanguínea. Se han sugerido el control de estímulos y las estrategias de reforzamiento como medios para incrementar la adherencia al ejercicio. Es probable que la adherencia al ejercicio se incremente cuando las instrucciones sean específicas y los individuos entiendan la necesidad del cambio en la conducta (Carmen Luciano y Herruzo, 1992).

Levy (1987) concluye que hay cierto número de razones para no cumplir con el tratamiento. Para evitar el incumplimiento, los psicólogos clínicos necesitan tratar lo siguiente: insuficientes habilidades o insuficiente conocimiento necesario para realizar las asignaciones, ni las creencias del paciente no respaldadas por la conformidad, ni el entorno del paciente respalda o interfiere con las quejas. Levy (1987) declara que los psicólogos clínicos necesitan estructurar la sesión de la terapia para introducir, revisar y proveer el entrenamiento necesario en las habilidades. Por último, es este reforzamiento por parte del terapeuta de este entrenamiento lo que lleva al cumplimiento del tratamiento. La perspectiva cognoscitiva-conductual es dominante en este tipo de enfoque, con una creciente autoeficiencia, autocontrol y fortalece las metas del tratamiento. Como en todos los diseños experimentales usados por los psicólogos clínicos, es necesaria una buena toma de decisiones clínicas, así como también las realidades clínicas y las suposiciones y los pasos lógicos del procedimiento científico (Hayes, 1981). (Véase el capítulo 10 para un análisis más profundo de la adherencia al tratamiento.)

Belar (1988) describe el entrenamiento a nivel licenciatura de los psicólogos para trabajar en el área de la medicina conductual/psicología de la salud. Se recomendó que el punto central del entrenamiento se encuentra en las bases sociales de la salud y la enfermedad, así como también el entrenamiento continuo en el modelo científico-profesional siempre y cuando fuera requerido para la práctica del psicólogo clínico. Se anticipan lineamientos formales para el campo especializado y popular de la medicina conductual/psicológica de la salud (Belar, 1988; Boil *et al.*, 1983; Sheridan *et al.*, 1988).

PSICOLOGÍA DE LA SALUD

Winett, King y Altmann (1989) aseveraron que el conocimiento de la salud está positivamente correlacionado con las conductas de la misma. Psicólogos como G. Stanley Hall y William James presentaron temas en esa área del conocimiento en sus escritos. El artículo clásico de Schofield (1969) fue el semillero del movimiento psicológico de la salud con sus conclusiones de un análisis de contenido de las publicaciones de psicología que informaban que los psicólogos no estaban estudiando la salud ni las enfermedades psicológicas. En 1979, Stone, Choen y Adler publicaron uno de los primeros libros sobre psicología de la salud y fundaron la revista *Health Psychology (Psicología de la salud)*. La psicología de la salud es consonante con el trabajo de Engel (1977) de la teoría integradora (conclusiones literalmente de laboratorio) con las aplicaciones de campo y la retroalimentación recíproca de las de campo a la teoría (Feurstein, Labbé y Kuczmierczyk, 1987). Matarazzo (1980) definió la psicología de la salud como el agregado de las contribuciones específicas educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología a la promoción y mantenimiento de la salud, así como también a la prevención y tratamiento de las enfermedades. Similar a la medicina conductual, la psicología de la salud es una investigación e intervención de campo multidisciplinaria.

Prácticas de investigación en la psicología de la salud

Además de los métodos tradicionales empleados en la investigación, los psicólogos de la salud emplean estudios epidemiológicos para investigar los temas (Palinkas y Hoiberg, 1982; Singer, 1987). Congruente con el concepto de Bandura de la construcción de la autoeficiencia, las intervenciones de la psicología de la salud representan esfuerzos para promover la prevención de las enfermedades y el comportamiento saludable (Tulkin, 1987). La tabla 13.1 lista los tipos de incentivos a considerar cuando se implementa una estrategia de prevención tanto para programas como para individuos.

Temas representativos en la psicología de la salud

Anderson y Masur (1983) revisaron la bibliografía en términos de resultados de los estudios que usan técnicas terapéuticas para aliviar las respuestas ansiosas.

Tabla 13.1 Tipos de incentivos.

NIVEL DE ENTREGA (FUENTE)	PAGO DIRECTO	REDUCCIÓN DE PRECIO	REDUCCIÓN DEL COSTO DE RESPUESTA	INCREMENTO DEL PRECIO	INCREMENTO DEL COSTO DE RESPUESTA
Individual	Autocontratación, por ejemplo, para la pérdida de peso.	Prepago voluntario, que reduce el precio, membresía, seguro	Obtener equipo, instalaciones, cambio en la agenda de trabajo	Autocontratación, por ejemplo, castigos y multas	Estrategias de auto-control, por ejemplo, control de estímulos para fumar
Interpersonal	Contratación familiar y de grupo, por ejemplo, para la pérdida de peso	Adquisición y pago en grupo, de forma que cada miembro pague menos	Acuerdos recíprocos, por ejemplo sistemas de amigos	Contratación familiar y de grupo, por ejemplo, castigos y multas	Acuerdos mutuos sobre las restricciones, por ejemplo, control de estímulos para fumar
Organizacional	Incentivos por participación; pagos para los cambios	Participación subsidiada; reducción en los honorarios por el comportamiento	Adquisición de instalaciones; programas flexibles; participación de la familia/del grupo	Multas y castigos por las violaciones a la seguridad/salud; acceso abierto	Restricción de comportamientos; restringir los términos del empleo
Institucional	Fondos federales para promulgar los estándares de seguridad y salud	Deducciones detalladas; porcentajes deducibles; porcentajes de seguro reducidos para los de riesgo menor	Permitir deducciones para los servicios preventivos	Impuestos indirectos; impuestos efluentes	DRG; no hay fondos federales si no hay estándares de seguridad y salud

Fuente: De Richard A. Winett, Abby C. King y David G. Altman, *Health Psychology and Public Health: An Integrative Approach*. Copyright © 1989 por Allyn and Bacon. Reimpreso con permiso.

Las repuestas se caracterizaron por la ansiedad emocional, la confusión, la respiración rápida y/o la hiperventilación, los movimientos nerviosos y el vómito antes de los procedimientos dentales y médicos. Este estudio meta-analítico indicó efectos positivos en general, aunque la heterogeneidad de los métodos hace advertencias con respecto a las conclusiones definitivas. Las intervenciones en la revisión fueron amplias en su alcance y fueron clasificadas desde la restauración dental hasta el desbridamiento (corte de las bridas o adherencias que taponean una cavidad infectada o inmovilizan un órgano) de las quemaduras para el análisis renal. El alivio del temor incluyó el miedo al dolor y la incomodidad, lo desconocido, el uso de instrumentos, el sangrado, la destrucción de la imagen corporal, la interrupción de los planes de vida, la pérdida del control y la muerte. Los primeros trabajos de Janis (1958) identificaron que los individuos con un miedo anticipado en un nivel moderado fueron menos vulnerables a la tensión emocional posoperatoria. De forma importante se ve que este trabajo generó métodos informativos para preparar a los individuos, un tipo de inoculación emocional. También se determinó que en la observación de tales métodos (esto es, la información recibida del mo-

delo) fue exitosa en la moderación de la tensión (Anderson y Masur, 1983).

Booth-Kewley y Friedman (1987) ampliaron la perspectiva de las características tipo A. Su meta-análisis identificó por vez primera las variables de personalidad adicionales de las emociones negativas. Éstas se agregaron a la imagen clínica de esfuerzo competitivo/logro, a la urgencia de tiempo y a la impaciencia. En la psicología de la salud, el enfoque preventivo aplicado al asunto de la personalidad de tipo A toma la forma de la detección. Una temprana detección de las respuestas de los individuos y de los grupos proveen a los psicólogos de la salud información para la planeación de la intervención (Taylor, 1979, 1991). McMurray, Hardy, Roberts, Forsythe y Mar (1989) reportaron una respuesta neuroendocrina más alta (mayores niveles de norepinefrina y de beta-endorfina) por parte del tipo A que por los tipos de personalidad tipo B. Un ejemplo de ello es la medición de la "conveniencia" del ejercicio precedente a la intervención. Sin embargo, estos niveles elevados pueden reflejar una mayor reactivación permitida para la supresión de la fatiga más que una creciente activación (McMurray *et al*, 1989).

Flor, Turk y Birbaumer (1985) condujeron una evaluación psicofisiológica que midió la tensión de los músculos, la velocidad del corazón y la resistencia de la piel, cuando los sujetos descansaban, describían su dolor y descansaban nuevamente. De manera adicional, las mediciones de la depresión y el control percibido se hicieron con mediciones estándar en el campo, como el Inventario de la Depresión de Beck (Beck Depression Inventory) y el Inventario del Estado-Rasgo de Ansiedad (State-Trait Anxiety Inventory). Las respuestas al dolor como fueron detectadas por los niveles elevados de reactivación muscular fueron predecidos por los porcentajes de depresión. El apoyo para el rol de la medición y el trato de los factores psicológicos que viene de estos resultados, resaltan la importancia de la evaluación de las respuestas relacionadas con la tensión. Moses, Steptoe, Mathews y Edwards (1989) compararon los efectos de dos programas de entrenamiento aeróbico sobre el estado de ánimo y el bienestar mental comparados con el placebo. Se encontraron diferencias significativas entre la fecha inicial y final de las dos semanas del grupo de ejercicio en una medición comúnmente usada llamada el Perfil de los Estados de Ánimo (Profile of Mood States)(POMS).

Los individuos físicamente ajustados reaccionan a la carga física y tal vez a la tensión con una respuesta compasiva más pequeña que la de los sujetos menos ajustados (van Doornen y deGeus, 1989). Doyne, Chambless y Beutler (1983) reportaron ganancias positivas sustentadas en el estado de ánimo y en la función cognoscitiva con cuatro mujeres deprimidas quienes practicaron el ejercicio aeróbico. Los diseños de las cuatro mujeres en forma separada permitieron la colocación de las bases para las mediciones del tratamiento y del postratamiento que facilitaron el rastreo del alivio de la depresión que sintieron estas mujeres. Se ha reportado una ventaja adicional del ejercicio para el alivio del dolor de la menstruación y del síndrome premenstrual (Gannon 1988; Gannon, Luchetta, Pardie y Rhodes, 1989). La adherencia al ejercicio se ha logrado con el uso de contracciones. Wysocki, Hall, Iwata y Riordan (1979) reportaron incrementos en el número de puntos aeróbicos ganados para cada semana en un programa de ejercicios para 7 u 8 participantes que usaron contingencias de contracciones. Véase a Martin y Dubbert (1984) y a Dishman (1982) para revisiones completas de los métodos de cambio de comportamiento aplicados a los regímenes de ejercicio para incrementar la adherencia. La adherencia al ejercicio se puede mejorar con la identi-

cación de lo que un individuo piensa y de los patrones de comportamiento que residen en él. Marcus, Rossi, Selby, Niaura y Abrams (1992) reportaron una creciente adherencia al ejercicio entre los individuos que están más comprometidos con el cambio en el comportamiento que en los "precontempladores".

Con aproximadamente 50 y 90% de los pacientes del cáncer que experimentan dolor, se realizaron las intervenciones que complementaron el tratamiento médico para reducir el dolor cuando se esperaba que fueran esenciales (Bonica, 1987). Tales intervenciones apuntaron hacia el alivio del dolor que tradicionalmente involucraba a la relajación, a la relajación con la imaginación mental que conlleva al modelo cognoscitivo, o al entrenamiento de la distracción y la biorretroalimentación. Gil, Williams, Keefe y Beckham (1990) investigaron el autorreporte a través de los patrones de dolor de los pacientes durante la etapa de dolor usando pruebas de medición de los patrones de pensamiento y las estrategias para luchar. También se dio una lista de comprobación de los síntomas de la tensión psicológica (por ejemplo, depresión, ansiedad, ira). Las conclusiones indican que los sujetos con un dolor más severo también tienen más altos niveles de angustia psicológica.

Keefe, Dunsmore y Burnett (1992) identificaron las mediciones de las variables cognoscitivas. De esto, se cree que las condiciones que influyen las respuestas de dolor se pueden encontrar y con ellas hacer un tratamiento adecuado que se ajuste a las necesidades de los pacientes. Las variables cognoscitivas como la creencia de la persona para controlar un suceso son relevantes para una ganancia terapéutica. La autoimagen negativa y la depresión son otras variables cognoscitivas que influyen las respuestas de dolor. El tratamiento cognoscitivo-conductual conlleva una combinación de la relajación, del ejercicio, de los paseos y de las intervenciones cognoscitivas (por ejemplo, la distracción). Aunque los mecanismos e ingredientes "potentes" no están identificados en esta combinación, los resultados de los estudios indican el éxito de tales métodos en la reducción del dolor.

Diversos estudios han relacionado a la tensión con el dolor de cabeza. Andrasik (1990) identificó un dolor de cabeza tipo tensional recurrente como algo asociado con el estrés y como parte de los acontecimientos estresantes. Sexton-Radek (1994) concluyó de una investigación de los nuevos y recurrentes dolores de cabeza, que la experiencia de padecer dolores de cabeza era suficiente para inducir una respuesta a la tensión y conse-

cuentemente sufrir un dolor de cabeza. Los estresantes psicosociales precipitan el dolor de cabeza, como se mide por el flujo sanguineocefálico en la migraña y los dolores de cabeza tipo tensional (Haynes, Gannon, Bank, Shelton y Goodwin, 1990; Haynes *et al.*, 1983).

La instrumentación de la biorretroalimentación también asiste al psicólogo clínico en la identificación de los síntomas de excitación característicos de una respuesta del estrés (esto es, activación del sistema nervioso simpático). Blanchard *et al.* (1983) diseñaron una evaluación psicofisiológica de la tensión muscular, de la temperatura de la piel y de la velocidad del corazón que correctamente pronosticó (de 31.5% a 70.2%) la variación en la actividad del dolor de cabeza postratamiento. Véase una revisión de Haynes, Falkin y Sexton-Radek (1988) para más información sobre la evaluación psicofisiológica. La biorretroalimentación modula exitosamente la intensidad y duración del dolor de cabeza en los que sufren de migraña (dolor de cabeza) (Price y Tursky, 1976). Blanchard y Andrasik (1989) han declarado que la biorretroalimentación está en segundo lugar con respecto a la relajación en la reducción de los dolores de cabeza. La respuesta fisiológica específica (por ejemplo, tensión de los músculos frontales) que es alterada en la biorretroalimentación se considera como la parte efectiva del proceso. En general, los resultados de los estudios de biorretroalimentación de estos autores concluyen que la reducción en la actividad de los dolores de cabeza ocurre con el uso del tratamiento de la biorretroalimentación. La confianza de estas conclusiones es resaltada por el hecho de que los tratamientos de biorretroalimentación fueron comparados con condiciones de no tratamiento y de placebo.

Baltimore y Wolff (1986) publicaron un estudio para identificar asuntos y preocupaciones con el SIDA epidémico en Estados Unidos. Este trabajo ampliamente revisado identifica el asunto de "modos de transmisión" y "la exactitud del conocimiento y grupos en riesgo" como las preocupaciones correspondientes. Fue comentado que los modelos de salud pública que prueban los comportamientos de alto riesgo y la filtración pueden tratar estos asuntos como también otros relacionados con el SIDA epidémico. Los esfuerzos actuales de la psicología de la salud están apuntados a las acciones preventivas, tales como programas explícitos de educación, disponibilidad de condones y pruebas voluntarias. Las estrategias de autocontrol, como el auto-monitoreo, se usan tanto para las metas educativas como para las metas de adhesión al tratamiento de dichos

programas. Con el incremento de los casos de SIDA en las mujeres, son de vital importancia las intervenciones de la psicología de la salud para evitar la expansión de la enfermedad. Galavotti *et al.* (1995) reportaron un cambio al creciente uso de condones en las mujeres en alto riesgo de contagio y transmisión del VIH que corresponden con el creciente nivel de autorreporte y autoeficiencia. Se supone que algunos individuos pueden presentarse a sí mismos de tal manera que se logren las metas sociales. La presentación del ego puede incluir peligrosos comportamientos de salud, como tomar una precaución inadecuada contra la expansión del SIDA. Siendo los estudiantes universitarios el grupo más grande de activos sexualmente, pero usuarios irregulares del condón, es evidente la importancia de negociar este comportamiento (Leary, Tchividjian y Kraxberger, 1994). Algunos investigadores han especulado que la vergüenza excesiva y la preocupación en los encuentros sexuales pueden descender de una percepción de que el comportamiento fue programado. Esta percepción de falta de espontaneidad en los encuentros sexuales puede contribuir al comportamiento del uso irregular del condón. De este modo, las intervenciones de la psicología de la salud, mientras que están apropiadamente enfocadas en insistir en el uso del condón, necesitan expandirse al dominio de las relaciones interpersonales para tener éxito en esta meta. Gartner, Gartner y Ouellette Kabasa (1988) mantienen que el amplio alcance y el gran volumen de los materiales y los grupos de autoayuda proveen a las mujeres los medios efectivos para la promoción de la salud. Parece que la sobresaliente característica del movimiento de autoayuda es la variable de control. La comprensión y el conocimiento logrado por la información de autoayuda que está ampliamente diseminada facilita los métodos de salud y prevención. La experiencia de un individuo con el autocontrol se mejora por los esfuerzos de autoayuda que proporcionan oportunidades para comprometerse con la salud de uno y a retarse a sí mismo con nuevas perspectivas adicionales (Maddi & Kabasa, 1984).

Los métodos de investigación en el campo de la psicología de la salud implican el uso de diseños tradicionales, diseños cuasi-experimentales y en alguna extensión diseños de un solo tema. Los métodos aplicados conllevan el uso de valoraciones de encuestas y programas de evaluación. Los estudios epidemiológicos y otras técnicas de encuestas y censos en una base amplia se utilizan para identificar la incidencia y prevalencia de un comportamiento objetivo (Winett, King y Alt-

man, 1989). Belar (1988) ha contribuido en el diseño de los programas de capacitación a nivel licenciatura en la psicología de la salud. Bresler (1988) describió la expansión de la capacitación predoctorado en la psicología clínica para incluir la teoría y la práctica de la promoción de la salud en la comunidad. Se pensó que el enfoque de la comunidad en el entrenamiento estaba más en línea con las intenciones de financiar los programas de prevención de las enfermedades cardiovasculares por parte de los Institutos Nacionales de Salud (National Institutes of Health). De este modo, los estudiantes fueron expuestos a la promoción de la salud y a la práctica en comunidad como alternativas a las intervenciones costosas basadas en la hospitalización o en las visitas al consultorio.

DIRECCIONES FUTURAS

En el mercado actual de los presupuestos en el cuidado de la salud, la capacitación y la práctica de los psicólogos clínicos que trabajan en las áreas de la medicina conductual y de la psicología de la salud, cambiarán más su enfoque al tratamiento-resultado. El incremento del cuidado clínico con la estructura actual del cuidado de la salud es uno de los retos para los futuros psicólogos clínicos interesados en trabajar en estas áreas (Friedman, Sobel, Myers, Caudill y Benson, 1995; Yates, 1995). Winett (1995) propuso futuras direcciones en la psicología de la salud que utilizarán mejor los datos epidemiológicos, formularán mejores programas de prevención que estarán muy ligados al tiempo de cambio del paciente, y se enfocarán en los métodos para comercializar con los programas. Existe la evidencia de comportamientos de alto riesgo entre ciertos grupos étnicos minoritarios, afroamericanos, isleños asiáticos/ del Pacífico, latinos y estadounidenses nativos (Myers, Kagawa-Singer, Kumanyika, Lex y Markides, 1995). Los fumadores, los que llevan dietas con exceso de grasas, los que hacen poco ejercicio y que tienen sobrepeso y quienes consumen alcohol, todos ellos apuntan a una necesidad sustancial de un tratamiento de medicina conductual/psicología de la salud.

REFERENCIAS

- Agras, W. S. (1982). Behavioral medicine in the 1980s: Non-random connections. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 797-803.
- Alexander, F. (1950). *Psychosomatic medicine*. New York: Norton Press.
- Anderson, K. O., & Masur, F. T. (1983). Psychological preparation for invasive medical and dental procedures. *Journal of Behavioral Medicine*, 6(1), 1-40.
- Andrasik, F. (1990). Psychologic and behavioral aspects of chronic headache. *Neurologic Clinics*, 3(4), 961-975.
- Agras, W. S., Taylor, C. B., Kraemer, H. C., Alien, R. A., & Schneider, J. A. (1980). Relaxation training. *Archives of General Psychiatry*, 37, 859-863.
- Bakal, D. A. (1979). *Psychology and medicine psychobiological dimensions of health and illness*. New York: Springer.
- Baltimore, D., & Wolff, S. M. (1986). *Confronting AIDS: Directions for public health, health care, and research*. Washington, DC: National Academy Press.
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Barber, T. X. (1984). Hypnosis, deep relaxation, and active relaxation: Data, theory, and clinical application. In R. L. Woolfolk & P. M. Lerner (Eds.), *Principles and practice of stress management* (pp. 1-23). New York: Guilford Press.
- Barlow, D. H., Hayes, S. C., & Nelson, R. O. (1984). *The scientist practitioner: Research and accountability in clinical and educational settings*. New York: Pergamon Press.
- Barlow, D. H., & Hersen, M. (1984). *Single case experimental designs strategies for studying behavioral change* (2nd ed.). New York: Pergamon Press.
- Belar, C. (1988). Education in behavioral medicine: Perspectives from psychology. *Annals of Behavioral Medicine*, 14, 11-14.
- Bengen-Seltzer, B. (1997). HMO case study demonstrates value of integrating behavioral health, primary care. *Behavioral Health Outcomes*, 7(12), 1-3.
- Benson, H. (1975). *The relaxation response*. New York: William Morrow.
- Bernstein, D. A., & Borkovec, T. D. (1973). *Progressive relaxation training: A manual for the helping professions*. Champaign, IL: Research Press.
- Blanchard, E. B. (1982). Behavioral medicine: Past, present, and future. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(6), 795-796.
- Blanchard, E. B. (1987). Long-term effects of behavioral treatment of chronic headache. *Behavior Therapy*, 18, 375-385.
- Blanchard, E. B., & Andrasik, F. (1982). Psychological assessment and treatment of headache: Recent developments and emerging issues. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(6), 795-796.

- Blanchard, E. B., & Andrasik, F. (1989). *Management of chronic headaches: A psychological approach*. New York: Pergamon Press.
- Blanchard, E. B., Andrasik, R., Arena, J. G., Neff, D. E., Saunders, N. L., Jurish, S. E., Teders, S. J., & Rodichak, L. D. (1983). Psychophysiological responses as predictors of response to behavioral treatment of chronic headache. *Behavior Therapy*, 14, 357-374.
- Blanchard, C. B., Theobald, D. E., Williamson, D. A., Silver, B. V., & Brown, D. A. (1978). Temperature biofeedback in the treatment of migraine headaches. *Archives of General Psychiatry*, 35, 581-588.
- Blechman, E. A., & Brownell, K. A. (Eds.). (1988). *Handbook of behavioral medicine for women*. New York: Pergamon Press.
- Boll, T. J., Thorensen, C., Adler, N., Hall, J., Millon, T., Moore, D., Olbrisch, M. E., Perry, N., Weiss, L., Woodring, J., & Wortman, C. (1983). Working group of predoctoral education/doctoral training. *Health Psychology*, 2, 122-130.
- Bonica, J. J. (1987). A short course on the management of cancer pain. *Journal of Pain and Symptom Management*, 2(2), Suppl. 3.
- Booth-Kewley, S., & Friedman, H. S. (1987). Psychological predictors of heart disease: A quantitative review. *Psychological Bulletin*, 101(3), 343-362.
- Borkovec, T. D. (1982). Insomnia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(6), 880-895.
- Bresler, C. (1988). Health promotion in the community: Development of a curriculum for predoctoral clinical psychologists. *Professional Psychology: Research and Practice*, 19(1), 87-92.
- Brownell, K. D. (1982). Obesity: Understanding and treating a serious, prevalent, and refractory disorder. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 50 (6), 820-840.
- Brownell, K. D., Marlatt, A., Lichtenstein, E., & Wilson, G. T. (1986). Understanding and preventing relapse. *American Psychologist*, 41, 765-782.
- Budzynski, T. H. (1973). Biofeedback procedures in the clinic. In L. Birk (Ed.), *Biofeedback: Behavioral medicine* (pp. 484-496). New York: Grune & Stratton.
- Budzynski, T. H., Stoyva, J. M., Adler, C. S., & Mullaney, D. G. (1973). EMG biofeedback and tension headache: A controlled outcome study. *Psychosomatic Medicine*, 35, 484-496.
- Campbell, D. T., & Stanley, J. C. (1963). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Chicago: Rand McNally.
- Carmen Luciano, M., & Herruzo, J. (1992). Some relevant components of adherence behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20(2), 117-124.
- Caudill, M., Schnable, R., Zuttermeister, P., Benson, H., & Friedman, R. (1991). Decreased clinic use by chronic pain patients: Response to behavioral medicine intervention. *Clinical Journal of Pain*, 7, 305-310.
- Chesney, M. A., & Rosenman, R. H. (1985). *Anger and hostility in cardiovascular and behavioral disorders: The series in health psychology and behavioral medicine*. New York: Hemisphere.
- Dawber, T. R. (1980). *The Framingham study: The epidemiology of atherosclerotic disease*. Cambridge, MA: Harvard University Press.
- Dishman, R. K. (1982). Compliance/adherence in health-related exercise. *Health Psychology*, 1(3), 237-267.
- Doyne, E. J., Chambless, D. L., & Beutler, L. E. (1983). Aerobic exercise as a treatment for depression in women. *Behavior Therapy*, 14, 434-440.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136.
- Epstein, L., & Wing, R. (1979). Behavioral contracting: Health behaviors. *Clinical Behavior Therapy Review*, 1, 1-15.
- Epstein, L. H., & Masek, B. J. (1978). Behavioral control of medical compliance. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 11, 1-9.
- Epstein, L. H., & Wing, R. R. (1980). Aerobic exercise and weight. *Addictive Behaviors*, 5, 371-388.
- Erickson, E. H. (1950). *Childhood and society*. New York: W.W. Norton.
- Everly, G. S. (1989). *A clinical guide to the treatment of the human stress response*. New York: Plenum Press.
- Feurstein, M., Labbé, E. E., & Kuczmierczyk, A. R. (1987). *Health psychology: A psychobiological perspective*. New York: Plenum Press.
- Flor, H., Turk, D. C., & Birbaumer, N. (1985). Assessment of stress-related psychophysiological reactions in chronic back pain patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(3), 354-364.
- Fordyce, W. E. (1976). *Behavioral methods for chronic pain and illness*. St. Louis: C. V. Mosby.
- Frank, J. (1973). *Persuasion and healing: A comparative study of psychotherapy*. Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Freud, S. (1940). The justification for detaching from neurasthenia a particular syndrome: The anxiety-neurosis. In *Collected papers* (Vol. 1). New York: Basic Books.
- Friedman, M., & Rosenman, R. H. (1974). *Type A behavior and your heart*. New York: Knopf.
- Friedman, R., Sobel, D., Myers, P., Caudill, M., & Benson, H. (1995). Behavioral medicine, clinical health psychology, and cost offset. *Health Psychology*, 14(6), 509-518.

- Galavotti, C., Cabral, R. J., Lansky, A., Grimley, D. M., Riley, G. E., & Prochaska, J. O. (1995). Validation of measures of condom and other contraceptive use among women at high risk for HIV infection and unintended pregnancy. *Health Psychology, 14*(6), 570-578.
- Gannon, L. (1985). *Menstrual disorders and menopause: Biological, psychological, and cultural research*. New York: Praeger.
- Gannon, L. (1988). The potential role of exercise in the alleviation of menstrual disorders and menopausal symptoms: A theoretical synthesis of recent research. *Women and Health, 14*(2), 105-127.
- Gannon, L., Luchetta, T., Pardie, L., & Rhodes, K. (1989). Perimenstrual symptoms: Relationships with chronic stress and selected lifestyle variables. *Behavioral Medicine, 3*, 149-159.
- Gartner, A., Gartner, A.J., & Ouellete Kobasa, K. (1988). Self-help. In E. A. Blechman & K. D. Brownell (Eds.), *Handbook of behavioral medicine for women* (pp. 330-342). New York: Pergamon Press.
- Gentry, W. D., Street, W. J., Masur, F. T., & Asken, M. J. (1981). Training in medical psychology: A survey of graduate and internship training programs. *Professional Psychology: Research and Practice, 12*, 224-228.
- Gil, K. M., Williams, D. A., Keefe, F. J., & Beckham, J. C. (1990). The relationship of negative thoughts to pain and psychological distress. *Behavior Therapy, 21*(3), 349-362.
- Hayes, S. C. (1981). Single case experimental design and empirical clinical practice. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 49*(2), 193-211.
- Haynes, S. N., Adams, A., & Franzen, M. (1981). The effects of pre-sleep stress on sleep-onset insomnia. *Journal of Abnormal Psychology, 90*(6), 601-606.
- Haynes, S. N., Falkin, S., & Sexton-Radek, K. (1988). Psychophysiological assessment in behavior therapy. In G. Turpin (Ed.), *Handbook of clinical psychophysiology* (pp. 175-214). New York: Wiley.
- Haynes, S. N., Gannon, L. R., Bank, J., Shelton, B., & Goodwin, J. (1990). Cephalic blood flow correlates of induced headaches. *Journal of Behavioral Medicine, 13*(5), 467-480.
- Haynes, S. N., Gannon, L. R., Cuevas, J., Heiser, R., Hamilton, J., & Katranides, M. (1983). The psychophysiological assessment of muscle-contraction headache subjects during headache and nonheadache conditions. *Psychophysiology, 20*(4), 393-399.
- Haynes, S. N., Lemsky, C., & Sexton-Radek, K. (1987). The scientist-practitioner model in clinical psychology: Suggestions for implementing an alternative model. In J. R. McNamara and M. A. Appel (Eds.), *Critical issues, developments, and trends in professional psychology* (Vol. 3, pp. 1-26). New York: Praeger Press.
- Haynes, S. N., & Wilson, C. (1979). *Behavioral assessment*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Janis, I. L. (1958). *Psychological stress*. New York: Wiley.
- Jason, L. A., McMahon, S. D., Salina, D., Hedeker, D., Stockton, M., Dunson, K., & Kimball, P. (1995). Assessing a smoking cessation intervention involving groups, incentives, and self-help manual. *Behavior Therapy, 26*(3), 393-408.
- Jessup, B. A., Neufeld, R. W., & Merskey, H. (1979). Biofeedback therapy for headache and other pains; an evaluative review. *Pain, 7*, 225-270.
- Kazdin, A. E. (1982). *Single-case research designs: Methods for clinical and applied settings*. New York: Oxford University Press.
- Kazdin, A. E. (Ed.). (1996). *Methodological issues and strategies in clinical research*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Keefe, F. J., Dunsmbre, J., & Burnett, R. (1992). Behavioral and cognitive-behavioral approaches to chronic pain: Recent advances and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 60*(4), 528-536.
- Keefe, F. J. (1982). Behavioral assessment and treatment of chronic pain: Current status and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 50*(6), 896-911.
- Klesges, R. C., Benowitz, N. L., & Meyers, A. W. (1991). Behavioral and biobehavioral aspects of smoking and smoking cessation: The problem of postcessation weight gain. *Behavior Therapy, 22*(2), 179-200.
- Lacks, P. (1987). *Behavioral treatment for persistent insomnia*. New York: Pergamon Press.
- Leary, M. R., Tchividjian, L. R., & Kraxberger, B. E. (1994). Self-presentation can be hazardous to your health: Impression management and health risk. *Health Psychology, 13*(6), 461-470.
- Levy, R. L. (1987). Compliance and clinical practice. In J. A. Blumenthal & D. C. McKee (Eds.), *Applications in behavioral medicine and health psychology: A clinician's handbook* (pp. 567-588). Sarasota, FL: Professional Resource Exchange.
- Lichtenstein, E. (1982). The smoking problem: A behavioral perspective. *Journal of Clinical and Consulting Psychology, 50*(6), 804-819.
- Lynch, J. J., Thomas, S. A., Mills, M. E., Malinow, K., & Katcher, A. H. (1974). The effects of human contact on cardiac arrhythmia in coronary care patients. *Journal of Nervous and Mental Disease, 158*, 88-99.
- Maddi, S. R., & Kabasa, S. C. (1984). *The hardy executive: Health under stress*. Homewood, IL: Dow Jones-Irwin.

- Manning, M. M., & Wright, T. L. (1983). Self-efficacy expectancies, outcome expectancies, and the persistence of pain control in childbirth. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 421-431.
- Marcus, B. H., Rossi, J. S., Selby, V. C., Niaura, R. S., & Abrams, D. B. (1992). The stages and processes of exercise adoption and maintenance in a worksite sample. *Health Psychology*, 11(6), 386-395.
- Martin, J. E., & Dubbert, R. M. (1982). Exercise applications and promotion in behavioral medicine: Current status and future directions. *Journal of Clinical and Consulting Psychology*, 50(6), 1004-1017.
- Martin, J. E., & Dubbert, P. M. (1984). Behavioral management strategies for improving health and fitness. *Journal of Cardiac Rehabilitation*, 4, 200-208.
- Matarazzo, J. O. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35, 807-817.
- Matthews, K. (1982). Psychological perspectives on the Type A behavior pattern. *Psychological Bulletin*, 91, 293-323.
- McMurray, R. G., Hardy, C. J., Roberts, S., Forsythe, Q. A., & Mar, M. H. (1989). Neuroendocrine responses of Type A individuals to exercise. *Behavioral Medicine*, 84-92.
- Mechanic, D., & Volkart, E. H. (1961). Stress, illness behavior, and the sick role. *American Sociological Review*, 26, 51-58.
- Meichenbaum, D. (1976). Toward a cognitive theory of self-control. In G. E. Schwartz & D. Shapiro (Eds.), *Consciousness and self-regulation—Advances in research* (Vol. 1). New York: Plenum Press.
- Meichenbaum, D. (1983). Stress-inoculation therapy. In *Clinical Psychology Practitioners*. New York: Pergamon Press.
- Melzack, R., & Wall, P. O. (1988). *The challenge of pain* (3rd ed.). London: Penguin Books.
- Meyers, A. (1991). Biobehavioral interactions in behavioral medicine. *Behavior Therapy*, 22, 129-131.
- Meyers, H. F., Kagawa-Singer, M., Kumanyika, S. K., Lex, B. W., & Markides, K. S. (1995). Behavioral risk factors related to chronic diseases in ethnic minorities. *Health Psychology*, 14(1), 613-621.
- Miller, N. E. (1983). Behavioral medicine symbiosis between laboratory and clinic. *Annual Review of Psychology*, 34, 1-31.
- Monette, D. R., Sullivan, T. J., & DeJong, C. R. (1994). *Applied social research tool for the human services* (3rd ed.). Chicago: Harcourt Brace.
- Monroe, L. J. (1967). Psychological and physiological differences between good and poor sleepers. *Journal of Abnormal Psychology*, 72(3), 255-264.
- Morin, C. M., Kowatch, R. A., & Wade, J. B. (1989). Behavioral management of sleep disturbances secondary to chronic pain. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 20(4), 295-302.
- Moses, J., Steptoe, A., Mathews, A., & Edwards, S. (1989). The effects of exercise training on mental well-being in the normal population: A controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 33(1), 47-61.
- Nakano, K. (1990). Operant self-control procedure in modifying Type A behavior. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 2(4), 249-256.
- Palinkas, L. A., & Hoiberg, A. (1982). An epidemiology primer: Bridging the gap between epidemiology and psychology. *Health Psychology*, 1(3), 269-287.
- Price, K. P., & Tursky, B. (1976). Migraineurs and non-migraineurs: A comparison of responses to self-control procedures. *Headache*, 16, 210-217.
- Rachman, S., & Hodgson, R. I. (1974). Synchrony and desynchrony in fear and avoidance. *Behavior Research and Therapy*, 12, 311-318.
- Sarason, I. G. (1980). Life stress, self-preoccupation, and social supports. In I. G. Sarason & C. D. Spielberger (Eds.), *Stress and anxiety* (pp. 73-94). New York: Hemisphere Publishing.
- Schofield, W. (1969). The role of psychology in the delivery of health services. *American Psychologist*, 24, 568-584.
- Schwartz, G. E., & Weiss, S. M. (1978). Yale conference on behavioral medicine: A proposed definition and statement of goals. *Journal of Behavioral Medicine*, 1, 3-12.
- Seligman, M. E. P. (1975). *Helplessness: On depression, development, and death*. San Francisco: W. H. Freeman.
- Sexton-Radek, K. (1994). The nature of recurrent tension-type headache and stress experiences. *Psychotherapy in Private Practice*, 13(3), 63-72.
- Sexton-Radek, K., Carter, I., Netz, K., Heinz, E., & Adams, R. (1997). Sleep hygiene habits as an individualized treatment to enhance sleep. Poster presentation at the Society for Behavioral Medicine Conference, San Francisco, April 1997.
- Sexton-Radek, K., & Overton, S. (1996). Practical treatment considerations: Compliance with sleep restriction treatment in a non-disordered sample of sleepers. *Psychotherapy in Private Practice*, 15, 1-12.
- Sheridan, E. P., Matarazzo, J. D., Ball, T. J., Perry, N. W., Weiss, S. M., & Belar, C. D. (1988). Postdoctoral education and training for clinical service providers in health psychology. *Health Psychology*, 7(1), 1-17.
- Singer, J. E. (1987). Training for applied research in health psychology. In G. C. Stone, F. Cohen, & N. E. Adler (Eds.), *Health psychology* (pp. 107-118). San Francisco: Jossey-Bass.

- Spiegel, D., & Bloom, J. R. (1991). Group therapy and hypnosis reduce metastatic breast carcinoma pain. *Psychosomatic Medicine*.
- Stone, G. C., Cohn, R., & Adler, N. E. (1979). *Health psychology*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Stunkard, A. J. (1975). From explanation to action in psychosomatic medicine: The case of obesity. *Psychosomatic Medicine*, 37, 195-236.
- Taylor, S. E. (1991). *Health psychology* (2nd ed.). New York: McGraw Hill.
- Taylor, S. E., (1979). Hospital patient behavior: Reactance, helplessness, or control? *Journal of Social Issues*, 35, 156-184.
- Tulkin, S. R. (1987). Health care services. In G. C. Stone, S. M. Weiss, J. D. Matarazzo, N. Miller, J. Rodin, C. D. Belar, M. J. Follick, & J. E. Singer (Eds.), *Health psychology: A discipline and a profession* (pp. 126-136). Chicago: University of Chicago Press.
- Tunks, E., & Belissimo, A. (1991). *Behavioral medicine concepts and procedures*. New York: Pergamon Press.
- Turk, D. C., Meichenbaum, D., & Genest, M. (1983). *Pain and behavioral medicine: A cognitive-behavioral perspective*. New York: Guilford Press.
- Turk, D. C., Wack, J. T., & Kems, R. D. (1985). An empirical examination of the "pain behavior" construct. *Journal of Behavioral Medicine*, 8, 119-130.
- Van Doornen, L. J., & deGeus, E. J. (1989). Aerobic fitness and the cardiovascular response to stress. *Psychophysiology*, 26(1), 17-28.
- Winett, R. A. (1995). A framework for health promotion and disease prevention programs. *American Psychologist*, 50(5), 341-350.
- Winett, R. A., King, A. C., & Altman, D. G. (1989). *Health psychology and public health: An integrative approach*. New York: Pergamon Press.
- Wysocki, T., Hall, G., Iwata, B., & Riordan, M. (1979). Behavioral management of exercise: Contracting for aerobic points. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 12, 55-64.

- Yates, B. T. (1995). Cost-effectiveness analysis, cost-benefit analysis and beyond: Evolving models for the scientist-manager-practitioner. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(4), 385-398.

LECTURAS ADICIONALES

- Blumenthal, J.A. y McKee, D.C. (Eds.). (1987). *Applications in behavioral medicine and health psychology: A clinician's source book*. Sarasota, FL: Professional Resource Exchange. Esta es una guía de mucha ayuda para algunos que comienzan a trabajar en este campo, a quienes les pedimos echen un vistazo de la traslación de la terapia conductual a la medicina conductual y a la práctica de la psicología de la salud.
- Hollandsworth, J.G. (1986). *Physiology and behavior therapy: Conceptual guidelines for the clinician*. New York: Plenum Press. El material en este libro es adecuado para los pasantes en psicología como preparación para un estudio de graduación en medicina conductual. Los temas conceptuales de la terapia conductual y las secciones de la implicación clínica hacen de este libro una fuente muy útil para el estudiante serio.
- Schwartz, M.S. (1987). *Biofeedback: A practitioner's guide*. New York: The Guilford Press. Éste es un libro de texto definitivo sobre la biorretroalimentación. El material es apropiado para una lectura amplia. Se presentan temas como las bases conceptuales de la biorretroalimentación, así como una lista de direcciones de fabricantes de instrumentos.
- Taylor, S.E. (1991). *Health psychology* (2^a ed.). New York: McGraw-Hill.
- Taylor, S.E. (1995). *Health psychology*. (3^a ed.). New York: McGraw-Hill. Este libro es adecuado para estudiantes a nivel de pasantes o quizás para comenzar el seminario a nivel de graduado que explica la psicología de la salud. Los temas en el capítulo están representados ampliamente en el libro, así como las áreas secundarias en el campo.

CAPÍTULO 14

PSICOLOGÍA COMUNITARIA

Karen Grover Duffy

Si el mundo ya tiene a la psicología clínica, ¿por qué es necesaria una psicología comunitaria? La respuesta, dicha de una forma simple, es que no hay suficientes psicólogos para intervenciones uno a uno con todos los individuos en el mundo que no tienen libertad y están insatisfechos. La Asociación estadounidense de psicología (American Psychological Association) (APA) tiene casi 80,000 miembros (APA, 1995), pero estas cantidades son insuficientes, dado que uno de cada tres o cuatro estadounidenses pueden tener un trastorno diagnosticable (Regier *et al*, 1993). Los psicólogos comunitarios difieren bastante de los psicólogos clínicos debido a que trabajan a gran escala y a que siempre que es posible enfatizan la prevención. Al mismo tiempo, tanto los psicólogos clínicos como los psicólogos comunitarios pueden hacer su trabajo en forma conjunta.

Se han dado varias definiciones del campo de acción desde que fue fundada la psicología comunitaria en Swampscott, Massachusetts, en 1965. La siguiente definición incorpora la mayor parte de los aspectos en los que los psicólogos comunitarios están de acuerdo en que son cruciales para la psicología comunitaria: la **psicología comunitaria** se enfoca en asuntos sociales, instituciones sociales y en otros escenarios que influyen, tanto en los grupos como en las organizaciones, así como en los individuos que los conforman, con la

meta principal de optimizar el bienestar de las comunidades y de sus ciudadanos con intervenciones innovadoras y alternativas (Duffy y Wong 1996).

Esta definición amerita examinarse más a fondo. El asunto social crucial para este libro es el trastorno mental. Al igual que los psicólogos clínicos, los psicólogos comunitarios están extremadamente interesados en este asunto. Los psicólogos comunitarios tienen también mucho interés en otros grupos carentes de afecto tales como los indigentes, las personas que abandonaron la escuela, los delincuentes juveniles y los ancianos, debido a que ellos, a pesar de todo, son miembros de la comunidad. Los psicólogos comunitarios utilizan muchas intervenciones innovadoras que van más allá de la psicoterapia y de los medicamentos psicoactivos. Por ejemplo, un psicólogo comunitario podría intentar manejar la delincuencia no solamente brindando consejos a los jóvenes, sino también por medio de la educación a los padres. De hecho, muchos de los métodos e intervenciones que los psicólogos comunitarios tradicionalmente listan no son aplicados por los psicólogos clínicos. Al examinar algunas de las metas de la psicología comunitaria, se aclaran las razones por las que los psicólogos comunitarios aplican intervenciones alternativas.

METAS DE LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA

Como se mencionó en la definición, la meta principal de la psicología comunitaria es mejorar el bienestar de los individuos, los grupos, las organizaciones y las comunidades. El mejorar el bienestar es otra meta de la psicología clínica. Sin embargo, más allá de esto, la psicología comunitaria y la clínica van en la misma dirección. Otras metas de la psicología comunitaria incluyen más la prevención que el tratamiento de los problemas sociales; el examen de las causas extrapersonales (por ejemplo, ambientales y sociales) de un comportamiento con trastornos; un énfasis en el fortalecimiento; la elección entre las intervenciones y los tratamientos disponibles; así como el desarrollo de un sentido comunitario.

Prevención

Como se mencionó al inicio de este capítulo, simplemente no hay los suficientes psicólogos y terapeutas para todos los individuos que pueden necesitarlos. Cuando Estados Unidos era una sociedad agraria y rural, los miembros de las familias y vecinos acostumbraban cuidarse los unos a los otros; sin embargo, con la urbanización y la industrialización, la sociedad en la actualidad parece ser más fría y violenta. Los individuos tienen menos confianza en sí mismos y, por consiguiente, son más dependientes del gobierno y de una variedad de profesionales para satisfacer sus necesidades (Duffy y Wong, 1996). No obstante, la implicación lógica es que no todos los que presentan un trastorno mental u otra condición serán capaces de recibir un tratamiento por parte de profesionales, como serían los servicios que ofrecen los psicólogos clínicos y los psiquiatras. De forma similar, es probable que los trastornos mentales nunca se eliminen totalmente con terapias de uno a uno. Los psicólogos comunitarios, en gran parte debido a las limitaciones que tiene la psicología clínica en el manejo de grandes cantidades de individuos que requieren tratamiento, han determinado que la intervención en masa puede ser un mejor vehículo para superar algunos trastornos mentales. El propósito de tales intervenciones en masa o en comunidad es prevenir los trastornos mentales de manera conjunta en donde sea y cuando sea posible. Es cierto que algunos trastornos tal vez son determinados genética y bioquímicamente. Sin embargo, otros trastornos se pueden prevenir si reducimos los estímulos instigadores, como

el estrés. Entonces, los psicólogos comunitarios confían en las intervenciones a nivel de la comunidad, tales como la educación y la alteración del ambiente, para reducir la probabilidad de un trastorno mental.

¿Cómo logran los psicólogos comunitarios la noble, pero enorme tarea de cambiar a grandes cantidades de personas a la vez? Un método para lograr esto es la **educación en salud mental**. En este tipo de educación, la persona adquiere el conocimiento, las habilidades y las actitudes que contribuyen directamente a su salud mental y a sus efectos sobre la salud mental de los demás. El propósito de la educación en salud mental es enseñarle a la gente *cómo* pensar, en lugar de sólo enseñarle *qué* pensar (Cowen, 1980). De este modo, la gente aprende a elegir, a tomar decisiones razonables y a tener un sentido de responsabilidad para su propio bienestar. En otras palabras, la educación en salud mental asegura la habilidad para pensar bien, lo que aligera el camino para el alivio emocional, que a su vez evita la disfunción (Shure y Spivack, 1988).

Muñoz, Glish, Soo-Hoo y Robertson (1992) diseñaron un programa de educación en salud mental para mejorar el conocimiento y la competencia de los ciudadanos de San Francisco, al transmitir por televisión una serie de segmentos acerca de la depresión, el autocontrol y otros aspectos de la salud mental. Un segmento incluía información sobre la importancia de la relajación y de la importancia de encontrar un tiempo para relajarse. Otro segmento resaltaba cómo identificar los pensamientos de autoderrota y cómo detener tales pensamientos. Muñoz y sus colaboradores utilizaron, para recolectar datos, entrevistas telefónicas de individuos seleccionados al azar. Para los individuos que reportaron sentimientos de depresión, Muñoz y sus colaboradores demostraron una disminución en la depresión desde el pretest hasta el postest. Los participantes también notaron un incremento en el uso de técnicas televisadas comparadas con el tiempo anterior a las transmisiones.

Los resultados de los estudios de Muñoz demostraron que los individuos deprimidos experimentaron algún alivio de su depresión vía la educación en salud mental. *Cuando ya existe un trastorno tal como la depresión u otro problema, y es aliviado, ha ocurrido una **prevención secundaria***. En aquellos televidentes que ya estaban mentalmente saludables y que usaron la relajación con más frecuencia después de las transmisiones, *ocurrió una **prevención primaria***. La **prevención primaria** intenta prevenir que ocurra un problema. Dicha prevención se refiere a las actividades que pueden

tomarse en una población saludable para mantener o mejorar su salud, tanto física como emocional (Bloom y Hodges, 1988).

La perspectiva ecológica

Los psicólogos comunitarios están muy interesados en **el ajuste de la persona al ambiente**, esto es, la *conveniencia de la persona con el ambiente y viceversa*. Para asegurar tal ajuste, es extremadamente importante una *perspectiva ecológica*. Esta perspectiva reconoce que existe una transacción entre la gente y el ambiente. Los individuos influyen el ambiente en el que se encuentran; éste influye a los individuos que están en él (Seidman, 1990). Para encontrar el mejor ajuste de *persona-ambiente*, uno necesita examinar ambas entidades, así como la relación entre ellas. Una meta de la psicología comunitaria es establecer un ajuste óptimo entre el individuo y el ambiente. De este modo, los psicólogos comunitarios se abstienen de etiquetar como "inadaptados" a los individuos que no se ajustan bien en un ambiente en particular. De manera similar, los psicólogos comunitarios evitan tradicionalmente controlar el ambiente sólo para controlar a los individuos que se encuentran en él.

Nuevamente, un programa de muestra puede proporcionar un esclarecimiento. Abandonar la escuela es común en Estados Unidos; se estima que el porcentaje nacional es de 20%. Debido a que los requerimientos educativos para la mayoría de los trabajos se incrementarán en el futuro (Rumberger, 1987), se necesita reducir el abandono de los estudios. Muchos factores han sido considerados como razones para que los jóvenes abandonen la escuela. Puede ser fácil culparlos de que algunos de ellos tienen una baja autoestima o fracasos en la escuela. Sin embargo, el concepto de **enajenación de la escuela** (Bronfenbrenner, 1986; Sarason, 1983), que significa *falta de un sentido de pertenencia a ella*, también cuenta en un número significativo de deserciones. El concepto de enajenación de la escuela ayuda a los psicólogos a entender que con frecuencia es el clima que prevalece en ella, y no el joven, el responsable de que éste la abandone. Este enfoque ecológico sugiere que el cambiar la personalidad del joven o su capacidad para estudiar no evitará la deserción escolar. Algo en la escuela debe cambiar.

Felner, Ginter y Primavera (1982) diseñaron una escuela con un rol mejorado para el maestro, quien se convirtió en un consejero y guía para los estudiantes.

Por ejemplo, el maestro ayudó a los estudiantes de primer año para que se enfrentaran mejor con la transición de secundaria a bachillerato. Al mismo tiempo, se redujo la complejidad de la escuela. Los participantes tomaron clases únicamente en un ala de la escuela grande y compartieron clases unos con otros, de forma que pudieron percibir a la escuela de forma más amigable y más pequeña. Simplemente al reestructurar la escuela de ese modo, Felner y sus colegas incrementaron la asistencia de los estudiantes y los promedios de calificaciones. Los estudiantes también reportaron autoconceptos más estables al compararlos con los que no participaron en estas actividades.

Habilitación

Otra suposición en la psicología comunitaria es que los individuos que viven en ambientes y circunstancias particulares, conocen mejor las ramificaciones de la vida en esos entornos. Entonces, el paciente, es tan importante como el profesional, o aún más.

La *habilitación es el proceso de mejorar la posibilidad de que la gente pueda controlar más activamente sus propias vidas* (Rappaport, 1987). En otras palabras, los psicólogos comunitarios esperan alejar a las personas de los sentimientos de imposibilidad. La habilitación les proporciona a los individuos un control y dominio sobre sus propias vidas y una participación democrática en sus comunidades. La habilitación significa entonces *hacer* (Swift y Levin, 1987). Sin embargo, el servicio para los individuos es indirecto. Mejor dicho, los psicólogos comunitarios proporcionan las herramientas, los ambientes y la información que crea la colaboración, de forma que los individuos afectados puedan hacer las cosas por sí mismos. Por ejemplo, los psicólogos comunitarios no necesariamente otorgarían donaciones para organizaciones de salud mental comunitaria. En lugar de ello, podrían educar a los organismos de la comunidad acerca de *cómo* otorgar donaciones y *dónde* obtener el dinero, de forma que después de que se retiren los psicólogos, la organización pueda continuar buscando sus propios fondos.

Examinemos un programa relacionado con la salud mental que utiliza la habilitación. Tal vez el programa más clásico y citado más a menudo incumbe a las sociedades de alojamiento tales como las desarrolladas por George Fairweather y sus colegas (Fairweather, Sanders, Maynard y Cressler, 1969). Las sociedades de alojamiento están a medio camino entre las casas o son

grupos de casas para los mentalmente trastornados, que enfatizan las habilidades para construir y, de mayor importancia para la presente discusión, comparten la responsabilidad y la toma de decisiones. En otras palabras, los residentes en los grupos de casas deciden sus propias agendas de trabajo, sus políticas y así sucesivamente. Los residentes son habilitados gradualmente para que tengan más control sobre sus propias vidas, sobre todo en comparación con su nivel de control en los ambientes institucionales. En las instituciones, el personal y la administración por lo general ejercen mucho control sobre los residentes. El alojamiento fue diseñado para incrementar la libertad y disminuir el estigma vinculado al trastorno mental.

El grupo Fairweather fue capaz de documentar que, comparado con los grupos de control, los participantes del alojamiento fueron capaces de funcionar más tiempo en la comunidad y de ser miembros más productivos en la sociedad, por ejemplo, teniendo trabajos remunerados. De una manera interesante, los participantes de control reportaron que cuando regresaron a la institución, fue debido a la presión de otra persona significativa. Esta razón casi nunca fue citada por los participantes del alojamiento. También, estas personas fueron más capaces de tolerar el comportamiento de los demás. Por consiguiente, los resultados de Fairweather y sus colegas demostraron la importancia de la ecología o del ambiente social para aquellos que se enfrentan con un trastorno mental.

Elección entre intervenciones alternativas

Parte de la filosofía del fortalecimiento es que cada individuo es único y, por consiguiente, debe tener control sobre su vida, debido a que el individuo conoce mejor sus circunstancias. La diversidad de los grupos en Estados Unidos, en términos de raza, pertenencia a grupos étnicos, edad, estatus socioeconómico, religión y necesidades especiales hablan de la necesidad de desarrollar una variedad de programas, más que desarrollar un solo programa para todos. Los psicólogos comunitarios, de hecho la mayoría de los psicólogos, respetan la diversidad entre la gente. Como parte del reconocimiento de las cualidades únicas y de la diversidad, los psicólogos comunitarios reconocen que una intervención o un servicio a la comunidad probablemente no ayudarán por igual a todos los individuos. Consecuentemente, estos psicólogos buscan establecer una cantidad de servicios alternativos en varias comunidades re-

conociendo la diversidad en las nuestras (EE.UU.). Como parte de esta diversidad de poblaciones y servicios los psicólogos comunitarios también conciden en que la accesibilidad es de mucha importancia. Un servicio que no está disponible fácilmente no tiene una base de clientes. Nuevamente, un modelo de programa puede demostrar este concepto.

Estados Unidos tiene el mayor porcentaje de adolescentes embarazadas que cualquier otra sociedad industrializada (Lawson y Rhode, 1993). La relevancia de las adolescentes embarazadas con la psicología clínica no es necesariamente evidente. Valga decir que las madres jóvenes representan uno de los grupos de mayor riesgo para el maltrato a los niños (Patteson y Barnard, 1990). Aunque existen programas de prevención (por ejemplo, la educación sexual), aun así los porcentajes de embarazo en adolescentes siguen siendo elevados. Por consiguiente, se necesitan programas secundarios de prevención. Uno de tales programas permite a las adolescentes embarazadas seguir asistiendo a la escuela, tanto durante el embarazo como después de que dan a luz (Seitz, Apfel y Rosenbaum, 1991). El programa les facilita a las adolescentes terminar su educación y les provee guarderías durante el día, así como consejos, cuidado para la salud y clases para padres. Este programa reconoce que las necesidades de los padres adolescentes algunas veces son bastante diferentes que las de otros adolescentes y de las de otros padres. En otras palabras, se ofrece para las adolescentes embarazadas un programa alternativo al programa tradicional de las preparatorias. Estas adolescentes parecen completar el programa con un buen éxito académico y se convierten en mejores madres de lo que hubieran sido en otras circunstancias.

Un sentido comunitario

Las investigaciones han demostrado que el sentido subjetivo de bienestar a menudo está positivamente relacionado con el sentido comunitario o con el sentido de pertenencia a la comunidad (Davidson y Cotter, 1989). El *sentido comunitario* es el sentimiento de relación que un individuo tiene con su comunidad (Heller, Prince, Reinharz, Riger y Wandersman, 1984). Específicamente, el sentido comunitario incluye una percepción de similitud con los demás en la comunidad, un deseo por mantener y reconocer interdependencia con los demás, así como el sentimiento de que uno es parte de una gran estructura confiable y estable (Sarason, 1974).

La comunidad y el sentido comunitario están relacionados con la salud mental en un cierto número de formas, algunas de las cuales pueden detallarse aquí. El cuidado alternativo para los que tienen trastornos mentales tradicionalmente involucra ambientes en los que un pequeño número de pacientes que son atendidos se comparan con un mayor número que son atendidos en un hospital psiquiátrico. Uno podría concluir que tales ambientes pequeños dan como resultado un mayor sentido comunitario y/o un mayor sentido de autoeficiencia. Éste es de hecho el caso; Kiesler (1982a, 1982b) examinó 10 diferentes programas alternativos y encontró que los individuos tratados en ambientes alternativos mejoraron más y había en ellos menos probabilidad de una rehospitalización que en aquellos que fueron tratados en las instalaciones hospitalarias. Este descubrimiento ofrece un vivo ejemplo de cómo el público en general puede estar mal informado acerca de esto y mantener estereotipos negativos de las enfermedades mentales.

Una segunda forma en la que el sentido comunitario se relaciona con las intervenciones con trastornos mentales es que algunas comunidades no desean ambientes alternos en sus vecindarios (Miller, 1982). Los residentes de las comunidades dan muchas razones para rechazar los servicios alternos tales como los centros de reunión psicosociales y las casas de grupo (que serán descritas a continuación). Debido a que los residentes por lo general tienen poca información acerca de las enfermedades mentales y, por consiguiente, estereotipan o estigmatizan a la enfermedad mental como peligrosa, algunos residentes temen que los pacientes cometan crímenes o que sean inadecuadamente supervisados por el personal. Otros residentes sienten que si aceptan uno de esos servicios, otros los seguirán y de este modo disminuirán los valores de la propiedad (Arce, 1978; Johnson y Beditz, 1981).

Davidson (1981) realizó investigaciones sobre los centros de tratamiento basados en comunidades para determinar en qué difieren los vecindarios con baja resistencia de los vecindarios con alta resistencia. Encontró que a menudo los vecindarios con baja resistencia son tipificados por la pobreza. Sin embargo, Davidson también documentó que las comunidades de clase media aceptaban preferentemente a los pacientes con un bajo estigma, como los niños maltratados, sobre los adultos con trastornos mentales que habían sido hospitalizados anteriormente.

Otras investigaciones sugieren que las comunidades de diversos tamaños pueden o no pueden ser adecuadas

para la ubicación de los previamente hospitalizados. Por ejemplo, Kruzich (1985) encontró que las pequeñas ciudades pueden ser amigables y personalizadas, pero carecen de los servicios necesarios. Por otra parte, las ciudades de entre 10,000 y 100,000 residentes tienen los suficientes recursos en la comunidad para los pacientes, pero siguen creyendo que no son todavía tan grandes como para que los residentes se sientan perdidos o despersonalizados en ellas. Aunque las agencias de ayuda pueden ser abundantes, las ciudades con más de 100,000 habitantes son tan grandes que los trastornados mentalmente sienten la despersonalización como un problema.

LA IMPORTANCIA DEL CAMBIO SOCIAL

La anterior discusión de la aceptación de los trastornados mentalmente en los diferentes tipos comunitarios provee una transición suave para el siguiente tema, el cambio social. Este es importante para los psicólogos comunitarios debido a que ven la causa de muchos trastornos como algo que se encuentra en el ambiente y en la sociedad. Si ésta ocasiona angustias, entonces deberá cambiarse.

Los cambios sociales surgen de prisa todos los días. Desafortunadamente la mayor parte de ellos, es al azar. Guerras internacionales, desastres naturales, oscilaciones en la población, epidemias, avances tecnológicos y otras transformaciones mayores son a menudo incontrollables e impredecibles; todo esto tiene influencia en cada uno de nosotros. Sin embargo, los psicólogos comunitarios aprecian los cambios sociales planificados, debido a que pueden formarse y manejarse de manera positiva. El **cambio social planificado** es intencional; también se planifica con anticipación con relación a los problemas, por lo que es bastante diferente de los cambios al azar y que no se planifican. El cambio social planificado o inducido también se distingue del cambio no planificado en tres formas. El cambio social planificado siempre es un medio para mejorar el bienestar, es limitado en su alcance con ciertas comunidades y/o grupos afectados y provee un rol para aquellos influenciados por el cambio (por ejemplo, habilitación).

MÉTODOS DEL CAMBIO SOCIAL PLANIFICADO

Educación y disseminación de la información

A menudo los psicólogos comunitarios emplean de manera simultánea algunas de las siguientes técnicas para

tener una mejor socialización. Ya se mencionó que la educación en salud mental y la diseminación de información es una técnica del cambio extremadamente importante. Abordémosla con más detalle.

La educación es venerada en Estados Unidos. Se pueden usar las estrategias educativas para promover el cambio a gran escala, en especial dado el advenimiento de las tecnologías de aprendizaje a larga distancia tales como la televisión, la radio, la internet y las comunicaciones vía satélite. Ya se ha mencionado la investigación de Muñoz y sus colaboradores que ha promovido la adopción de estrategias diseñadas para optimizar la salud mental en los ciudadanos de San Francisco. Además de este programa de muestra, ¿de qué modo pueden la educación y la diseminación de información crear otros cambios sociales positivos planificados? Como se mencionó previamente, existen muchas investigaciones que demuestran que el público en general rechaza a la gente con incapacidades mentales (Duffy y Wong, 1996). Morrison (1980) proclama que la educación en salud mental puede ser en especial valiosa en la "desmitificación" de las percepciones que tiene el público acerca de las enfermedades mentales. Los miembros de la comunidad a menudo ven a los que tienen trastornos mentales como personas peligrosas, o bien, como a personas que tienen una enfermedad. De acuerdo con Morrison, la educación en salud mental puede alterar esta perspectiva. Después de la educación del público acerca de las enfermedades mentales, los miembros de la comunidad llegan a ver a los individuos con un trastorno mental como menos peligrosos y más con una necesidad de habilidades para enfrentarse a los problemas de la vida. Esto hace que sea más probable que los miembros de la comunidad acepten a estos individuos como vecinos.

¿Funcionan la educación y la diseminación de la información? La respuesta es un rotundo "sí". Un maravilloso libro publicado por la Asociación estadounidense de psicología (American Psychological Association), *catorce onzas de prevención* (*Fourteen ounces of prevention*), detalla diversos programas donde se usó la educación para reducir un problema social o personal. Aquí sólo se resaltaré un programa, el de Capacitación para las habilidades de la vida (Life skills training; LST) diseñado para estudiantes de secundaria como un programa de prevención en el abuso de drogas.

La experimentación con una sustancia psicoactiva a menudo precede el uso de otras drogas en una secuencia relativamente predecible y bien definida. Los indi-

viduos por lo general inician con el tabaco y alcohol, luego siguen con la marihuana y luego con otras sustancias ilícitas. Algunos individuos finalmente llegan a los opiáceos y a otras sustancias adictivas. Los factores psicológicos, como una baja autoestima, la depresión y las escasas habilidades para enfrentarse a los retos, son significativos para predecir la progresión subsecuente a formas problemáticas del abuso de las sustancias (Botvin y Tortu, 1988). La experimentación por lo general comienza durante la preadolescencia o la adolescencia (Millman y Botvin, 1983).

En el programa LTS, los estudiantes de nuevo ingreso a secundaria fueron abastecidos con las habilidades necesarias, vía la educación, para resistirse a las presiones sociales de fumar, beber alcohol o usar marihuana. Para permitir a los estudiantes resistir las presiones sociales indirectas de usar varias sustancias, se les ayuda a desarrollar una mayor autonomía, autoestima, autodominio y autoconfianza. El conocimiento que los estudiantes tengan de las consecuencias inmediatas de fumar y del uso de las sustancias ilícitas, también se mejora al proporcionarles información exacta acerca de los porcentajes predominantes de su uso. En el LTS, la educación se usó para evitar la experimentación y el uso de las drogas ilícitas y de las sustancias peligrosas. Los resultados demostraron que, comparados con los estudiantes de control, poco menos de 75% de los estudiantes del programa comenzaron a fumar, poco menos de 54% de estos mismos estudiantes reportaron beber alcohol y poco menos de 79% de ellos reportaron haberse emborrachado. Basándose en este programa de muestra, podemos concluir tentativamente que los programas educativos diseñados para promover la salud física y mental son efectivos.

Participación de los ciudadanos y esfuerzos de la población rural

Otra técnica de cambio planificado es la participación de los ciudadanos o los esfuerzos de la población rural. La participación de los ciudadanos implica habilitación. Entonces, el cambio llega desde el fondo de la comunidad, desde los ciudadanos, en lugar de que venga de la parte superior o del gobierno. Los ciudadanos que viven en las comunidades saben mejor que los psicólogos cuáles son los problemas de su comunidad y qué métodos para solucionarlos serán más aceptados por los demás miembros de la comunidad. Otra ventaja del cambio planificado por los ciudadanos es que los indi-

viduos que participan en las decisiones del cambio están más motivados para tolerar las decisiones y vivir confortablemente con los cambios.

Un ejemplo concreto de la participación de los ciudadanos o del esfuerzo de la gente común es la Alianza nacional contra la enfermedad mental (National alliance for the mentally ill) (NAMI). La NAMI es una organización de apoyo y consejo de autoayuda y de defensa de la gente común, familiar y de consumidores, dedicada a mejorar las vidas de la gente con enfermedades mentales graves. La NAMI publica su propio boletín, el *Defensor NAMI (NAMI Advocate)*; dicho boletín apoya la necesidad de realizar investigaciones continuas; lleva a cabo cabildeos para mejorar la legislación para la enfermedad mental; educa al público, en parte, al proveer gran cantidad de información; y busca otros caminos que mejorarán la vida de los que tienen trastornos mentales, así como la de sus familiares y amigos.

No debe olvidarse una de las más antiguas formas de cambio planificado y de la participación de los ciudadanos: los votos o la participación electoral. Cada ciudadano puede usar su voto para cambiar la política pública o para elegir a los funcionarios que sean más favorables a solucionar los diversos problemas de la comunidad. Por ejemplo, las familias que tienen un miembro con algún trastorno mental, pueden votar a favor de los candidatos que apoyan una reforma a la política de la salud mental, con el fin de incrementar los fondos para los programas, o para las investigaciones de la enfermedad como la de su familiar. Un ciudadano de la comunidad podría buscar participar en un comité en una comunidad que prohíbe los grupos de casas para personas con trastornos mentales, de forma que los miembros de la familia con este tipo de trastornos deberán vivir muy lejos de la familia.

Consultores y agentes de cambio profesionales

Algunas veces los ciudadanos no saben por dónde comenzar el cambio en sus comunidades, y pueden llamar a los psicólogos comunitarios para que actúen como consultores o agentes de cambio profesionales. En esta condición, los psicólogos comunitarios siempre deberán tener en mente el concepto de la habilitación. Si los miembros de la comunidad se hacen demasiado dependientes de la consultoría de los psicólogos, el esfuerzo del cambio puede colapsarse cuando el psicólogo se retira. Entonces, los consultores siempre deberán incluir

el aporte de los residentes de la comunidad en su toma de decisiones, así como en los diseños de programas sugeridos, y así sucesivamente. El resultado deberá ser que los miembros de la comunidad sean habilitados para continuar con el cambio positivo planificado, aun después de que el consultor se retire de la comunidad.

Nuevamente, es adecuado dar un ejemplo. Suponga se que en un campus universitario de tamaño medio en el suroeste de Estados Unidos ha habido muchos recortes de presupuesto y de personal, de hecho, son tantos los recortes que los profesores y el personal de oficina **SE** sienten explotados. Al mismo tiempo, debido a la publicidad dada a los despidos, están disminuyendo las solicitudes de los aspirantes, por lo que el personal restante teme que también ellos puedan perder su empleo. No es necesario decir que los niveles de tensión son muy altos.

Se les puede pedir a los consultores que desarrollen programas para manejar la tensión, diseñados para ayudar a la gente que está en el campus a enfrentarse mejor con la angustia. Si los consultores no toman en consideración que ellos dejarán el campus cuando el entrenamiento esté terminado y que los miembros del personal necesitan continuar practicando con el manejo de la tensión, las visitas del consultor no tendrán sentido. Los entrenadores en el manejo de la tensión necesitan fortalecer en las mentes de los participantes que ellos pueden continuar con los componentes del manejo de la tensión sin la presencia del consultor. Por ejemplo, los miembros de la universidad deberán continuar monitoreando sus dietas y ejercicios aun después de que los psicólogos los dejen, debido a que se ha demostrado que ambas prácticas mejoran el sentido de bienestar de los individuos (Brown, 1991; Sime, 1984). Sime encontró que no sólo el ejercicio ayuda a disminuir la depresión de suave y moderada, sino que también los que practican ejercicio ávidamente a menudo reportan un sentido creciente de logro, crecimiento y bienestar, así como sentimientos de relajación, euforia y júbilo durante y después del ejercicio.

Los psicólogos comunitarios ahora entienden que muchos programas del manejo de estrés, tales como los programas de ejercicios, se mantienen después del entrenamiento *únicamente si* hay apoyo social en el lugar. El **apoyo social** es un intercambio de recursos entre dos individuos, tal como lo percibe el proveedor o el receptor que busca mejorar su bienestar (Shumaker y Brownell, 1984). Por ejemplo, si los individuos que comparten el mismo problema llegan juntos para alentarse el uno al otro para comunicar estrategias a fin de

enfrentarse a las situaciones; éste es un ejemplo de apoyo social. Los consultores podrían tratar de construir apoyo social en los programas del manejo del estrés. En relación a éste y el ejercicio, los investigadores han descubierto que si se realiza el ejercicio en grupos (por ejemplo, en grupos de otros miembros de la facultad o miembros de la familia), es más probable que los programas se mantengan (Bloom, 1988). Por consiguiente, es de incumbencia para los psicólogos comunitarios educar a los participantes acerca del *mantenimiento* del bienestar después del entrenamiento. En este caso, el apoyo social optimiza la probabilidad de que los participantes en los seminarios de manejo de la tensión continuarán con las técnicas aplicadas cuando viven un sentido comunitario con otros que desean tanto el mismo resultado como también una disminución en la tensión debido al ejercicio y a otras técnicas de manejo de la tensión. Se discutirá a detalle el apoyo social.

Aquí es necesaria una advertencia. Los consultores usualmente se vuelven expertos en el diseño e implementación de programas. Es fácil para ellos trasplantar un programa de una comunidad a otra. Sin embargo, algunas veces los programas no se trasplantan bien debido a la idiosincrasia de cada comunidad o cada población. Aunque a menudo es importante la fidelidad al diseño original, también es muy importante la consideración de las cualidades únicas de cada ambiente (Blakely *et al.*, 1987).

Sistema de redes de las agencias comunitarias

Así como los miembros de la comunidad necesitan apoyarse unos a otros de manera que se desarrolle el sentido comunitario y de forma que puedan alentarse entre sí para vivir sus vidas más satisfactoriamente, también las organizaciones de las comunidades deberán estar conectadas. Los **sistemas de redes** son *confederaciones de organizaciones con intereses comunes que comparten recursos e información entre sí*. Los sistemas de redes aseguran que los miembros de las organizaciones siguen fuertes a través de la unidad y que los pacientes no caen a través de los resquicios del servicio. Una red que ya se mencionó fue la Alianza nacional contra la enfermedad mental (NAMI). Otra red bien conocida u organización global es Camino unido (United way). Dicha organización no sólo provee fondos a las organizaciones miembros; también asegura que no compitan dos agencias por los mismos clientes, que se reduzca la competencia pa-

ra recursos como el dinero, y que las agencias miembros se conozcan y que colaboren unas con otras. De este modo, los pacientes son mejor atendidos y la salud y longevidad de cada organización está asegurada.

Política de la ciencia y política pública

La política de la ciencia o de investigación y la política pública son dos técnicas interrelacionadas del cambio planificado extremadamente importantes. La **política de la ciencia** es la ciencia de hacer hallazgos a partir de la ciencia (incluyendo la psicología comunitaria) disponible y relevante para la política (pública) gubernamental, comunitaria y organizacional. La **política pública**, por supuesto, se refiere a la política a niveles comunitarios o gubernamentales que influyen sobre qué recursos son colocados y en dónde, de modo tal que la calidad de la vida se mejora. Los psicólogos comunitarios creen firmemente que la política de la ciencia o las acciones de la investigación deberían dirigir la política pública.

En efecto, los psicólogos comunitarios tienen en tan alta consideración a esta técnica de cambio que algunos de ellos han estudiado las formas para incrementar el registro de votantes y la participación electoral. Es menos probable que algunos de los individuos más privados de derechos en nuestra sociedad participen en una elección. Mucha gente de color se encuentra en las clases socioeconómicas más bajas, al tiempo que se les diagnostica con enfermedades mentales. Son estos individuos los que necesitan expresar más ruidosa y claramente qué políticas creen que mejorarán sus vidas. Tristemente, las investigaciones demuestran que es menos probable que estos individuos estén registrados para votar o que voten.

Fawcett, Seekins y Silber (1988) deseaban alentar más el registro de los votantes entre las clases pobres, para que en una verdadera forma de psicología comunitaria ellos llevaran los servicios a la gente en lugar de hacer que la gente llegue a los servicios. Los investigadores instituyeron registros para votantes en lugares frecuentados por tales individuos. Por ejemplo, cuando los individuos pobres llegaban a recoger sus asignaciones de queso y otros productos alimenticios, estaba disponible la información para el registro de votantes, al tiempo que los ciudadanos eran alentados a registrarse para votar. Fawcett y sus colaboradores encontraron un sorprendente incremento de 100% en los registros y un 51% de aumento en la votación real.

Otro ejemplo se relaciona más con la salud mental. Tanto los psicólogos como los líderes de gobierno han notado que las personas con trastornos mentales algunas veces han sido internadas contra su voluntad, luego se les administran muchos medicamentos, son reprendidos y algunas veces maltratados por el sistema de cuidado de salud mental (por ejemplo, Rosenhan, 1973). El regreso de los individuos a sus comunidades (la llamada desinstitucionalización) tanto por razones humanitarias como económicas resultó de la aprobación de la ley de los Centros comunitarios de salud mental (Community mental health centers act) de 1963. Esta ley estableció los centros comunitarios de salud mental en todo Estados Unidos. Los centros debían proporcionar a los pacientes externos, servicios de urgencias y de educación, entre otros. Se requirieron cinco servicios generales para calificar a fin de obtener los fondos federales. Los grupos locales temían que demostrar su capacidad de proveer servicios a los pacientes internos, a los pacientes externos servicios de hospitalización parcial (por ejemplo, los pacientes reciben tratamiento durante el día y regresan a sus casas en la noche), un servicio de urgencias de 24 horas, así como programas de educación y de consulta. Tal vez el cambio más radical provisto por esta ley fue el otorgamiento del servicio de urgencias las 24 horas (Heller, *et al.*, 1984). Esta práctica dio un empujón a las profesiones de la salud mental, debido a que la mayor parte de las psicoterapias no estaban preparadas para tratar con las crisis reales y, de hecho, se creía que para hacerlo se debería alentar a que "actuasen" los neuróticos (Heller *et al.*, 1984).

El uso de todos los servicios de salud mental, que incluyen los servicios a pacientes externos, por todos los segmentos de la población, se incrementó inicialmente como resultado de esta legislación para los centros comunitarios (Veroff, Douvan y Kulka, 1981). Se desconoce, sin embargo, si el incremento fue causado por la disponibilidad de los centros o por otros factores que intervinieron, tales como el aumento en el número de representaciones en la televisión de la psicoterapia y del trastorno mental que ocurrieron casi al mismo tiempo.

Como sería deseable, la política de la ciencia y el cambio político no siempre son fáciles. Una razón es que muchos individuos se resisten al cambio de cualquier tipo. A menudo el *statu quo* es más confortable, mientras que lo desconocido es incómodo. Otra razón por la que hay resistencia a los cambios arrolladores en la política es debido a que los grupos que compiten entre sí buscan diferentes resultados legislativos, por lo que

ocurre un cabildeo. **Cabildeo** significa que ciertas colectividades de individuos promueven sus propias causas políticas. A menudo estos grupos de cabildeo trabajan con propósitos cruzados entre sí. Por ejemplo, mientras un grupo (la Asociación estadounidense de psiquiatría) cabildea para incrementar los fondos para la investigación acerca de los fármacos psicotrópicos para dar asistencia a los que tienen trastornos mentales, otro grupo (manejado por las organizaciones de salud) cabildea por una legislación que pudiera controlar o limitar las prescripciones para ahorrar dinero.

Otra razón muy importante por la que la política pública a menudo falla en solucionar las necesidades reales en formas significativas es debido a que el cambio en la política y la investigación comunitaria es extremadamente difícil, incluso más difícil que la investigación que tiene lugar en el laboratorio. En la psicología comunitaria, la comunidad se convierte en el laboratorio. Dependiendo del diseño, el número de individuos puede aumentar; la falta de control sobre el diseño de la investigación y las variables externas aumentan, y los métodos de correlación donde la causa y el efecto son más difíciles de averiguar sobre los métodos experimentales (Duffy y Wong, 1996; Speer *et al.*, 1992).

Ya se han examinado los propósitos, las metas y la historia de la psicología comunitaria. Aunque podríamos enfocarnos en una variedad de grupos en nuestras comunidades, como los niños maltratados, los indigentes, los ancianos, los delincuentes juveniles y quienes dependen de sustancias químicas, en lugar de eso dedicaremos nuestra atención a quienes tienen trastornos mentales dentro de dichas comunidades. El enfoque de este libro es la psicología clínica, y las poblaciones con las que es más probable que trabajen los psicólogos clínicos es esta población clínica. Los psicólogos comunitarios también están interesados en esta población debido a que ellos también son ciudadanos de nuestras comunidades. En una breve historia exploraremos primero cómo llegaron a nuestras modernas comunidades los que sufren trastornos mentales, desde los antiguos asilos y hospitales.

LOS MENTALMENTE TRASTORNADOS EN NUESTRAS COMUNIDADES

En la década de los años sesenta, se hizo predominante la prescripción de fármacos psicoactivos. Los medicamentos psicofarmacológicos incluían antidepresivos, ansiolíticos, estabilizadores del estado de ánimo, neurolépticos (o antipsicóticos), psicoestimulantes y otros, como

se describió en el capítulo 12. El uso de estos medicamentos significaba que algunos individuos formalmente internados podrían ser regresados a la comunidad para su tratamiento y cuidado. Los años sesenta también vieron la aprobación de la ley de los Centros comunitarios de salud mental (Community mental health centers act), que buscaba asegurar que, cuando los pacientes regresaran a sus comunidades, estuvieran disponibles para ellos los centros comunitarios de salud mental con el fin de tratar sus necesidades diarias y de emergencia. De este modo, muchos pacientes se movieron de un tratamiento para pacientes internos en hospitales e instituciones a un estatus de pacientes externos en nuestras comunidades.

*El proceso de mudar a los que tienen trastornos mentales de las instituciones y hospitales a la comunidad se llama **desinstitucionalización**.* Sin embargo, algunos autores sienten que debido a que en verdad los que tienen trastornos mentales realmente se mudaron de una "institución individual piojosa a muchas instituciones despreciables" (Talbot, 1975, p. 530), un mejor término podría ser la transinstitucionalización. La **transinstitucionalización** se refiere a la noción de que un individuo dedica su vida a mudarse de una institución a otra (aunque no todas las instituciones sean hospitales). Hemos de ver dentro de poco en dónde se encuentran los trastornados mentalmente desinstitucionalizados en las comunidades estadounidenses. Otra razón para la desinstitucionalización en muchos estados ha sido una disminución económica general desde la década de los años sesenta. A menudo los recortes presupuestales se traducen en reducciones drásticas a los presupuestos de salud mental (Dumont, 1982). Si no existen los suficientes fondos para alojar en hospitales a los que tienen trastornos mentales, probablemente no hay el suficiente dinero para apoyarlos en la comunidad. A esta situación de financiamiento pobre se le debe agregar el hecho de que los trastornados mentalmente desinstitucionalizados no son bienvenidos en las calles de muchas comunidades. El resultado es un infeliz estado de acontecimientos.

Más aún, hay un fuerte vínculo causal entre el trastorno mental y la pobreza. Bruce, Takeuchi y Leaf (1991) examinaron patrones de nuevos trastornos que se desarrollaron en un periodo de más de 6 meses en un estudio epidemiológico de varios grupos étnicos y raciales. La **epidemiología** examina la ocurrencia y distribución de condiciones relacionadas con la salud en las poblaciones (Duffy y Wong, 1996). Los investigadores encontraron que una porción significativa de los nuevos episodios de trastornos mentales podría ser atribuida a la pobreza.

Por consiguiente, justo cuando la economía se encuentra en su peor momento y las instituciones están siendo cerradas, del mismo modo los ciudadanos están bajo coacción y la mayoría de ellos están necesitando servicios de salud mental adicionales. Debido a los recortes de presupuesto, es probable que no se presten estos servicios.

MEDICIÓN DEL ÉXITO DE LA VIDA COMUNITARIA PARA LOS TRASTORNADOS MENTALMENTE

De acuerdo con los psicólogos comunitarios, el ambiente ideal para los trastornados mentalmente es uno que mejore el bienestar y provea un óptimo ajuste entre las capacidades del individuo y la cantidad de apoyo provisto en el ambiente. Si un individuo vive exitosamente en una comunidad, los psicólogos deberán ser capaces de medir el éxito del individuo.

Algunos psicólogos clínicos y psicólogos comunitarios han sugerido que se pueden emplear varias escalas para evitar colocar prematuramente en la comunidad a individuos que pueden tener dificultades para ajustarse. Una de tales escalas es la Escala de competencia comunitaria (Community competence scale) desarrollada por Searight, Oliver y Grisso (1986). Esta escala tiene múltiples subescalas que miden la habilidad que tiene un individuo para resolver problemas, lo adecuado de su juicio social, así como otros factores relacionados con la competencia social. Searight y colaboradores también encontraron que la escala discrimina efectivamente entre los grupos de pacientes en la comunidad que requieren de diferentes niveles de guía.

Cuando un individuo es liberado en la comunidad, ¿qué es lo que se entiende exactamente por éxito? y ¿cómo se puede medir éste? Las medidas típicas del éxito de la vida en comunidad son la integración social y la reincidencia. La **integración social** se define como el compromiso del individuo en las instituciones formales de la comunidad (tales como las organizaciones de trabajo) así como su participación en la vida informal de la comunidad. La **reincidencia** significa la recaída o el regreso a la institución a alguna forma de cuidado o tratamiento intensivo. El primer término es de gran interés para los psicólogos, en especial para los psicólogos comunitarios. Estar socialmente integrado significa que un individuo está conectado de manera confiable con los demás en la comunidad. Los demás en la comunidad, tales como familia y amigos, pueden

funcionar como consejeros informales y como administradores del caso en alguna extensión para los individuos trastornados mentalmente y que pueden no tener la iniciativa o los recursos para seguir a través de su propio cuidado una vez que salen de la institución (Belcher, 1988). El segundo término, *reincidencia*, es de interés principalmente para los funcionarios de gobierno que esperan mantener las hospitalizaciones al mínimo debido a que son muy costosas.

Algunos psicólogos han examinado la reincidencia. Maier, Morrow y Miller (1989) desarrollaron un programa de preliberación para los individuos forenses trastornados mentalmente. (Para mayor información sobre la medicina forense, véase el capítulo 16 sobre psicología clínica forense.) Los individuos no sólo tienen un trastorno mental diagnosticado, sino que también han cometido un crimen, de ahí el término *forense*. La liberación de estos individuos en la comunidad es problemática debido a que sufren de un estigma dual, el de ser criminales y el de estar emocionalmente perturbados. El programa de Morrow y Miller contenía módulos que reorientan a los participantes hacia la comunidad y hacia las habilidades sociales, pero también contienen estipulaciones para un sistema de amigos, breves visitas a la comunidad antes de la liberación final, así como reuniones con los líderes de la comunidad. Los psicólogos alientan a los participantes para que tomen pasos pequeños, uno a la vez, antes de la liberación, en lugar de lanzarlos abruptamente a la sociedad. Durante un periodo de 24 meses sólo se cometió un crimen, mientras que los participantes hicieron más de 11,000 excursiones en la comunidad.

Otras medidas del éxito de la vida comunitaria varían de acuerdo con quién se pide que proporcione una definición. El personal de los servicios en comunidad y los miembros de la familia del trastornado mentalmente a menudo citan la calidad de vida como un criterio importante del éxito de la vida comunitaria. La calidad de vida a menudo se describe como el tener ropa limpia, un lugar aseado donde vivir, actividades útiles para ocupar el tiempo, alimentos nutritivos, un sentido de felicidad y así sucesivamente. Los psiquiatras y algunos otros psicólogos clínicos también pueden citar la falta de síntomas como otra medida deseable de la eficiencia de la vida en comunidad.

También se ha interrogado a los psicólogos clínicos sobre si los pacientes tendrán éxito y por qué cuando se coloquen en la comunidad. Stack, Lannon y Miley (1983) pidieron a los psicólogos clínicos que si pensa-

ban que los individuos podrían ser readmitidos en una institución dentro de los dos años siguientes a su liberación. Los juicios de los psicólogos clínicos fueron predispuestos con relación a los grupos étnicos de los pacientes. Esto es, se juzgó que era más probable que los afroamericanos se rehospitalizaran más que los blancos. Un segundo hallazgo fue que los psicólogos clínicos fueron indebidamente influenciados en sus percepciones, por la severidad del trastorno del paciente en lugar de otros factores más favorables, como la falta de una hospitalización anterior, la juventud del individuo bajo consideración y las circunstancias de la vida en vecindarios estables. Los psicólogos clínicos, entonces, necesitan poner atención a todo lo que representa el paciente y a su ambiente, no sólo a las características seleccionadas y probablemente prejuiciadas.

LAS REALIDADES DE LA VIDA COMUNITARIA PARA LOS TRASTORNADOS MENTALMENTE

Personas sin hogar

Nadie conoce el número exacto de los indigentes en Estados Unidos. Se estima un intervalo que va de 200,000 hasta más de 3 millones (Coalición nacional para los indigentes) (National coalition for the homeless, 1988). Los estadounidenses son un poco insensibles a las cifras elevadas, pero no ignoran esta última cifra. La población de una ciudad grande son 3 millones de individuos; de hecho, esta cifra sobrepasa la población de Wyoming, Vermont o Alaska (Kuhlman, 1994). Nadie está seguro de cuántos de estos indigentes también están trastornados mentalmente. Muchos estudios han encontrado que los que tienen trastornos mentales en gran parte son indigentes (por ejemplo, Morse, Calsyn y Burger, 1992; Mowbray, Bybee y Cohen, 1993). Rossi (1989) administró una escala de síntomas a un grupo participante de indigentes y encontró evidencia de depresión clínica o de pensamientos psicóticos en una cantidad que va de un 20 a un 30% de ellos. El grupo de indigentes de Rossi probó estar significativamente más dañado en estas escalas que los que estuvieron en su grupo de control de personas pobres con hogar. La vida en las calles sin un techo, o bien, vivir esporádicamente en refugios para indigentes, es una desafortunada opción de la comunidad para los trastornados mentalmente desinstitucionalizados.

Cárceles y prisiones

Parece que las cárceles y prisiones se usan demasiado a menudo para alojar a las personas trastornadas mentalmente. Diamond y Schnee (1990) rastrearon a los trastornados mentalmente crónicos y encontraron que estuvieron internados en las cárceles. Durante un periodo de dos años y medio, los hombres recurrieron a 11 diferentes sistemas de servicios. Los servicios de justicia criminal fueron los que más se usaron. Desafortunadamente, el mismo estudio demostró que los servicios del cuidado de salud mental que dichos hombres recibieron fueron sólo servicios de cuidado en crisis de corto plazo. (La intervención en crisis es tratada después.)

La mayoría de los psicólogos está de acuerdo en que las cárceles y prisiones están mal equipadas para proporcionar servicios terapéuticos para quienes presentan trastornos mentales (Freeman y Roesch, 1989). Las prisiones por lo general toman un método retributivo para la criminalidad más que un método de rehabilitación. Más aún, la mayoría del personal de las instalaciones correccionales no tiene capacitación en salud mental, por lo que están más interesados con los asuntos de custodia. Tal vez si las prisiones alojasen a las personas trastornadas mentalmente, el sistema de justicia y los profesionales de la salud mental necesitarían tener un enfoque más creativo e integrador para su cuidado (Pogrebin y Regoli, 1985).

Casas de atención

Es irónico que la mayoría de los individuos que fueron sacados de los hospitales psiquiátricos (desinstitucionalizados) sigan viviendo en instituciones. Aproximadamente 1.15 millones de pacientes antiguamente hospitalizados viven en casas de atención (Bootzin, Shadish y McSweeney, 1989). La industria de las casas de atención es actualmente el sistema más grande de cuidado a largo plazo para los trastornados mentalmente severos o persistentes (Bootzin *et. al.*, 1989). Tal vez debido a que las casas de atención se benefician financieramente, estas casas a menudo no regresan a los pacientes que antes estaban hospitalizados a los hospitales o a las comunidades.

Casas de cuidado y de albergue

Estos albergues con base en las comunidades incluyen casas de grupo y casas familiares de cuidado. Aproximadamente 500,000 individuos con trastornos mentales crónicos residen en estas instalaciones (Servicio de sa-

lud pública de Estados Unidos) (U.S. Public health service, 1980). Aunque estas casas pueden ser más pequeñas y más íntimas que las casas de atención, algunos de estos albergues siguen sin estar regulados en varios estados.

Segal, Silverman y Baumohl (1989) examinaron y describieron estas instalaciones en California. La casa familiar de atención es tradicionalmente pequeña, tiene una atmósfera y un estilo familiar y por lo regular es ocupada por el propietario. Por lo común, proveen poco con respecto a la supervisión terapéutica o médica. También es poco probable que estas casas conduzcan programas diseñados para hacer a los residentes más independientes o para mejorar su bienestar como residentes.

Las casas de grupo comúnmente son un poco más grandes que las casas familiares de atención. De acuerdo con el grupo Segal, estas casas atienden a la población de edad avanzada y tradicionalmente no controlan a los residentes tanto como las casas familiares. En la mayor parte de estas casas de grupo hay pocas reglas, programas u horas de dormir. Algunas de las casas más grandes (de más de 30 camas) proveen programas diseñados para mejorar las habilidades sociales. Entre más grande es la casa tiende a ejercerse más control sobre los residentes que el que ejercen las casas de los grupos pequeños.

INTERVENCIONES COMUNITARIAS CON LOS TRASTORNADOS MENTALMENTE

Cuando los psicólogos comunitarios critican a otros profesionales debido a los tratamientos inadecuados a los trastornados mentalmente, es de incumbencia de los psicólogos que están en la comunidad diseñar e implementar intervenciones alternativas. Es justamente lo que hacen los psicólogos comunitarios. Esta sección está dedicada a revisar las ubicaciones alternativas en la comunidad y las intervenciones para esta población. En la actualidad hay varios programas alternativos; incluyen grupos de apoyo, intervenciones en crisis, clubes psicosociales y manejo agresivo de los casos.

¿Qué características de las intervenciones y programas comunitarios hacen de tales programas algo exitoso? Price, Cowen, Lorion y Ramos-McKay (1988) ofrecen algunos lineamientos. Primero, los programas modelo tienen objetivos centrales, esto es, están enfocados a grupos específicos cuyas fortalezas y riesgos son bien conocidos por quienes desarrollan el programa. Segundo, los programas están diseñados para alterar la trayectoria de la vida de las personas que participan en ellos. En otras palabras, se pretende que los programas

apunten a un cambio a largo plazo en lugar de a uno a corto plazo. Los programas exitosos brindan a los participantes nuevas habilidades para enfrentar de manera más eficiente los problemas cotidianos. Los programas también proveen apoyo social de forma que los individuos puedan hacer una transición de un suceso de la vida al siguiente. Las transiciones de la vida, tales como la transición entre la escuela secundaria y el bachillerato, o entre la hospitalización y la dada de alta para ir a la comunidad, son acontecimientos memorables o cambios que producen estrés y, por consiguiente, pueden ocasionar que la trayectoria de una persona se frene o se mueva en forma descendente (Duffy y Wong, 1996). De hecho, los programas modelo aprovechan los apoyos naturales (por ejemplo, la familia) que ya están en el lugar y que fortalecen estos apoyos. Los programas exitosos son constantemente monitoreados y evaluados de forma que puedan evidenciar su éxito. Dichos programas se pueden transportar completamente o en parte a otras comunidades y a otros grupos, por lo que es importante que la información acerca de estos programas sea compartida no sólo en publicaciones psicológicas, sino también con los profesionales en el campo.

Grupos de apoyo

El apoyo social y los grupos de apoyo no son ideas nuevas. Alcohólicos Anónimos (AA) fue una de las primeras redes de apoyo formadas en Estados Unidos. Los miembros de AA, o los alcohólicos recuperados, se juntan una o dos veces al día para dar apoyo a los demás y para darles consejos sobre cómo enfrentar el alcoholismo. Los miembros se ayudan entre sí a reconocer que son alcohólicos, a recuperarse del alcoholismo y a prevenir la reincidencia. A partir de AA, se han formando otros grupos reconocidos de apoyo. Otro grupo muy conocido es Alanon, que proporciona apoyo a las familias y a los amigos de los alcohólicos. Otro es Drogadictos anónimos, que hace lo mismo para los que se están recobrando de las adicciones a otras sustancias, como la heroína.

Tales grupos de autoayuda proveen apoyo social. John Cassel (1974) y Gerald Caplan (1974) identificaron y describieron el apoyo social. Los **grupos de apoyo**, también conocidos como **grupos de autoayuda** o **grupos de ayuda mutua**, incluyen a individuos en condiciones similares que se juntan para proporcionar asistencia y apoyo emocional y de otros tipos a los demás. Los investigadores contemporáneos han reconoci-

do que el apoyo social no necesita tener lugar en un grupo de apoyo formal; los amigos y los familiares también pueden proporcionar un apoyo informal, que a menudo es tan útil como los grupos de apoyo formales y algunas veces tan útil como la psicoterapia a largo plazo con un psicólogo o un psiquiatra. Al igual que la psicoterapia, el apoyo social es reconocido como algo que es de naturaleza transaccional. Esto es, el apoyo es un fenómeno de dos sentidos, en el que el apoyo provisto afecta tanto el funcionamiento del individuo, como éste influye tanto en el apoyo como en la atención que reciben (Shumaker y Brownell, 1984).

Se considera en general que el apoyo social mejora el bienestar de los individuos involucrados y provee varios beneficios. Shumaker y Brownell (1984) revisaron varios de estos beneficios. El primero y más importante en relación con lo que se está discutiendo es el apoyo social que por lo general sirve para mejorar la autoidentidad y la autoestima. El apoyo social también sirve para reducir la tensión, probablemente al ampliar y aclarar la comprensión de los acontecimientos estresantes por parte del individuo afectado.

El concepto de apoyo social incluye varios subconceptos. La **implantación social** es el número o cantidad de conexiones que un individuo tiene con personas que le importan que puedan ofrecer asistencia. Un individuo bien relacionado tiene muchos amigos, miembros familiares y otros asociados de los cuales probablemente obtendrá apoyo. El **apoyo decretado** es la disponibilidad del apoyo real. Se refiere a las acciones concretas que otros realizan cuando prestan asistencia. Este tipo de apoyo va más allá de tener meramente amigos; es más conductista en el sentido de los amigos que realmente proveen apoyo. El **apoyo social percibido** se refiere a otra percepción relacionada. Éste es el concepto que más se investiga en la bibliografía y se refiere a la apreciación de uno de estar confiadamente conectado con los demás. En otras palabras, es la percepción de qué tan disponible y qué tan adecuado es el apoyo social que lo hace valioso (Duffy y Wong, 1996).

Un segundo tema en la bibliografía del apoyo social es *cómo o por qué* es efectivo el apoyo social, si es que acaso lo es. Brownell y Shumaker (1984) proveen una buena revisión de los modos por los que el apoyo social puede operar. En un principio parece que el apoyo social tiene efectos directos. Esto es, puede tener el efecto de incrementar directamente la salud o los comportamientos para enfrentarse mejor a la vida en los receptores del apoyo. Por ejemplo, cuando los miembros

de la familia alientan a los individuos trastornados mentalmente a seguir con su régimen de medicamentos debido a que así funcionarán mejor, están proporcionando apoyo social directo.

El apoyo social también puede proporcionar efectos indirectos. Éste puede funcionar para ayudar a los receptores a sentir menos tensión o a percibir de modo menos severo los sucesos estresantes. Por ejemplo, cuando una persona trastornada mentalmente desea consultar a su psicólogo, pero éste se encuentra de vacaciones, un amigo le puede hacer recordar al paciente que en alguna otra ocasión cuando el psicólogo no estaba disponible, logró salir adelante de esa experiencia.

Otro efecto del apoyo social es el de amortiguador o de mejora. El apoyo es amortiguador debido a que un amigo o miembro de la familia nota que el individuo afligido se está enfrentando a la vida tan bien o mejor que otros individuos que se encuentran en la misma situación. Por ejemplo, a una persona con un diagnóstico dual (depresión y alcoholismo) sus amigos en AA le pueden hacer recordar que muchos otros han tenido recaídas alcohólicas y que él no es una mala persona, sino que sólo tuvo un momento de aparente debilidad.

Un último efecto del apoyo social es el de acelerador. El apoyo social algunas veces puede convertir las experiencias positivas en más positivas o más alegres. Por ejemplo, cuando un individuo que ha sido sacado del internado y tiene éxito durante el primer mes de su vida independiente, los amigos pueden hacer comentarios positivos y hacer que este éxito sea más feliz para el individuo que recientemente recobró su independencia.

Ningún estudio ha demostrado con exactitud los efectos del apoyo social o de los grupos de autoayuda. En otras palabras, los psicólogos todavía no saben cuáles, si acaso hay alguno, de estos efectos son el vehículo particular más importante por el cual el apoyo funciona o si todos combinados son efectivos. Mientras que los investigadores continúan explorando este tema fértil y popular, por ahora es suficiente reconocer que todos los estudios disponibles usan diferentes poblaciones, así como también diferentes metodologías y estadísticas, por lo que las interpretaciones de los estudios no se pueden comparar. Tebes y Kraemer (1991) exploraron con más detalle esta complejidad de las investigaciones del apoyo social para los lectores interesados.

El concepto del apoyo social siempre tiene controversias en la bibliografía. Examinemos más sobre los temas relacionados con el apoyo social y los grupos de autoayuda. Otro asunto relevante es la medición del

apoyo social. Debido a que hay ciertas disputas sobre cómo medirlo, no sorprende que haya un desacuerdo acerca de su medición. Se han desarrollado una variedad de medidas, pero las propiedades psicométricas siguen siendo examinadas (Fiore, Coppel, Becker y Cox, 1986). *El inventario de las conductas socialmente respaldadas* (*The inventory of socially supportive behaviors*), o ISSB (Barrera, Sandler y Ramsey, 1981), es una escala de 40 reactivos sobre la que los encuestados reportan la frecuencia con la que recibieron las acciones de apoyo en una escala de cinco puntos. Los autores reportaron una confiabilidad test-retest y una consistencia interna adecuadas. Entre otras, los reactivos de la muestra incluían: "estuvo bien para usted (físicamente) en una situación estresante" y "le asistieron para establecer una meta para usted".

Una segunda escala es la *Escala de conductas de apoyo social* (*Social support behaviors scale*) (Vaux, Riedel y Stewart, 1987). Esta escala de 45 reactivos toca cinco modos de apoyo: apoyo emocional, socialización, asistencia práctica, apoyo financiero y consejos. Los encuestados reportaron en forma separada acerca de la familia y los amigos. El SS-B difiere del ISSB en que éste pregunta acerca de los comportamientos de apoyo promulgados o existentes, mientras que aquél cuestiona acerca de la probabilidad de apoyo o la disponibilidad de éste.

Otro asunto relacionado con el apoyo social es que no siempre es útil para la persona que lo recibe. Las investigaciones han demostrado que cuando se da en un momento equivocado o cuando se percibe como algo que amenaza la autoestima, puede tener efectos nocivos. Más aún, cuando la persona que proporciona el apoyo insinúa que el que lo recibe debe admitir un deterioro, entonces el apoyo social es algo que actúa en detrimento (Shinn, Lehmann y Wong, 1984). Shinn y sus colaboradores también nos recuerdan que en Estados Unidos existe una norma de reciprocidad por la cual, cuando se brinda ayuda, hay una expectativa de que ésta será reembolsada. Esta situación algunas veces coloca a la persona que la recibe en una posición de estatus más bajo hasta que ocurra el reembolso. Shinn y sus colaboradores sugieren que bajo circunstancias en las que la reciprocidad es imposible, por ejemplo, cuando quien tiene un trastorno mental no puede por diversas razones retribuir al que le proporciona el apoyo, le puede servir mejor al individuo la ayuda profesional (esto es, no amenazar la autoestima), puesto que no se espera una reciprocidad.

Un asunto final es el de la persona que proporciona el cuidado, ya sea miembro de la familia o un amigo. Para ellos, el dar apoyo social intenso y continuo puede convertirse en algo angustiante, debido a la demanda de cuidado por parte de una persona mentalmente enferma en condiciones graves, así como por el estigma adherido a los trastornos mentales. Ningún estudio reciente demuestra esta situación mejor que el de Rauktis, Koeske y Tershko (1995). Este grupo investigó tanto las interacciones sociales positivas como las negativas y sus efectos sobre la salud mental de los individuos que cuidan de un miembro de la familia con un trastorno mental grave. Aunque en general las investigaciones apoyan los efectos benéficos directos del apoyo social, una relación muy cercana también puede ser una fuente de frustración y de conflicto. La investigación muestra tradicionalmente que los cuidadores tienen una salud física deficiente, una salud mental mala y una calidad de vida más baja que la población en general. Las conclusiones principales de Rauktis, Koeske y Tershko son que las interacciones sociales negativas contribuyen significativamente a la explicación de los sentimientos de angustia y depresión de las personas que proveen los cuidados, pero las interacciones sociales positivas no tienen una contribución significativa a los sentimientos de la salud mental.

Los resultados de este estudio tienen implicaciones tanto para los psicólogos clínicos como para los comunitarios. Una de las implicaciones clínicas es que cuando se trabaja con miembros de familias que son los que proporcionan los cuidados a los trastornados mentalmente, el psicólogo clínico puede preparar al miembro de la familia para que enfrente la posibilidad de que se den interacciones sociales negativas, como las críticas y el distanciamiento de los amigos. La preparación puede ayudar a los cuidadores para que prevean qué individuos pueden ser más bien una fuente de interacción social positiva que negativa. También se puede enseñar a los cuidadores la manera de solicitar cambios en el comportamiento de otros, así como de indicar la necesidad de una escucha empática.

En un nivel comunitario, es importante educar a la red de cuidadores de apoyo. Los amigos y familiares necesitan estar informados acerca de los síntomas, causas y tratamientos de los trastornos mentales graves. Tal educación antiestigmas es importante en la humanización de los trastornos mentales, no sólo para el individuo que los padece, sino también para los cuidadores (Rauktis *et al.*, 1995).

Clubes psicosociales

Otra forma de intervención para los trastornados mentalmente que está basada en la comunidad es un club. Los *clubes psicosociales* o las *casas club* son organizaciones comunitarias diseñadas para mejorar la calidad de la vida diaria de los miembros, quienes comúnmente son personas con trastornos mentales que fueron retirados de un internado. Esto se logra al ofrecer un ambiente de apoyo protector (usualmente) de día y a que provee a menudo actividades prevocacionales. Su membresía también les da a los individuos que estuvieron hospitalizados una red de personal de apoyo social y de otros miembros, así como actividades estructuradas que pueden incluir, pero que no se limitan al entrenamiento en el manejo de la vida y de habilidades interpersonales (Mastboom, 1992). Los programas intentan proveer una intervención basada en la comunidad para los individuos trastornados mentalmente con el fin de reintegrarlos exitosamente en la comunidad. La mayor parte de los clubes operan democráticamente puesto que sus miembros toman la mayor parte de las decisiones. De este modo, los programas reúnen algunas de las metas de la psicología en comunitaria.

Tales organizaciones han atestiguado un crecimiento fenomenal durante las últimas dos décadas. Nadie sabe cuántas existen, pero en algunas localidades hay una extensa red de casas club. Por ejemplo, Massachusetts estableció un programa inicial de 18 casas club en todo el estado (Dudek y Stein, 1992). Las casas club de Massachusetts no sólo proveen apoyo social y capacitación a los miembros, sino también educación acerca de las casas club para los profesionales en salud mental y para los miembros de la familia de un trastornado mentalmente. De hecho, hay tantas casas club disponibles en Estados Unidos que hay una organización nacional, el Programa Nacional de Expansión de Casas Club (National Clubhouse Expansion Program), y se han desarrollado estándares para el establecimiento de esas casas (Propst, 1992), que tienen que ver con la elección de miembros, espacio, actividades típicas, empleo, fondos y autoridad, entre otros asuntos. Por ejemplo, con relación a las políticas, Glickman (1992) sugiere que la elección en los programas diarios es esencial debido a que algunos miembros están tan deshabilitados por sus enfermedades que son incapaces de participar activamente en todas las actividades de la casa club. Por consiguiente, como concluye Glickman, es mejor no hacer obligatoria la participación en las actividades.

Debido a que estos clubes han proliferado recientemente, algunos de ellos han sido capaces de volverse más especializados o de ofrecer programas especializados. Scharzter (1992) describe un club psicosocial que se especializó en el abuso de sustancias entre los miembros. El diagnóstico dual es algo común entre los trastornados mentalmente. (Los individuos con el diagnóstico dual de un trastorno mental y de abuso de sustancias químicas a menudo es etiquetado como MICA.) Scharzter describe un programa llamado "Make life count" ("Hacer que la vida cuente"), en el que se discute abiertamente el abuso de las sustancias, y los nuevos miembros son cuestionados sobre dicho abuso en su valoración y proyección iniciales. Se establecen coberturas semanales sobre drogas para los miembros que desean mantenerse sin drogas. También se ofrecen contactos con otros programas de tratamiento, que incluyen a los Drogadictos Anónimos y a los Alcohólicos Anónimos.

Otras casas club se especializan en el adiestramiento para el trabajo (Vorspan, 1992). A menudo el adiestramiento tiene lugar en un día laborable normal, cuando se establece un programa de trabajo y se ofrece adiestramiento prevocacional. A menudo hay algún tipo de situación de empleo de transición que consiste en trabajo de medio tiempo pagado, ya sea dentro o fuera del club. El empleo de transición ayuda a los miembros a ser admitidos lentamente de nuevo a una sociedad que alguna vez los rechazó (Bilby, 1992). Tal forma de empleo no está exenta de controversias, por una diversidad de razones. Algunos han argumentado que la transición a un empleo de tiempo completo se hace más difícil en lugar de menos difícil, debido a los empleos de transición (Bilby, 1992). Algunos clubes enfatizan la educación universitaria y postécnica (Dougherty, Hastie, Bernard y Broadhurst, 1992).

¿Son efectivos tales clubes psicológicos? Un estudio examinó los efectos de los miembros de la casa club sobre los participantes desde antes de que fueran miembros hasta después de serlo. Los resultados mostraron que los participantes fueron hospitalizados por razones psiquiátricas cinco veces más, *antes* de ser miembros que *después* de serlo. El investigador (Wilkinson, 1992) sugiere que esto acentúa el costo-eficiencia de los programas de las casas club, ya que la hospitalización es muy costosa. Los datos de otros estudios de los clubes que proveen oportunidades educativas demostraron que después de 6 meses, 74% de los participantes siguieron enrolados en los programas educativos (universitarios y postécnicos), y que

36.8% continuó después de 18 meses con una calificación media promedio de 3.0 (calificación en EE.UU.) (Dougherty *et al.*, 1992). Corrigan y colaboradores (1992) también encontraron que en un club que enfatizó las habilidades para encontrar trabajo, los miembros del club crearon habilidades significativamente mejoradas para las entrevistas de trabajo y mejoraron su calidad de vida anterior, después de su participación. De este modo, de esta evidencia inicial, las casas club parecen ser bastante efectivas.

Intervención en crisis

En muchas comunidades estadounidenses, cuando un individuo se encuentra en estado de crisis, no se llama al profesional en salud mental, sino que se llama a la policía (Baumann, Schultz, Brown, Paredes y Hepe-worth, 1987). A menudo la policía no está capacitada para enfrentar las situaciones relacionadas con la salud mental y domésticas; esto no es un buen uso del tiempo de la policía dado que su finalidad principal es combatir la delincuencia. En un programa innovador, Bauma y colaboradores adiestraron a voluntarios de la comunidad en técnicas de seguridad e intervención en crisis. Cuando la policía era requerida para un caso de crisis doméstica o de salud mental, un oficial llamaba al equipo de voluntarios adiestrados para que les ayudaran en la crisis. El programa por lo general dio como resultado la utilización de menos tiempo de los policías en cada caso. El resultado también indicó que la gente adiestrada podía resultar eficiente en una variedad de crisis. Olivero y Hanson (1994) sugieren que la policía puede y debe llamar a los profesionales en salud mental y que, en forma colectiva, deberán desarrollar acuerdos acerca de cómo operará cada uno de ellos en situaciones de crisis.

La meta principal de las intervenciones psicológicas en crisis es ayudar a la gente con estados agudos de angustia y brindarles el apoyo suficiente para evitar que desarrollen un estado de angustia crónico (Slaikeu, 1984). Esto es consistente en parte con uno de los mandatos de la ley de los Centros de salud mental comunitaria (Community mental health centers act), que no significa más que el cuidado de emergencia esté disponible 24 horas para los trastornados mentalmente. Debido a la urgencia de las crisis y a que el responder a ellas requiere flexibilidad y versatilidad, este tipo de intervención es bastante diferente de las intervenciones clínicas tradicionales como la psicoterapia. Los prime-

ros programas de intervención en crisis fueron tradicionalmente servicios telefónicos de 24 horas o "líneas de auxilio". Las 24 horas del día había en las líneas telefónicas personal voluntario, capacitado para intervenir en los casos de crisis. Muchas de estas líneas de auxilio fueron establecidas con el único y principal propósito de la prevención del suicidio.

¿Son efectivos estos esfuerzos para la prevención del suicidio? Aquí es necesario ser cautos debido a que es difícil llevar a cabo esta investigación. Por ejemplo, es difícil encontrar grupos de control para los estudios de las intervenciones en crisis. Algunos estudios utilizan pacientes en lista de espera; sin embargo, podría ser poco ético tener en lista de espera a los individuos con tendencias suicidas. Estos individuos simplemente no pueden esperar, debido a que sus crisis a menudo son agudas y muy dolorosas. Un estudio usó un diseño anterior-posterior (pre-post) y una gran cantidad de participantes para compensar los problemas del diseño. Leenaars y Lester (1995) realizaron estudios a gran escala en todo Canadá para determinar si la presencia de los centros de crisis han cambiado las tasas de suicidios en ese país. Las correlaciones fueron calculadas entre la presencia de los servicios de crisis en 1985 y 1991 y los cambios en las tasas de suicidio durante ese tiempo. Las correlaciones indicaron que entre más servicios de crisis estaban presentes en una región, era más probable que disminuyeran las tasas de suicidios durante los seis años en cuestión.

También se ha estudiado si el sistema de intervenciones telefónicas es tan efectivo como el *cómo* y el *cuándo*. Echtering y Hartsough (1989) monitorearon 59 llamadas en una línea con personal voluntario para los casos de crisis. Fueron grabadas y codificadas las conversaciones de los voluntarios para determinar la secuencia y utilidad de los pasos en el proceso. Parecía haber tres fases importantes en este tipo de intervenciones de crisis a corto plazo:

1. Valoración o evaluación de la naturaleza e intensidad de la crisis.
2. Integración emocional (respuesta a las emociones de la persona que llama).
3. Solución de problemas o enfocarse en las acciones específicas a tomarse.

Estos tres pasos, en este orden fueron los que probablemente terminaron en éxito, esto es, en el aligeramiento de la angustia de la persona que llamó.

Los servicios de crisis han crecido más allá de su modelo inicial. No sólo se trata de que estos servicios ya no se realicen exclusivamente por teléfono, sino que también estos servicios están diseñados para intervenir en una variedad de situaciones, no únicamente en los suicidios potenciales. Ahora, gran parte del trabajo en los casos de crisis se realiza cara a cara. Un ejemplo de esto es el método del equipo de salud mental móvil. Estos equipos a menudo van a la escena de la crisis para realizar una intervención inmediata. En las grandes ciudades, algunos equipos se especializan en los servicios de salud mental para niños y adolescentes, algunos otros en el abuso del alcohol y otras sustancias o en la violencia doméstica y así sucesivamente. Un reciente estudio ha examinado la efectividad de la intervención psiquiátrica móvil de 24 horas. Reding y Raphelson (1995) evaluaron el efecto de un equipo de intervención en crisis de 24 horas con relación al número de admisiones psiquiátricas en los hospitales. Examinaron específicamente si era útil para el equipo añadir psiquiatras (quienes, por ejemplo, podrían proveer medicamentos). Los resultados indicaron que el número de admisiones a los hospitales durante el periodo del programa (seis meses) fue significativamente menor que las admisiones durante el mismo periodo durante los dos años previos. Al abandonar el equipo el psiquiatra, se incrementó nuevamente el número de admisiones.

Un segundo estudio también ha demostrado que los programas de intervención en crisis, aunque pueden ser caros, realmente son de costo-efectivo. Bengelsdorf, Church, Kaye y Orlowski (1993) examinaron si un servicio profesional de intervención móvil en crisis fue efectivo para alejar a los pacientes de las admisiones hospitalarias y acercarlos a tratamientos basados en la comunidad. Por lo general, se sabe que la hospitalización es más cara que los tratamientos para los pacientes externos. Fueron rastreados durante seis meses 50 adultos con trastornos mentales. Aunque sus servicios en crisis costaron más de \$54,000.00 (USD), las admisiones en hospitales pudieron haber costado al menos, aparte de esta cantidad, otros \$43,000 (USD).

Como se mencionó anteriormente, los servicios de crisis ayudan a la gente a enfrentarse a más cosas que las tendencias suicidas. Varios tipos de intervenciones para las crisis han ayudado a los individuos en las comunidades a enfrentarse con los accidentes mayores de escuela (Weinberg, 1990), desastres militares (McCaughy, 1987), terrorismo internacional (Lanza, 1986) y desastres aéreos (Kroon y Overdijk, 1993), por

mencionar unas cuantas situaciones de crisis. Tal vez otra gran área de expansión es la de los asuntos de mujeres. Han proliferado, desde el inicio de la década de los años setenta, la intervención en las crisis por violación y los refugios temporales para las víctimas de violencia doméstica, que a menudo proveen consejos inmediatos.

Manejo asertivo del caso

Muchas intervenciones basadas en la comunidad para los trastornados mentalmente involucran el manejo del caso, donde quien lo maneja, por ejemplo un trabajador social, mantiene contacto con el paciente o cliente. Estos manejadores a menudo actúan como consejeros del paciente, como intermediarios para conseguir ayuda para el paciente en otros servicios de la comunidad, realizan el seguimiento de sus regímenes de medicamentos, les enseñan las habilidades de la vida cotidiana, tales como las compras en la tienda de comestibles y así sucesivamente.

Recientemente, la bibliografía en la materia le ha puesto atención al **manejo asertivo del caso**, también conocido como **manejo intensivo del caso o tratamiento asertivo comunitario (TAC)**, donde la carga de trabajo del caso es lo suficientemente pequeña de forma que quien maneja el caso pueda proveer un apoyo intensivo al paciente. Esta técnica de manejo del caso es similar a otras formas de manejo, pero ésta es más intensa y la carga de trabajo del caso tradicionalmente es más pequeña, 10 pacientes para un manejador. El primer programa de tratamiento asertivo comunitario fue desarrollado hace más de veinte años en Madison, Wisconsin, por Stein y Test (1980). El TAC ha surgido ahora como uno de los principales tratamientos y métodos de rehabilitación reconocidos para individuos gravemente enfermos mentalmente (Bond, Witheridge, Dincin y Wasmer, 1991; Mowbray, 1990). El TAC es bastante diferente de otras intervenciones, especialmente en que los profesionales de la salud mental no sólo "están autorizados, sino que se requiere que dejen el medio confortable de sus hospitales y clínicas, y hagan la mayor parte de su trabajo en las casas y vecindarios de sus pacientes" (Bond *et. al.*, 1991, p. 42). En la mayor parte de los programas TAC también se desea incluir a los pacientes más difíciles.

Mowbray (1990) expresó su sorpresa de que el TAC no haya sido reconocido de manera más completa por los psicólogos comunitarios debido a que apoya algu-

nas de las principales doctrinas de la psicología comunitaria. Por una parte, el TAC utiliza el tratamiento de tomar la delantera, así como los tratamientos en vivo, por lo que adopta un método ecológico. Más aún, la baja relación (en porcentaje) de personal-paciente, asegura que cada miembro del equipo está bien familiarizado con cada paciente y sus circunstancias únicas. Los lineamientos TAC también incluyen la capitalización de las fortalezas de los pacientes en lugar de las debilidades. Aunque el TAC no es un programa principalmente preventivo, fue en su origen diseñado como alternativo a la hospitalización. Debido a que trabajan muy de cerca con los pacientes, los miembros del personal del TAC pueden detectar las primeras señales de alerta de la tensión del paciente o de las fases agudas de los trastornos. De este modo, el programa provee una prevención secundaria. Debido a que el TAC enfatiza la integración de los servicios para el paciente, y debido a que se requiere un método integral para identificar las necesidades del paciente, el TAC también es semejante a la psicología comunitaria.

Las investigaciones preliminares sugieren que el TAC es efectivo. Bond y asociados (1990) encontraron que, en general, después de un año, 76% de los pacientes TAC siguieron involucrados con dicho tratamiento, en comparación con 7% de pacientes que siguieron involucrados en un centro de entrada por salida. Los pacientes TAC promediaron significativamente menos hospitalizaciones y menos días de estadía en el hospital. Los pacientes mismos reportaron una mayor satisfacción con el programa TAC, menos contactos con la policía y situaciones de alojamiento más estables, que los pacientes de un centro de entrada por salida.

En un estudio más reciente, Neale y Rosenbeck (1995) encontraron que una fuerte alianza entre los manejadores de casos y los pacientes fue asociada con una gravedad reducida en los síntomas y una mejora global del funcionamiento tal como fueron calificadas por asesores independientes. Las fuertes alianzas manejador-paciente también dieron como resultado altas calificaciones en los pacientes por sus habilidades para vivir en comunidad. Essock y Kontos (1995) también encontraron que los pacientes TAC fueron hospitalizados aproximadamente a la mitad de lo acostumbrado y fue menos probable que estuvieran sin una residencia permanente al compararlos con los pacientes en los servicios estándar. Finalmente, Dvoskin y Steadman (1994) encontraron que los pacientes TAC pasan menos días en prisión o cárceles que los miembros de un

grupo comparativo. Entonces, en primera instancia, el TAC parece ser altamente exitoso.

Sin embargo, este tratamiento no ha estado libre de las críticas. Toro (1990) criticó la forma en que se realizan las investigaciones del TAC. Hace notar que se necesitan periodos de seguimiento más largos después de que se utiliza el TAC. En otras palabras, necesitamos examinar los efectos a largo plazo de las diversas intervenciones, seguir las rehospitalizaciones como una medida del éxito o del fracaso y examinar otras medidas de los resultados tales como las tasas de empleo y la estabilidad en el alojamiento.

Otras críticas incluyen a las de Solomon y Draine (1995), quienes encontraron que los manejadores de los casos pueden estar sirviendo a algunas de las mismas funciones que tradicionalmente eran proporcionadas por las familias de los trastornados mentalmente y de este modo el TAC puede tener un efecto adverso o desalentador en las relaciones familiares. Botterbusch (1994), en un estudio donde obtuvo datos de 107 pacientes TAC y 25 manejadores de casos, encontró que el consumidor del TAC sigue teniendo poco apoyo de las comunidades grandes y sigue estando socialmente aislado. También encontró que los manejadores de los casos interactuaron más con otros profesionales que con otros miembros de la comunidad. Mowbray (1990) también comentó que el TAC podría no ser habilitador; esto es, los programas TAC pueden no apoyar lo suficiente la independencia y crecimiento de los pacientes. De hecho, la dependencia de los pacientes en el hospital puede ser meramente reemplazada por la dependencia en el manejador de casos TAC; de ser así, puede ser que en realidad los pacientes no estén siendo fortalecidos por el TAC.

Para corregir el aislamiento social de las personas con trastornos mentales, aun con el TAC, algunos profesionales de la salud mental han sugerido combinar el TAC con los esfuerzos de rehabilitación psicosocial como las casas club. En efecto, Macias, Kinney, Farley y Jackson (1994) encontraron que los manejadores de casos integrados con la rehabilitación psicosocial dieron como resultado un funcionamiento más alto en el paciente y menos sintomatología que la encontrada en los pacientes que recibieron únicamente rehabilitación psicosocial. Bond (1994) ha pedido más investigaciones sobre esta sugerencia. Corrigan y Kayton-Weinberg (1993) también han apoyado que se pase de un manejo de casos agresivo o asertivo a un manejo de casos enfocado a los problemas para quienes tienen trastornos

mentales severos, con el fin de reducir su dependencia de los profesionales de la salud mental. Los manejadores de casos, enfocados en la resolución de problemas, enseñan a los pacientes cómo identificar y resolver por sí mismos los predicamentos basados en la comunidad, de forma que se hagan más independientes del sistema de salud mental.

En resumen, los tratamientos asertivos comunitarios TAC ofrecen una gran esperanza para los enfermos mentales que son retirados de los hospitales, pero se necesita continuar afinando los programas.

PROGRAMAS ESPECIALES PARA EL FUTURO DE LAS COMUNIDADES: LOS NIÑOS

La mayor parte de los programas discutidos hasta ahora son para adultos. Sin embargo, los niños constituyen un gran componente de las poblaciones de nuestras comunidades, y que casi todo el mundo está de acuerdo en que los niños tienen en sus manos la clave de nuestras comunidades futuras. Brevemente cambiaremos nuestra atención al rol de la psicología comunitaria con relación a los niños.

Un programa para padres

Cuando los niños son agresivos, hiperactivos o temerosos, y/o no prestan atención a sus padres, otros responden a estos niños en formas represivas o disfuncionales. De este modo, se desarrolla un círculo vicioso de comportamiento antisocial y de rechazo social. Existe en el Centro de desarrollo de la relación padre-hijo de Houston (Houston parent-child development center) un programa para prevenir el inicio de este ciclo (Johnson, 1988). El programa, presentado en el libro mencionado anteriormente, *catorce libras de prevención* (*Fourteen ounces of prevention*), es realmente un programa de prevención primaria, ya que comienza con los niños al año de edad y con sus padres. Las familias México-estadounidenses que participaron fueron consideradas como que estaban en riesgo por el ciclo de comportamiento antisocial de los niños y por el rechazo social de los demás hacia los niños. Los factores de riesgo fueron la pobreza y el estatus de minoría.

Una característica importante del programa, además de ser consistente con la psicología comunitaria, es que éste fue diseñado para este grupo específico de familias. Por ejemplo, el programa fue realizado principal-

mente en español. En segundo lugar, una investigación en estas familias reveló que era poco probable que las mujeres México-estadounidenses dejaran sus casas y que las interacciones sociales de las madres con gente que no fueran allegados inmediatos eran consideradas indeseables. Otra característica esencial del programa es que la transportación fue provista para los viajes de las madres al centro y para las visitas a la clínica de salud de la comunidad. Aun otra característica es que, además de las madres y los niños, se incluían más participantes del programa; los padres y otros miembros de la familia fueron incluidos tan a menudo como fue posible, aunque esto significara realizar algunas de las actividades programadas en los fines de semana. El programa también fue muy intensivo. Los padres tuvieron que participar durante 550 horas, el equivalente a tres semestres de trabajo universitario.

El programa tuvo lugar en dos etapas. En la primera, cuando el niño tenía un año de edad, los miembros del personal visitaron las casas. Estas sesiones se enfocaron en el entendimiento de la madre y del padre del progreso en el desarrollo del niño y del impacto que los padres podían tener sobre su desarrollo. Se enseñó a los padres acerca de aspectos del desarrollo, como el desarrollo del lenguaje, los juguetes y juegos que enriquecen el desarrollo, y el crecimiento físico. De forma interesante, los miembros del personal no fueron profesionales, sino que más bien, fueron otras mujeres del barrio.

En el segundo año del programa, las familias llegaron al centro, donde interactuaron en grupos. Los participantes de dos años de edad participaron dentro de guarderías mientras que las madres acudieron a clases sobre el manejo de la casa, cooperativas de consumidores y cosas por el estilo. Los padres fueron educados acerca del trato con los problemas de comportamiento, tales como berrinches. También se invitó a los padres para que sugiriesen módulos del programa.

Son notables los resultados a corto y largo plazos. Primero, los investigadores grabaron en video las interacciones de madre-hijo y encontraron que las madres en el programa, comparadas con las madres de control, fueron más cariñosas, usaron más las alabanzas, menos la crítica, fueron menos rígidas y alentaron más las verbalizaciones de sus hijos. Las casas de las madres del programa también fueron educativamente más enriquecedoras. Los niños también fueron evaluados entre segundo y quinto grado. Se encontró que los niños del programa expresaron menos sus impulsos reprimidos,

que fueron menos impulsivos y destructivos, y que estuvieron involucrados en menos peleas. Los niños de control fueron más hostiles, más dependientes, y menos considerados con los demás. Usando una medida estandarizada de la necesidad de una remisión para asistencia clínica, los investigadores encontraron que era más probable que los niños de control fueran referidos para asistencia.

El Centro de desarrollo de la relación padre-hijo de Houston (Houston parent-child development center), diseñado para reducir los problemas de comportamiento en niños, lo hizo a través de sus padres. ¿Hay programas que se enfocan principalmente en el niño para evitar que se desarrollen problemas de comportamiento? Por supuesto.

Un programa para niños

Varias habilidades parecen distinguir a los niños de una edad tan temprana como los cuatro años, entre los que tienen problemas de comportamiento y de los que no los tiene. Una habilidad es el pensamiento de solución alterna: la habilidad para pensar en múltiples medios para resolver un problema interpersonal, como puede ser el que dos niños pueden jugar con un solo juguete. Los niños que no pueden pensar en más de una o dos formas para resolver estos problemas a menudo son impacientes, sobreemocionales, agresivos, retraídos o no les interesan los sentimientos de los demás (Shure y Spivack, 1988). Tales niños a menudo no pueden sopesar los efectos de sus acciones sobre los demás. El hecho de atenerse a una solución parece ser más crucial que el contenido de la solución en la determinación de si el comportamiento del niño es problemático. Shure y Spivack preguntan: al mejorar estas habilidades para solucionar los problemas de los niños, ¿se reduciría su impulsividad y otros comportamientos disfuncionales?

Shure y Spivack desarrollaron la Resolución de problemas cognoscitivos interpersonales (Interpersonal cognitive problem-solving) (ICPS) para hacer que los niños no se enfoquen sólo en una solución a un proceso en el que desarrollen cierto número de soluciones y sopesen los pros y contras de cada una. La ICPS se afirma partiendo de la premisa de que una persona que está preocupada con la meta final más que con el modo de obtenerla es probable que cometa errores por la impulsividad, se frustre, muestre un comportamiento agresivo o se retraiga de la situación. La ICPS también

asume que este tipo de pensamiento más productivo facilita el ajuste interpersonal y la salud psicológica.

Shure y Spivack encontraron que los cuatro años era la edad más temprana en la que el lenguaje era suficiente para enseñar la ICPS. Tanto los maestros como las madres actuaban como adiestradores del niño. Los elementos específicos del programa incluyen la primera negociación de enseñanza: ayudar al niño a que entienda algunas palabras clave tales como la diferencia entre *algunos* y *todos* y de palabras condicionantes, tales como *si... entonces*, identificar y luego ser sensible a los sentimientos de los demás; influir en los demás; y así sucesivamente. Los niños después dominan las habilidades interpersonales para resolver problemas al estar determinando historias y jugando roles. Los adiestradores de los niños también son adiestrados para manejar los problemas de comportamiento durante el programa, por ejemplo, un niño que es destructivo o dominante.

Los resultados del programa indican que al comparar a los niños adiestrados con los niños del grupo de control, los niños del programa dieron soluciones más relevantes y consecuencias potenciales de los problemas hipotéticos. En los niños del programa son significativamente mejorados los comportamientos prosociales, al igual que se reducen los comportamientos problemáticos. En los seguimientos de uno y dos años se mantuvieron las ganancias obtenidas. Por ejemplo, era probable que los niños del programa fueran los que menos mostraron comportamientos problemáticos. Lo más importante de esto es que las conductas que se aprendieron durante la ICPS parecen generalizarse de la casa a la escuela y viceversa. Por consiguiente, estos resultados positivos se mantienen sin importar quién sea el adiestrador, ya sea la madre o el maestro. Este hallazgo es importante en particular para los psicólogos comunitarios debido a que éste demuestra que el programa probablemente puede ser transportado a otras comunidades.

Estos dos programas resaltan que al trabajar los padres e hijos en comunidades, los psicólogos comunitarios pueden evitar problemas de largo alcance en los niños que necesitan ser los adultos mentalmente sanos del mañana.

¿QUÉ ES LO QUE SE PUEDE APRENDER DE LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA?

Ya se han revisado diversas intervenciones y programas comunitarios. La mayor parte de ellos incorpora cierta variedad de principios de la psicología comunitaria, incluyendo, pero no limitando a la habilitación, la

prevención (en lugar de tratamiento), así como a las intervenciones a gran escala en lugar de a las intervenciones de uno a uno. Todos estos programas fueron efectivos a su modo, ya sea que hayan sido diseñados para niños o para adultos, o según si sus efectos se dirigían a una prevención primaria o secundaria. ¿Qué más se puede decir colectivamente de estos programas?

Primero, los programas aplicados por psicólogos comunitarios a menudo están diseñados o hechos a la medida de las necesidades de sus pacientes. Esto mismo es cierto, por lo general, para las intervenciones clínicas. La diferencia es que en la psicología clínica la intervención tradicionalmente es diseñada para una persona, mientras que en la psicología comunitaria la población meta son grupos tan grandes como toda una comunidad. Una segunda característica de las intervenciones de la psicología comunitaria es que ésta reconoce la originalidad o diversidad en la población. En la psicología clínica el psicólogo a menudo está capacitado en uno o dos paradigmas o en uno o dos modelos de psicoterapia; de este modo, el psicólogo clínico a menudo supone que mucha gente puede beneficiarse de la misma intervención; no siempre se apoya esta misma suposición para la psicología comunitaria.

Otra característica de los programas de psicología comunitaria es que éstos usan un programa multienfocado. Por lo general un solo método de intervención es inadecuado. Usualmente se emplean varios métodos juntos, situación que parece ser más efectiva que un solo método. Por ejemplo, en la resolución del problema cognoscitivo interpersonal, los niños no sólo aprenden a diferenciar palabras tales como *algunos* y *todos*, sino que aprenden una infinidad de habilidades para ayudarlos a enfrentarse con los demás. Sin embargo, una limitación es que al combinar las modalidades de tratamiento en la psicología comunitaria, durante la evaluación del programa se hace difícil determinar qué componentes causan la eficiencia. Esto es menos probable que suceda en la psicología clínica. De forma similar, en la psicología comunitaria cierto número de personas, no sólo los individuos en riesgo, tradicionalmente participan en el programa. Por ejemplo, en el caso de las adolescentes embarazadas, los psicólogos comunitarios esperan involucrar a los padres de la adolescente, como también al padre de la criatura, en todas las intervenciones. A menos que los psicólogos clínicos practiquen la terapia familiar, de entorno o de grupo, usualmente sus intervenciones están enfocadas a un individuo.

Otra característica de los programas comunitarios es que por lo general las intervenciones son realizadas en el ambiente ecológico del paciente. Por ejemplo, los programas para combatir el abandono de los estudios se llevan a cabo en las escuelas y los programas para que las madres hispanas los realicen en sus casas y vecindarios. En contraste, en la psicología clínica tradicionalmente el paciente es el que tiene que reunirse con el médico en los territorios de éste.

Otra propiedad importante de los programas comunitarios es que reconocen la importancia de la asistencia y el apoyo de los no profesionales. Ningún concepto ilustra mejor esta idea que la noción del *apoyo social*. Éste puede provenir de los amigos, familiares y aun de otros individuos faltos de afecto de la sociedad. No siempre es necesario un profesional, como sería un psicólogo clínico. El concepto de apoyo social también insinúa que un profesional no siempre sabe lo que es mejor, una circunstancia que apunta hacia la capacitación intensiva y a las licencias requeridas de los psicólogos clínicos.

La mayor parte de los programas de psicología comunitaria también son innovadores y creativos. Esta novedad algunas veces puede ser problemática. George Fairweather y Bill Davison (1986) les recuerdan a sus lectores que los individuos embarcados en los esfuerzos del cambio social necesitan ser realistas. Aunque los programas pueden ser innovadores y creativos, los programadores también pueden experimentar mucha resistencia, del mismo modo que la resistencia que encuentran los psicólogos clínicos en un paciente que está pasando a través del cambio. En el caso de la psicología comunitaria, la resistencia algunas veces proviene de grupos grandes de ciudadanos. A menudo, entre más novedoso es el programa, cambiará más el *statu quo*. Entre más se cambie éste, es más probable que haya resistencia (Duffy y Wong, 1996).

Probablemente la lección más importante de la psicología comunitaria es que las intervenciones y servicios comunitarios necesitan estar coordinados. Bastantes pacientes resbalan a través de las fallas en los servicios o reciben únicamente asistencia parcial. Cuando las agencias se mantienen aisladas o no trabajan en red, no sólo las agencias encuentran dificultades para mantenerse viables, también los pacientes encuentran dificultades al no recibir baterías de servicios completas, o al recibir servicios por duplicado o innecesarios, o al no recibir el servicio. Entonces, las inter-

venciones comunitarias necesitan estar completamente integradas tanto dentro de la comunidad como entre sí.

PSICOLOGÍA COMUNITARIA: HACIA EL FUTURO

La psicología comunitaria parece ser un campo energético y prometedor. Hemos visto dónde se encuentra pero, ¿hacia dónde va? Los atisbos de cambio en la metodología de investigación de campo, las oportunidades de empleo y las oportunidades educativas podrían proveer algo revelador.

Metodología de investigación

Lounsbury y colaboradores (Lounsbury, Leader, Meares y Cook, 1980), así como Speer y sus colegas investigadores (1992) examinaron los temas, las poblaciones y las medidas específicas y las metodologías de investigación usadas en la psicología comunitaria durante dos décadas diferentes. Descubrieron que el número de experimentos en los que las variables fueron activamente manipuladas disminuyeron con los años, mientras que el número de estudios de campo en realidad se incrementaron. En los estudios de campo por lo general no hay manipulación de variables. De este modo, a lo largo de los años hubo una disminución en el uso de los grupos de control y un incremento en los análisis correlacionales. De hecho, algunos análisis muy sofisticados y no experimentales están capturando en la actualidad la atención del campo. Éstos incluyen el *meta-análisis*, una *revisión estadística de la bibliografía existente en la materia para determinar la fuerza de las tendencias en ella*. Para los lectores que buscan más información, el meta-análisis es descrito con más detalle en el capítulo sobre investigación.

Segundo, los mismos autores notan que en la actualidad existen pocos estudios en la bibliografía de la psicología comunitaria acerca de los trastornos mentalmente. Este cambio indica una tendencia hacia trabajar con poblaciones más diversas, tales como delincuentes juveniles, adolescentes embarazadas y padres que maltratan a los hijos. Ciertamente, la psicología comunitaria está superando sus raíces en la salud mental.

Los psicólogos comunitarios también adoptan inclusiones de una amplia diversidad de grupos en sus investigaciones. Loo, Fong e Iwamasca (1988) revisaron las principales publicaciones de psicología comunitaria y encontraron que antes de 1988 únicamente cerca de

11% de los artículos pertenecieron a las minorías étnicas. Mi propio análisis rápido de los artículos de los años noventa indicó que 35% de los artículos incluían a gente de color y a otros grupos diversos (Duffy y Wong, 1996). Parece haber un incremento en el tipo de individuos a ser estudiados en la psicología comunitaria, lo que significa que el campo está practicando lo que predica. Puede concluirse, entonces, que la investigación en la psicología comunitaria continúa evolucionando en caminos interesantes que a menudo son divergentes del resto del campo de la psicología.

Oportunidades educativas

La capacitación más concentrada o especializada en la psicología comunitaria ocurre a nivel de licenciatura. Hay sólo algunos programas, que además son únicos, de graduación de psicología comunitaria a niveles de maestría y doctorado. Muchos programas de licenciatura combinan la psicología comunitaria y la psicología clínica. Sin embargo, un capítulo en un texto para universitarios como éste, es un buen inicio. Varias universidades ofrecen un curso en psicología comunitaria, internados comunitarios o trabajo voluntario de pasantes, y tal vez, uno o dos cursos.

Es en el nivel de licenciatura donde tiene lugar la especialización en psicología comunitaria. En este nivel, la mayor parte de las universidades utilizan el modelo científico-practicante (el modelo Boulder) consistente con la capacitación en psicología clínica. Los estudiantes son adiestrados para realizar investigaciones y practicar la disciplina basándose en fundamentos científicos. Algunos programas de psicología comunitaria se establecen libremente, aunque muchos están combinando los programas de psicología comunitaria y clínica. En 1970 había muy pocos programas a nivel licenciatura para la psicología comunitaria. El número creció en la década de los ochenta y se ha mantenido estable en los años noventa.

Oportunidades de empleo

Walfish, Polifka y Stenmark (1986) encuestaron a licenciados con capacitación en psicología comunitaria y encontraron que de los estudiantes doctorados encuestados, 83% reportó que obtuvo trabajo en su solicitud de primera elección. El principal ambiente de empleo fueron los centros comunitarios de salud mental, las escuelas de medicina, las empresas de consultoría, las

universidades y las instalaciones de cuidados a la salud. Hoffnung, Morris y Jex (1986) realizaron una investigación similar entre graduados a nivel maestría y encontraron resultados igualmente favorables. Las personas encuestadas también reportaron altas tasas de empleo (90%), con la mayoría de los individuos empleados en servicios humanos o sociales. Estos mismos investigadores también incluyeron medidas de la satisfacción en los empleos y encontraron que eran moderadamente altas.

El futuro de este campo

La mayoría de los psicólogos comunitarios podrían sentir agrado de no tener mucho trabajo. Esto es, la mayoría de los individuos en el campo estarían muy contentos si hubiesen pocos o ningún problema social y no hubiera grupos carentes de afecto. Pero probablemente esto nunca será una realidad, debido a que cuando ha sido erradicado un problema social, parece surgir uno nuevo para tomar su lugar. Véanse, por ejemplo, nuestras mayores epidemias. La viruela fue erradicada a tiempo, pero luego tenemos un encuentro reciente y desastroso con el SIDA.

Nadie puede predecir con seguridad hacia dónde van las sociedades o qué futuro tiene una disciplina en particular. Dado que es probable que las comunidades continúen diversificándose y que quizá los ciudadanos siempre deseen mejorar sus comunidades y que necesiten una mano guía para hacerlo, es probable que los psicólogos comunitarios continúen floreciendo. Sin embargo, lo que puede cambiar esta imagen es el cambio continuo en la obtención de fondos y, por consiguiente, la disponibilidad de diversos programas comunitarios. Algunos autores argumentan que hay un cambio de responsabilidad de los gobiernos federales a los gobiernos estatales (Linney, 1990), que hace el futuro de las comunidades y de la psicología comunitaria algo poco claro y con menos certidumbre. Sin embargo, son los psicólogos comunitarios, no los psicólogos clínicos, quienes saben mejor cómo relacionarse con los legisladores y con otros que influyen la política pública. Dada esta tendencia, parece segura la salud de la psicología comunitaria.

REFERENCIAS

American Psychological Association. (1995). *APA membership directory*. Washington, DC: Author.

- Arce, A. A. (1978). Approaches to establishing community services for the mentally disabled. *Psychiatric Quarterly*, 50, 264-268.
- Barrera, M., Sandler, I. N., & Ramsey, T. B. (1981). Preliminary development of a scale of social support: Studies on college students. *American Journal of Community Psychology*, 9, 435-448.
- Baumann, D. J., Schultz, D. F., Brown, C., Paredes, R., & Hepeworth, J. (1987). Citizen participation in police crisis intervention activities. *American Journal of Community Psychology*, 15, 459-472.
- Belcher, J. R. (1988). Are jails replacing the mental health care system for the homeless mentally ill? *Community Mental Health Journal*, 24, 185-195.
- Bengelsdorf, J., Church, J. O., Kaye, R. A., & Orlowski, B. (1993). The cost effectiveness of crisis intervention: Admission diversion savings can offset the high cost of service. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181, 757-762.
- Bilby, R. (1992). A response to the criticisms of transitional employment. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 69-82.
- Blakely, C. R., Mayer, J. R., Gottschalk, R. G., Schmidt, N., Davidson, W. S., Roitman, D. B., & Emshoff, J. G. (1987). The fidelity-adaptation debate: Implications of the implementation of public sector social programs. *American Journal of Community Psychology*, 15, 253-268.
- Bloom, B. L. (1988). *Health psychology: A psychosocial perspective*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Bloom, B. L., & Hodges, W. F. (1988). The Colorado Separation and Divorce program: A preventive intervention program for newly separated persons. In R. Price, E. W. Cowen, R. P. Lorion, & J. Ramos-McKay (Eds.), *Fourteen ounces of prevention* (pp. 153-164). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bond, G. R. (1994). Case management and psychosocial rehabilitation. Can they be synergistic? *Community Mental Health Journal*, 30, 341-346.
- Bond, G. R., Witheridge, T. R., Dincin, J., & Wasmer, D. (1991). Assertive community treatment: Correcting some misconceptions. *American Journal of Community Psychology*, 19, 41-51.
- Bond, G. R., Witheridge, T. F., Dincin, J., Wasmer, D., Webb, J., & DeGraaf-Kaser, R. (1990). Assertive community treatment for frequent users of psychiatric hospitals in a large city: A controlled study. *American Journal of Community Psychology*, 18, 865-891.
- Bootzin, R. R., Shadish, W. R., & McSweeney, A. J. (1989). Longitudinal outcomes of nursing home care for severely mentally ill patients. *Journal of Social Issues*, 45, 31-48.
- Botterbusch, K. F. (1994). Summary of: Community support networks for persons with psychiatric disabilities. *Vocational Evaluation and Work Adjustment Bulletin*, 27, 57-61.
- Botvin, G. J., & Tortu, S. (1988). Preventing adolescent substance abuse through life skills training. In R. H. Price, E. L. Cowen, R. P. Lorion, & J. Ramos-McKay (Eds.), *Fourteen ounces of prevention* (pp. 98-110). Washington, DC: American Psychological Association.
- Bronfenbrenner, U. (1986, February). Alienation and the four worlds of childhood. *Phi Delta Kappan*, 430-436.
- Brown, J. D. (1991). Staying fit and staying well: Physical fitness as a moderator of life stress. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 555-561.
- Brownell, A., & Shumaker, S. A. (1984). Social support: An introduction to a complex phenomenon. *Journal of Social Issues*, 40, 1-9.
- Bruce, M. L., Takeuchi, D. T., & Leaf, P. J. (1991). Poverty and psychiatric status: Longitudinal evidence from the New Haven Epidemiologic Catchment Area Study. *Archives of General Psychiatry*, 48, 470-474.
- Caplan, G. (1974). *Support systems and community mental health*. New York: Behavioral Publications.
- Cassel, J. (1974). Psychosocial processes and "stress": Theoretical formulations. *International Journal of Health Services*, 4, 471-482.
- Corrigan, P., & Kayton-Weinberg, D. (1993). Aggressive and problem-focused models of case management for the severely mentally ill. *Community Mental Health Journal*, 29, 449-458.
- Corrigan, P. W., Reedy, R., Thadani, D., & Ganet, M. (1995). Correlates of participation and completion in a job club for clients with psychiatric disability. *Rehabilitation Counseling*, 39, 42-53.
- Cowen, E. L. (1980). The wooing of primary prevention. *American Journal of Community Psychology*, 8, 258-284.
- Davidson, J. L. (1981, June). Location of community-based treatment centers. *Social Science Review*, 221-241.
- Davidson, W. B., & Cotter, P. R. (1989). Sense of community and political participation. *Journal of Community Psychology*, 17, 119-125.
- Diamond, P. M., & Schnee, S. B. (1990). *Tracking the costs of chronicity: Towards a redirection of resources*. Presented to the Annual Meeting of the American Psychological Association, Boston.
- Dougherty, S., Hastie, C., Bernard, J., & Broadhurst, S. (1992). Supported education: A clubhouse experience. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 91-104.
- Dudek, K. J., & Stein, R. (1992). Organizing for clubhouses: The Massachusetts success story. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 141-146.

- Duffy, K. G., & Wong, F. Y. (1996). *Community psychology*. Boston: Allyn and Bacon.
- Dumont, M. P. (1982). Review of "Private Lives/Public Spaces," by E. Baxter & K. Hopper, and "Shopping Bag Ladies," by A. M. Rousseau. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52, 367-369.
- Dvoskin, J. A., & Steadman, H. J. (1994). Using intensive case management to reduce violence by mentally ill persons in the community. Special Issue: Violent behavior and mental illness. *Hospital and Community Psychiatry*, 45, 679-684.
- Echterling, L. G., & Hartsough, D. M. (1989). Phases of helping in successful crisis telephone calls. *Journal of Community Psychology*, 17, 249-257.
- Essock, S. M., & Kontos, N. (1995). Implementing assertive community treatment teams. Special Section: Assertive community treatment. *Psychiatric Services*, 46, 679-683.
- Fairweather, G. W., & Davidson, W. S. (1986). *An introduction to community experimentation: Theory, method, & practice*. New York: McGraw-Hill.
- Fairweather, G. W., Sanders, D. H., Maynard, H., & Cressler, D. L. (1969). *Community life for the mentally ill*. Chicago: Aldine.
- Fawcett, S. B., Seekins, T., & Silber, L. (1988). Low-income voter registration: A small-scale evaluation of an agency-based registration strategy. *American Journal of Community Psychology*, 16, 751-758.
- Felner, R. D., Ginter, M., & Primavera, J. (1982). Primary prevention during school transitions: Social support and environmental structure. *American Journal of Community Psychology*, 10, 277-290.
- Fiore, J., Coppel, D. B., Becker, J., & Cox, G. B. (1986). Social support as a multifaceted concept: Examination of important dimensions for adjustment. *American Journal of Community Psychology*, 14, 93-111.
- Freeman, R. J., & Roesch, R. (1989). Mental disorder and the criminal justice system. *International Journal of Law and Psychiatry*, 12, 105-115.
- Glickman, M. (1992). The voluntary nature of the clubhouse. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 39-40.
- Heller, K., Price, R. H., Reinharz, S., Riger, S., & Wandersman, A. (1984). *Psychology and community change*. Homewood, IL: Dorsey.
- Hoffhung, R. J., Morris, M., & Jex, S. (1986). Training community psychologists at the master's level: A case study of outcomes. *American Journal of Community Psychology*, 14, 339-349.
- Johnson, D. L. (1988). Primary prevention of behavior problems in young children: The Houston Parent-Child Development Center. In R. H. Price, E. L. Cowen, R. P. Lorrion, & J. Ramos-McKay (Eds.), *Fourteen ounces of prevention* (pp. 98-110). Washington, DC: American Psychological Association.
- Johnson, P. J., & Beditz, J. (1981). Community support systems: Scaling community acceptance. *Community Mental Health Journal*, 17, 153-160.
- Kiesler, C. A. (1980). Mental health policy as a field of inquiry for psychology. *American Psychologist*, 35, 1066-1080.
- Kiesler, C. A. (1982a). Mental hospitals and alternative care: Noninstitutionalization as potential public policy for mental patients. *American Psychologist*, 37, 349-360.
- Kiesler, C. A. (1982b). Public and professional myths about mental hospitalization: An empirical reassessment of policy-related beliefs. *American Psychologist*, 37, 1323-1339.
- Kroon, M. B., & Overdijk, W. I. (1993). Psychosocial care and shelter following the Biljmermeer air disaster. *Crisis*, 17, 117-125.
- Kruzich, J. M. (1985). Community integration of the mentally ill in residential facilities. *American Journal of Community Psychology*, 13, 553-564.
- Kuhlman, T. L. (1994). *Psychology on the streets: Mental health practice with homeless persons*. New York: Wiley.
- Lanza, M. L. (1986). Victims of international terrorism. *Issues in Mental Health Nursing*, 8, 95-107.
- Lawson, A., & Rhode, D. L. (1993). *The politics of pregnancy: Adolescent sexuality and public policy*. New Haven, CT: Yale University Press.
- Leenaars, A. A., & Lester, D. (1995). Impact of suicide prevention centers on suicide in Canada. *Crisis*, 16, 39.
- Linney, J. A. (1990). Community psychology into the 1990s: Capitalizing opportunity and promoting innovation. *American Journal of Community Psychology*, 18, 1-17.
- Loo, C, Fong, K. T., & Iwamasca, G. (1988). Ethnicity and cultural diversity: An analysis of work published in community psychology journals, 1965-1985. *Journal of Community Psychology*, 16, 332-349.
- Lounsbury, J. W., Leader, D. S., Meares, E. R., & Cook, M. P. (1980). An analytic review of research in community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 18, 917-921.
- Macias, C, Kinney, R., Farley, O. W., & Jackson, R. (1994). The role of case management within a community support system: Partnership with psychosocial rehabilitation. *Community Mental Health Journal*, 30, 323-339.
- Maier, G. J., Morrow, B. R., & Miller, R. (1989). Security safeguards in community rehabilitation of forensic patients. *Hospital and Community Psychiatry*, 40, 529-531.
- Mastboom, J. (1992). Forty clubhouses: Models and practices. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 9-24.

- McCaughey, B. G. (1987). U.S. Navy special psychiatric rapid and intervention team (SPRINT). *Military Medicine*, 152, 133-135.
- Miller, R. (1982). The least restrictive alternative: Hidden meanings and agendas. *Community Mental Health Journal*, 18, 46-55.
- Millman, R. B., & Botvin, G. J. (1983). Substance use, abuse, and dependence. In M. D. Levine, W. B. Carey, A. C. Crocker, & R. T. Gross (Eds.), *Developmental behavioral pediatrics* (pp. 683-708). Philadelphia: W. B. Saunders.
- Morrison, J. K. (1980). The public's current beliefs about mental illness: Serious obstacle to effective community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 8, 697-707.
- Morse, G. H., Calsyn, R. J., & Burger, G. K. (1992). Development and cross-validation of a system for classifying homeless persons. *Journal of Community Psychology*, 20, 228-242.
- Mowbray, C. T. (1990). Community treatment for the seriously mentally ill: Is this community psychology? *American Journal of Community Psychology*, 18, 893-902.
- Mowbray, C. T., Bybee, D., & Cohen, E. (1993). Describing the homeless mentally ill: Cluster analysis results. *American Journal of Community Psychology*, 21, 67-94.
- Muñoz, R. E., Glish, M., Soo-Hoo, T., & Robertson, J. (1982). The San Francisco Mood Survey project: Preliminary work toward the prevention of depression. *American Journal of Community Psychology*, 10, 317-329.
- National Coalition for the Homeless. (1988). *Precious resources: Government owned housing and the needs of the homeless*. New York: Author.
- Neale, M., & Rosenheck, R. A. (1995). Therapeutic alliance and outcome in a VA intensive case management program. Special Section: Assertive community treatment. *Psychiatric Services*, 46, 719-723.
- Olivero, J. M., & Hanson, R. (1994). Linkage agreements between mental health and law enforcement agencies. *Administration and Policy in Mental Health*, 21, 217-225.
- Patteson, D. M., & Barnard, K. E. (1990). Parenting of low birth weight infants: A review of issues and interventions. *Infant Mental Health Journal*, 11, 37-56.
- Pogrebin, M. R., & Regoli, R. M. (1985). Editorial. Mentally disordered persons in jail. *Journal of Community Psychology*, 13, 409-412.
- Price, R. H., Cowen, E. L., Lorion, R. P., & Ramos-McKay, J. (1988). Introduction. In R. H. Price, E. L. Cowen, R. P. Lorion, & J. Ramos-McKay (Eds.), *Fourteen ounces of prevention* (pp. 98-110). Washington, DC: American Psychological Association.
- Propst, R. N. (1992). Standards for clubhouse programs: Why and how they were developed. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 25-34.
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/Exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15, 121-148.
- Rauktis, M. E., Koeske, G., & Tershko, O. (1995). Negative social interactions, distress, and depression among those caring for a seriously and persistently mentally ill relative. *American Journal of Community Psychology*, 23, 279-299.
- Reding, G. R., & Raphelson, M. (1995). Around-the-clock mobile psychiatric intervention: Another effective alternative to psychiatric hospitalization. *Community Mental Health Journal*, 31, 179-187.
- Regier, D. A., Narrow, W. E., Rae, D. S., Manderscheid, R. W., Locke, B. Z., & Goodwin, F. K. (1993). The de facto U.S. mental and addictive disorders service system. *Archives of General Psychiatry*, 41, 971-978.
- Rosenhan, D. L. (1973). On being sane in insane places. *Science*, 179, 250-258.
- Rossi, P. H. (1989). *Down and out in America: The origins of homelessness*. Chicago: University of Chicago Press.
- Rumberger, R. W. (1987). High school dropouts: A review of issues and evidence. *Review of Educational Research*, 57, 101-121.
- Sarason, S. B. (1974). *The psychological sense of community: Prospects for a community psychology*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Sarason, S. B. (1983). *Schooling in America: Scapegoat and salvation*. New York: Free Press.
- Schartzer, J. E. (1992). Dealing with substance abuse behavior in the clubhouse. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 107-110.
- Scott, R. R., Balch, R., & Flynn, T. C. (1983). A comparison of community attitudes toward CMHC services and clients with those of mental hospitals. *American Journal of Community Psychology*, 11, 741-749.
- Searight, H. R., Oliver, J. M., & Grisso, J. T. (1986). The community competence scale in the placement of the deinstitutionalized mentally ill. *American Journal of Community Psychology*, 14, 291-301.
- Segal, S. R., Silverman, C., & Baumohl, J. (1989). Seeking person-environmental fit in community care placement. *Journal of Social Issues*, 45, 49-64.
- Seidman, E. (1990). Pursuing meaning and utility of social regularities for community psychology. In P. Tolan, C. Keys, F. Chertak, & L. Jason (Eds.), *Researching community psychology: Issues of theory and methods* (pp. 91-

- 100). Washington, DC: American Psychological Association.
- Seitz, V., Apfel, N. H., & Rosenbaum, L. K. (1991). Effects of an intervention program for pregnant adolescents: Educational outcomes at two years postpartum. *American Journal of Community Psychology*, 19, 911-930.
- Shinn, M., Lehmann, S., & Wong, N. W. (1984). Social interaction and social support. *American Journal of Community Psychology*, 40, 55-76.
- Shumaker, S. A., & Brownell, A. (1984). Toward a theory of social support: Closing conceptual gaps. *Journal of Social Issues*, 40, 11-36.
- Shure, M. B., & Spivack, G. (1988). Interpersonal cognitive problem solving. In R. H. Price, E. L. Cowen, R. P. Lorion, & J. Ramos-McKay (Eds.), *Fourteen ounces of prevention: A casebook for practitioners* (pp. 69-82). Washington, DC: American Psychological Association.
- Sime, W. E. (1984). Psychological benefits of exercise training in the healthy individual. In J. D. Matarazzo, S. M. Weiss, J. A. Herd, N. E. Miller, & S. M. Weiss (Eds.), *Behavioral health: A handbook for health enhancement and disease prevention*. New York: Wiley.
- Slaikeu, K. A. (1984). *Crisis intervention: A handbook for practice and research*. Boston: Allyn and Bacon.
- Solomon, P., & Draine, J. (1995). Consumer case management and attitudes concerning family relations among persons with mental illness. *Psychiatric Quarterly*, 66, 249-261.
- Speer, R., Dey, A., Griggs, P., Gibson, C., Lubin, B., & Hughey, J. (1992). In search of community: An analysis of community psychology research from 1984-1988. *American Journal of Community Psychology*, 20, 195-209.
- Stack, L. C., Lannon, P. B., & Miley, A. D. (1983). Accuracy of clinicians' expectancies for psychiatric rehospitalization. *American Journal of Community Psychology*, 11, 99-113.
- Stein, L. I., & Test, M. A. (1980). An alternative to mental hospital treatment: Conceptual model, treatment program, and clinical evaluation. *Archives of General Psychiatry*, 37, 392-397.
- Swift, C., & Levin, G. (1987). Empowerment: An emerging mental health technology. *Journal of Primary Prevention*, 8, 71-94.
- Talbott, J. A. (1975). Current clichés and platitudes in vogue in psychiatric vocabularies. *Hospital and Community Psychiatry*, 26, 530.
- Tebes, J. K., & Kraemer, D. T. (1991). Quantitative and qualitative knowing in mutual support research: Some lessons from the recent history of scientific psychology. *American Journal of Community Psychology*, 19, 739-756.
- Toro, P. A. (1990). Evaluating professionally operated and self-help programs for the seriously mentally ill. *American Journal of Community Psychology*, 18, 903-907.
- U.S. Public Health Service. (1980). *Toward a national plan for the chronic mentally ill*. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services.
- Vaux, A., Riedel, S., & Stewart, D. (1987). Modes of social support: The Social Support Behaviors (SS-B) Scale. *American Journal of Community Psychology*, 15, 209-237.
- Veroff, J., Douvan, E., & Kulka, R. A. (1981). *The inner Americans: A self-portrait from 1957 to 1976*. New York: Basic Books.
- Vorspan, R. (1992). Why work works: Sixth plenary session of the fifth international seminar on the clubhouse model. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 49-54.
- Walfish, S., Polifka, J. A., & Stenmark, D. E. (1986). The job search in community psychology: A survey of recent graduates. *American Journal of Community Psychology*, 14, 237-240.
- Weinberg, R. B. (1990). Serving large numbers of adolescent victim-survivors: Group interventions following a trauma at school. *Professional Psychology Research and Practice*, 21, 271-278.
- Wilkinson, W. H. (1992). New Day, Inc., of Spartanburg: Hospitalization study. *Psychosocial Rehabilitation Journal*, 16, 163-168.

LECTURAS ADICIONALES

Para los estudiantes que están interesados en leer más acerca de la psicología comunitaria, hay disponibles varios libros de texto. Dos libros recientes y vanguardistas en este campo son los de Duffy y Wong (1996) y el de Levine y Perkins (1997). El libro de Orford (1992) sobre teoría y práctica en la psicología comunitaria ofrece la perspectiva británica sobre el mismo tema.

El volumen publicado por Tolan, Key, Chertock y Jason (1990) sobre investigación en la psicología comunitaria, ofrece reflexiones sobre los conceptos clave, hipótesis, niveles de análisis y metodologías de investigación utilizadas por los psicólogos comunitarios.

El libro de registros médicos *Fourteen ounces of prevention* (Price, Cowen, Lorion y Ramos-McKay, 1988) ofrece a los lectores resúmenes de problemas reales que fueron resueltos o tratados con intervenciones de la psicología comunitaria. Estos programas fueron seleccionados de entre miles a través de Estados Unidos por un panel de expertos de primer nivel.

CAPÍTULO 15

LA PSICOLOGÍA TRANSCULTURAL Y LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS CLÍNICOS DE PSICOLOGÍA

Juris G. Draguns

INTRODUCCIÓN: LA CULTURA EN LOS SERVICIOS CLÍNICOS

Los servicios clínicos en la psicología invariablemente se dan en un contexto social. En las interacciones entre un psicólogo clínico y un paciente, la cultura siempre es un participante implícito y silencioso (Draguns, 1975). En las sociedades contemporáneas culturalmente diversas como las de Estados Unidos y Canadá, con frecuencia los contactos se realizan a través de divisiones o barreras culturales. Para poner esto de otro modo, el psicólogo clínico y sus pacientes traen a esta transacción expectativas sutiles o rigurosamente diferentes basadas en sus respectivas vidas de aprendizaje social y experiencia. Más aún, estas diferencias en las expectativas tal vez produzcan malos entendidos que pueden, de acuerdo con los grados de variación, interferir con o complicar los efectos benéficos deseados de tales contactos. Por esta razón, es esencial discutir el rol de la cultura en la implementación de los servicios clínicos.

En este capítulo abordaré cuatro tareas principales. La primera consiste en introducir y explicar el concepto de cultura, por lo que describiré los métodos disponibles para su investigación científica y empírica. En la segunda, presentaré algunas de las conclusiones sobre el rol de la cultura en la producción de una conducta

anormal. En la tercera, investigaré el impacto de las características culturales para todo el rango de los servicios psicológicos clínicos, dándoles un seguimiento desde su inicio hasta su término. Y finalmente en cuarto lugar, trataré de bosquejar el estado ideal de la capacitación para lograr la implementación de los servicios efectivos y sensibles a la cultura en la psicología clínica.

Cultura: Un concepto difícil de definir

La cultura es un concepto en la ciencia social que es implícita y aproximadamente entendido por la gran mayoría de la gente. Las dificultades surgen cuando se intentan extraer las múltiples y complejas características de este concepto para colocarlas en una definición sucinta. Esta dificultad no angustia sólo a los novatos, a los estudiantes y a las personas no profesionales. Los expertos han buscado en vano llegar a una definición universalmente aceptable e integral de la cultura. La falla de su búsqueda es certificada por Kroeber y Kluckhohn (1952), quienes dedicaron una monografía entera a la clasificación y análisis estudioso de las definiciones de la cultura que existen: ¡más de 100 de ellas! Mientras tanto, sin duda, esta cantidad ha crecido.

En lugar de agregar la complejidad y frustración que esto podría generar inevitablemente, permítanos limi-

tamos a la declaración concisa hecha por Herskovits (1948, p. 17), quien definió la *cultura* como la parte del ambiente hecha por el hombre. Esta definición abarca, primero que nada, los miles de artefactos creados por los seres humanos, desde las más simples herramientas hasta las computadoras más complejas, desde las cabañas improvisadas hasta las construcciones de tipo rascacielos, desde las sencillas hondas hasta los misiles dirigidos. Al mismo tiempo, Herskovits pretendió de manera enfática incluir los productos socialmente compartidos de las mentes humanas: los idiomas que se hablan alrededor del mundo; las ideas expresadas y comprendidas; las reglas, valores y creencias por los cuales vive la gente; y la experiencia acumulada de los grupos humanos durante siglos y miles de años. Una de las características distintivas de la especie humana es que los seres humanos crean, usan y toman muy en serio los símbolos; en forma social acuerdan con respecto a los símbolos que tienen un impacto potencialmente profundo sobre la experiencia y el comportamiento.

Triandis (1972) introdujo el concepto de *cultura subjetiva*, que se refiere a la forma en que, dentro de un grupo humano específico, los sucesos son catalogados y etiquetados a través del lenguaje y por medio de alguna de estas categorías, normas, roles y valores están interrelacionados y agrupados. Es muy importante anotar que la cultura subjetiva incluye las especificaciones sobre cómo los diversos conceptos enumerados con anterioridad se ligaron al comportamiento.

Otra característica de la cultura que deberá enfatizarse es que la cultura constituye un puente a través del tiempo. La cultura no es creada nuevamente por cada generación. En lugar de eso, es continua y acumulativa. La cultura puede considerarse como la experiencia acumulada por un grupo durante el tiempo y, tal vez, con la sabiduría compartida del grupo.

En líneas similares, Stewart (1995) ha distinguido las culturas superficiales, profundas y procesales. La *cultura superficial* se expresa a través del comportamiento observable, en el habla, los gestos y acciones, así como también en cosas tales como el alimento, el vestido, las construcciones y las herramientas. La *cultura profunda* se refiere a los pensamientos, sentimientos y autoexperiencia en el tiempo y el espacio. La *cultura procesal* se manifiesta en el desempeño y la comunicación por la búsqueda de metas a través de acciones, la formulación e implementación de decisiones, la experimentación y resolución de conflictos entre la

gente, y una gran cantidad de actividades significativas y/o sociales.

Entonces, la cultura es en especial relevante para el comportamiento social. Todos los grupos humanos presentan, y regulan, interacciones entre sus miembros. Los patrones específicos de comportamiento social son dictados por la cultura y transmitidos a través de la socialización.

De la cultura a las culturas

En la definición de la *cultura*, los científicos sociales se refieren a ésta en singular. Sin embargo, al describir a las tribus específicas u otras agrupaciones, inevitablemente llegan a conclusiones que destacan una multitud de *culturas* humanas. Esta es la variedad de culturas que es de gran importancia en el diseño e implementación de servicios psicológicos clínicos. Sin duda, las culturas difieren a lo largo de las distancias y las barreras sociales y geográficas; nadie podría asegurar que las culturas contemporáneas de Estados Unidos, Japón y Etiopía son idénticas. Como resultado de los cambios en la población y las migraciones de los cuatro últimos siglos, y en especial las de las últimas décadas, las personas de una variedad de culturas de origen se encuentran lanzadas juntas al mismo sitio y en el mismo habitat. Esto sucede en especial en el caso de Estados Unidos y Canadá, que fueron concebidas como naciones de inmigrantes y continúan experimentando un influjo de recién llegados de todas o de casi todas las regiones del mundo. No sólo los inmigrantes, sino también sus descendientes, algunas veces durante muchas generaciones, continúan abrigando atributos superficiales, profundos y procesales de sus cutaras traídas desde sus países de origen.

No debe olvidarse que los sitios donde arribaron los nuevos colonos estaban habitados por pueblos que poseían sus propias culturas distintivas. Cientos de años después, los descendientes de estos habitantes autóctonos se aferraron a ciertas partes de sus culturas ancestrales o, en algunos casos, están en el proceso de revivirlas y reafirmarlas. Entonces, la cultura es un concepto que es útil para entender a la gente que vive en lugares remotos y exóticos, pero ésta es tan relevante alrededor de la cuadra en la que uno vive como alrededor del mundo. En particular, los profesionales de la salud mental, en Norteamérica y en otras partes, se enfrentan inevitablemente a la diversidad cultural de los pacientes. La Asociación estadounidense de psicología ha he-

cho una solicitud oficial para que los psicólogos clínicos conozcan las características culturales de sus pacientes y que las tomen en cuenta en la interpretación de sus servicios (Korman, 1974). La suposición sobre la que descansa esta solicitud es que los servicios clínicos deberán ser sensibles y apropiados a la cultura para que sean efectivos y benéficos para quienes los reciben.

Emic y Etic: Dos perspectivas contrastantes en la conceptualización y en las investigaciones

Independientemente del tema de estudio, los científicos sociales tienden a proceder con el estudio de la cultura desde uno de dos puntos de vista contrastantes. La posición *emic* con frecuencia es articulada por los teóricos e investigadores que se concentran en el estudio del fenómeno social, incluyendo aquellos de los disturbios psicológicos, dentro de su contexto cultural específico en que ocurren. Lo que precede a este acontecimiento, es lo que lo acompaña, y lo que le sigue es buscar dentro del contexto de la cultura en la que el fenómeno ocurrió. Por ejemplo, en el caso de una reacción extrema de miedo, el observador podría notar cuándo y cómo ocurre este patrón de comportamiento, qué significado se le atribuyó, cómo fue contrarrestado y tratado, y qué consecuencias conlleva éste con el tiempo, todo dentro del ambiente de la cultura específica. Un investigador *emic* podría no estar interesado en las reacciones de miedo a través de las culturas, ni dicho investigador podría estar inclinado a generalizar observaciones en un tiempo y lugar específicos de algunas o todas las demás culturas.

Contrasta esta orientación con el modo de operación de un investigador que procede desde la suposición de que la respuesta de miedo observada en un tiempo y lugar específicos es solamente la variante local de un fenómeno universal. Dicho investigador podría rápidamente aplicar calificaciones cuantitativas y compararlas a través de las demás culturas. Este modo de operación se designa como *etic*. Un científico orientado según la perspectiva *etic* podría no negar o pasar por alto las características culturalmente distintivas de un patrón de comportamiento. Sin embargo, en un contexto *etic*, tales características locales podrían estar subordinadas a las características transculturalmente comparables. En general, los investigadores *etic* asumen que las diferencias culturales son cuantitativas. Los investigadores *emic* impresionan con la inutilidad del conteo y comparación de qué únicamente puede describirse en sus

propios términos. Históricamente, los antropólogos culturales en forma tradicional adoptan una posición *emic*, mientras que los psiquiatras con frecuencia gravitan hacia la perspectiva *etic*. Una expresión pura y clásica de la orientación *emic* fue dada por la eminente antropóloga Ruth Benedict (1934), quien se impresionó con la plasticidad de los trastornos psicológicos a través de las culturas. Las características que, en una cultura, pueden ser atribuidas a la locura, en otras podrían ser premiadas como marcas de liderazgo, creatividad o poderes de curación. Entonces, cada cultura podría crear sus propias y reconocidas categorías de los trastornos psicológicos.

Expresiones más francas de la perspectiva *etic* son más difíciles de precisar. Eric Berne (1956, 1959), un prominente psiquiatra y fundador del análisis transaccional, sostiene que los trastornos mentales graves, como la esquizofrenia, son básicamente similares en cualquier lugar que ocurran. Desde este punto de vista, la cultura no provee más que atavíos externos y matices menores o acentos para este trastorno, y presumiblemente para muchos otros.

Los investigadores contemporáneos raramente se involucran en la defensa de, o acometen cualesquiera de estas dos posiciones extremas. En vez de ello, es probable que cambien de un modo de operación *emic* a uno *etic*, empírica y teóricamente, y que estén conscientes de la posibilidad de combinar e integrar estos puntos de vista.

EL ESTADO ACTUAL DEL CONOCIMIENTO

Orígenes históricos

Kraepelin (1904), con frecuencia considerado como el fundador de la psiquiatría científica, persiguió como pasatiempo la observación de los pacientes psiquiátricos de las tierras remotas y exóticas. Viajó a Argelia y Java (ahora Indonesia) y sacó por conclusión que la depresión, por ejemplo, fue expresada y experimentada de manera diferente en estos dos países que en su nativa Alemania. Sus observaciones, aunque percibidas correctamente por sus colegas y contemporáneos, no llevaron al desarrollo de un programa sistemático, continuo y amplio de investigaciones, sino hasta muchos años después, en las décadas de los sesentas y los setentas. En la actualidad, los estudios de los comportamientos anormales a través y dentro de las culturas, están siendo seguidos rigurosamente, y el alcance de tales

investigaciones está diseminándose mientras que su paso se acelera. Ahora es posible ofrecer una cantidad limitada de conclusiones basadas en la investigación sistemática y en consonancia con varias revisiones de bibliografías (Al Issa, 1995; Draguns, 1995; Pfeiffer, 1994; Tanaka-Matsumi y Draguns, 1977):

1. Los dos trastornos mentales más graves, la esquizofrenia y la depresión mayor, se han encontrado y descrito en una amplia gama de culturas, en todas las regiones del mundo. Puede ser precipitado y prematuro en este momento decir que la esquizofrenia y/o la depresión incapacitante grave se encuentran en cada una de las culturas del mundo. Tal aseveración podría estar sujeta a una refutación por un ejemplo negativo. Hasta ahora, no hay una descripción actual de una cultura en la que se haya encontrado que no hay casos de esquizofrenia y/o depresión. Sin embargo sigue la posibilidad, aunque no la probabilidad, de que tal cultura sea identificada en algún momento y lugar. Entre tanto, una declaración absoluta sería algo prematuro.

Los investigadores han ido más allá y han determinado una cantidad limitada de síntomas que para la esquizofrenia parecen ser una constante transcultural. Basándose en las comparaciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de 10 naciones ampliamente diferentes en características económicas, históricas y políticas de todas las regiones principales del mundo, se encontró que los siguientes síntomas tenían mínimas variaciones en las diferentes culturas (OMS, 1973, 1979; Jablensky *et al*, 1992):

Afecto restringido
Pobre entendimiento
Pensamiento en voz alta
Pobre entendimiento mutuo
Habla incoherente
Información no realista
Ilusiones extravagantes/nihilistas

Para la depresión, identificó una lista análoga de síntomas basándose en la comparación de cuatro países hecha por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1983; Jablensky, Sartorius, Gulbinat y Ernberg, 1981).

Tristeza
Pérdida del disfrute
Incapacidad para concentrarse
Ideas de deficiencias

Ideas de incompetencia

Ideas de falta de valor

La expectación es justificada, aunque hasta ahora no hay pruebas, que otras categorías principales de afecciones e incapacidades humanas también pueden provocar un conjunto de síntomas similares que tienden hacia una universalidad. Sin embargo, tales estudios, por ejemplo en el caso de la ansiedad o el control de los impulsos, están en espera de iniciarse (Tanaka-Matsumi y Draguns, 1997).

2. Las conclusiones anteriores permiten un amplio alcance para la variación cultural en los síntomas y otras variables a través de las culturas. Basándose en los estudios de la OMS, por ejemplo, la esquizofrenia exhibe un curso más benigno en los países en desarrollo que en los desarrollados. Las ramificaciones de este resultado están lejos de ser exploradas, pero una posible explicación (Cooper y Sartorius, 1985) apuntan a que el ritmo de vida más lento en las zonas rurales, la liga a la tradición, los ambientes de baja tecnología conducen al menos a una aceptación pasiva de los individuos con serios trastornos. En contraste, en los ambientes modernos, dinámicos, avanzados en tecnología y económicamente desarrollados, la vida es regulada por el auto, el reloj y la computadora, y el margen de tolerancia es en extremo estrecho para escapar de la realidad y para que los deseos y el pensamiento mágico estén divorciados de los hechos y la lógica.

En el caso de la depresión, las variaciones culturales pertenecen a la experiencia de culpa (Marsella, Sartorius, Jablensky y Frenton, 1985). Ahora se sabe que la autocondenación o la automortificación basada en la moral no es una característica fundamental de la depresión en cierta variedad de culturas (OMS, 1983). Al mismo tiempo, los resultados de las investigaciones han demostrado que los síntomas vegetativos de la depresión son más constantes a través de las culturas que los relacionados con la culpa y los psicológicos (Murphy, Wittkower y Chance, 1967). Las aseveraciones apresuradas de los primeros observadores (por ejemplo, Carothers, 1953) de que la depresión virtualmente es desconocida en África han sido refutadas por investigaciones más sistemáticas y contundentes (Prince, 1968). Sin embargo, los índices de depresión varían en una mayor extensión a través de las culturas, y posiblemente de grupos étnicos, que los de la esquizofrenia.

Las comparaciones conclusivas internacionales o transculturales acerca de la incidencia de la depresión están obstaculizadas por las dificultades de la identificación de casos. En la ausencia de un conocimiento interno de una cultura, las sutiles, discretas y culturalmente específicas señales de depresión son fácilmente descartados por un observador externo (DeHoyos y DeHoyos, 1965; López, 1989; Tanaka-Matsumi, 1992). También se ha formulado una hipótesis, pero no se ha comprobado (Draguns, 1996c) que la empatía puede facilitar, y los estereotipos y la distancia social pueden impedir el reconocimiento de la depresión. Si esta expectativa es apoyada, puede explicar por qué los que diagnostican pueden subdiagnosticar la depresión a través de las culturas, puesto que pueden carecer de empatía para sentir más distancia de ella, y es más probable que estereotipen a los individuos dentro y a partir de otra cultura.

3. Hay evidencia sólida de que la experiencia y los reportes de la angustia material es una avenida prominente de comunicación psicológica negativa de las experiencias (Kirmayer, 1984). Más aún, los datos epidemiológicos y comparativos sugieren que tal tendencia para somatizar es variable a través del tiempo y la cultura. Históricamente, ésta incrementa en su predominio e intensidad en tiempos de incertidumbre social y política (Starcevic, 1991), como un resultado de una pérdida de estatus traumático y humillante (Kleinman y Kleinman, 1995), o en periodos de desilusiones y desesperanza (Skultans, 1995) como una expresión de un sentido de apatía personal y desesperación. En referencia a la cultura, la experiencia de una disconformidad corporal, dolor y pena han sido investigados intensivamente en varios ambientes chinos: en el continente (Kleinman, 1982), en Hong Kong (Cheung, 1986), en Taiwan (Cheng, 1995) y por americanos chinos (Sue y Morishima, 1982). Más aún, la somatización es un canal prominente de experimentación de la angustia personal en varios hispanos (Koss, 1990), africanos (Peltzer, 1995) y otros grupos. Estos datos culturales alertan a los psicólogos clínicos sobre la importancia de la inconformidad física en una variedad de situaciones estresantes de personalidad y/o sociales. Estas observaciones argumentan poderosamente en contra de la práctica equivocada de algunos psicólogos clínicos estadounidenses de descartar estas quejas como psicológicamente triviales o explicarlas de forma separada como señales de resistencia contra un genuino autoentendi-

miento o comprensión. En lugar de eso, las quejas somáticas se deberán de tomar en serio y se les deberá responder en forma sensitiva. Pueden ser solicitudes de ayuda sancionadas culturalmente. Aun en forma más específica, puede operar un código culturalmente específico. En la medicina tradicional China, el hígado fue ligado a la ira, y el corazón a la ansiedad, y el bazo a la depresión. Marcadamente, algunas de estas conexiones fueron discernibles en los reportes de los síntomas corporales y la experiencia de los modos de angustia psicológica de los pacientes contemporáneos chinos (Ots, 1990). La lección para un psicólogo clínico contemporáneo es que tales síntomas no deberán ser descartados como indicativos de falta de sofisticación o sensibilidad psicológica. Esta precaución aplica en especial a la comunicación de la angustia de los pacientes culturalmente distintos.

4. Durante los cien años después del estudio clásico sociológico de Durkheim (1951/1897) sobre el suicidio, se ha aprendido bastante acerca del estrés de la vida, la desesperación personal y la desintegración social como determinantes de los actos autodestructivos. París (1991) ha concluido que la desintegración social es un pronosticador poderoso de los suicidios a lo largo de las naciones, culturas y grupos étnicos. La hipótesis alterna, enraizada en el psicoanálisis, es que el suicidio es principalmente ira autodirigida que ha recibido mucho menos apoyo. El reto sigue siendo integrar la enajenación social, los fracasos de las relaciones personales y la soledad con otras influencias importantes en un modelo pronosticador del suicidio que sea transculturalmente válido y práctico.

5. Los primeros reportes de campo estuvieron enfocados en la descripción de los patrones exóticos de los disturbios en sitios geográficamente remotos y en ambientes culturalmente diferentes. Para este tiempo, términos como *amok* (un estado de frenesí destructivo, pero de tiempo limitado observado en el sudoeste de Asia), *susto* (una combinación de sobreexcitación fisiológica, pérdida de apetito y motivación sexual, y una respuesta generalizada de miedo encontrado en América Central y Sudamérica) y *latah* (imitación automática e incontrolable de los gestos, movimientos y acciones en estados de ansiedad e inseguridad, en Malasia) han entrado al moderno vocabulario psiquiátrico. En efecto, una lista de tales síndromes ligados a la cultura han sido incorporados en un apéndice oficial para

el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*) (DSM-IV) (Asociación estadounidense de psiquiatría, 1994). No es probable que un psicólogo clínico que practica en Canadá o en Estados Unidos encuentre muchos de estos trastornos en su práctica, aunque las excepciones pueden ocurrir con los inmigrantes recientemente llegados o los residentes temporales que experimentan temor extremo o tensión. Un trastorno ligado a la cultura visto con más frecuencia en Estados Unidos es el *ataque de nervios*, algunas veces referido como el "síndrome de Puerto Rico", un estado similar a un trance acompañado por sobreexcitaciones fisiológicas, episodios similares a un arrebato y alucinaciones. Por lo general, ocurren al hacerse conscientes de la pérdida o terminación de una relación humana importante (Lewis-Fernández, 1994). Cuando se enfrentan con los síntomas de este trastorno, el reto para los trabajadores clínicos es responder con realismo clínico, sensibilidad personal y sofisticación cultural. Las dificultades a ser evitadas son el sobreestimar el grado de los disturbios, instituir inapropiadamente un tratamiento restrictivo y, por consiguiente, iniciar al paciente en el camino de la cronicidad. Sin embargo, igualmente anónima, es la tendencia a atribuir toda la secuencia de respuestas a la cultura y asumir que ésta es benigna y autocorrectiva. En las instalaciones clínicas donde tales síntomas ya han sido vistos antes, se conmina a los psicólogos clínicos a estar informados por adelantado de sus síntomas y a iniciar intervenciones realizables, sensibles y apropiadas.

6. Las conclusiones anteriores no validan ninguna de las posiciones teóricas externas que fueron introducidas al inicio de este capítulo. En lugar de eso, se propone una perspectiva intermedia: el disturbo psicológico es una variable transcultural, a pesar de eso, comparable. No es cierto que en cada cultura o sociedad los comportamientos anormales se corten de diferentes telas, *a pesar* de los relativamente pocos síndromes ligados a la cultura. Al mismo tiempo, la noción de que el disturbo psicológico es esencialmente idéntico en todos los puntos del mundo y en todos los grupos sociales no ha recibido apoyo.

Por supuesto, no deberá asumirse que todas las conclusiones existentes han sido cubiertas en los seis puntos anteriores. Sin embargo, estos seis han recibido una justificación relativamente sólida. Hace tres o cuatro

décadas, simplemente no había conclusiones transculturales establecidas en la psicopatología. Ahora hay, y la sección previa ha proporcionado una muestra selectiva de ellas.

¿Qué es lo que no sabemos?

Como se indicó antes, la investigación cultural de los trastornos mentales tiene una cantidad de logros para su crédito. No obstante aún hay muchas preguntas importantes sin respuesta. Aquí hay una muestra de ellas:

1. ¿Tienen diferente distribución los trastornos psicológicos a través de las culturas y los grupos étnicos? La solución de este asunto podría requerir la realización de investigaciones epidemiológicas comparativas a través de las culturas. Ésta es una tarea extremadamente atractiva que conlleva el uso consistente de reglas de diagnóstico en varios ambientes diferentes en costumbres, lenguaje y límites del comportamiento socialmente aceptado. Tales estudios han empezado a ser implementados, por ejemplo, por Compton *et al.* (1991) en Taiwan y en Estados Unidos, y es prematuro bosquejar cualquier conclusión definitiva. Aun en ambientes multiétnicos de Canadá y Estados Unidos, "los conteos" como el censo de investigación psiquiátrica de las personas con trastornos mentales casi no han tomado en cuenta el origen étnico o cultural. Los pocos estudios que lo han hecho (por ejemplo, Srole, Langner, Michael, Opler y Rennie, 1962) no son suficientes para permitirnos hacer generalizaciones más allá de sus respectivos sitios en espacio y tiempo.

2. ¿En qué forma la cultura ejerce su influencia sobre el trastorno mental? ¿Cómo son transformadas las experiencias culturalmente medidas en angustia e incapacidad personal? De ser necesario, la respuesta a esta pregunta es compleja. Es mucho más fácil describir y comparar las manifestaciones de los trastornos en diversas culturas de lo que es observar el proceso de su surgimiento.

3. ¿Cuáles son las influencias culturales específicas que son responsables de los síntomas característicos? Para intentar contestar a esta pregunta, será necesario dividir la cultura en sus componentes cruciales o activos. Hasta ahora, no se ha intentado realizar esta tarea, mucho menos completarla. Éste es un paso esencial que pueden tomar las futuras investigaciones, para que

no continuemos invocando el concepto de cultura como una entidad amorfa que hace que esto suceda.

4. ¿Cómo pueden interactuar los factores biológicos y culturales en la producción de un trastorno mental específico? El campo del estudio cultural de los trastornos mentales es confrontado con una paradoja. Por un lado, las últimas décadas han sido marcadas por avances espectaculares en la comprensión de la neuropsicología y de la bioquímica de las enfermedades mentales, en especial en el caso de la esquizofrenia, la depresión mayor, el trastorno del estado de ánimo bipolar y el trastorno de pánico. Por otro lado, al mismo tiempo, se ha desarrollado una creciente conciencia de la prominencia de las influencias culturales y sociales en el desarrollo de patrones de comportamiento anormales. ¿Se pueden reconciliar estas dos tendencias? O mejor aún, ¿se pueden integrar? Y si es así, ¿cómo? Tal vez los estudios futuros de la angustia somática, experimentada por el cuerpo pero conformada por la cultura, pueden proveer el prospecto de tal integración.

5. Hasta ahora, el enfoque ha estado en el rol de la cultura en la *configuración* de la experiencia de los trastornos y la angustia, en lugar de contribuir más fundamentalmente hacia su causa. De manera virtual nada se sabe acerca de este potencialmente importante y complejo, y también controversial y quizá explosivo tema.

ASUNTOS Y CONCEPTOS CENTRALES

El ego como un concepto esencial en la interfase de la cultura y la psicología anormal

Para parafrasear a William James (1952/1891), el *ego* se refiere a todo lo que una persona puede decir que posee, el cuerpo, pero también las características personales, los valores sociales estimulantes, los productos creativos, las relaciones, las asociaciones y posesiones. Diversas formulaciones (Chang, 1988; Kimura, 1972, 1995; Landrine, 1992; Markus y Kitayama, 1991; Triandis, 1989) han llegado al mismo punto al sugerir que la autoexperiencia está formada sutilmente, aun en lo profundo, por la cultura. En las culturas centradas en el individuo como aquellas del noreste de Europa y de Norteamérica, el ego es experimentado como una estructura autónoma, en lugar de una "divina" (Landrine, 1992). Esto constituye un agregado de rasgos persona-

les fundamentales que siguen constantes a través del tiempo y del espacio. De manera bastante diferente, en la cultura del este y sur de Asia, aquellas de América Latina, y alrededor del Mediterráneo, prevalece una orientación sociocéntrica que promueve una mayor flexibilidad y permeabilidad de la autoexperiencia. Un ego sociocéntrico está prominentemente compuesto de relaciones con otras personas y de roles sociales en interacción con ellas. Hay menos énfasis sobre un núcleo de rasgos personales inmutables. Como lo apunta Chang (1988), el ego sociocéntrico de China y Japón principalmente une y junta a una persona con otra; el ego individualista prevaleciente en Europa y Norteamérica principalmente distingue y separa a un individuo de los demás. Sin embargo, no deberemos caer en el error de pensar que todos los egos sociocéntricos son similares o que no hay distinciones cualitativas o cuantitativas entre los autoconceptos individualistas o en la autoexperiencia individualista. Roland (1988) descubrió las sutiles, pero significativas, distinciones entre la autoexperiencia de los pacientes japoneses e indios como fueron observadas por él en el curso del psicoanálisis, aunque ambos, por lo general comparten una perspectiva sociocéntrica. Entre las culturas individualistas, McClelland, Sturr, Knapp y Wendt (1958) fueron capaces de identificar una diferencia compleja en la naturaleza y el balance de las obligaciones para el ego y la sociedad entre sujetos alemanes y estadounidenses, aunque en ambos países prevaleció un autocontrol y un sentido articulado del ego. Más aún, los egos sociocéntricos en contraste con los individualistas varían continuamente. Tal variación se encuentra en los contactos clínicos con la diversidad cultural de la población de estadounidenses, aunque la medición y autodeterminación de estas dos autoorientaciones siguen en su etapa inicial. Por tanto, los estudiantes de psicología clínica deberán estar atentos a la importancia potencial de estos aspectos de la autoexperiencia, tanto en la evaluación como en la intervención.

Dimensiones sociales y personales relevantes para la autoexperiencia

Hofstede (1980, 1991) emprendió una investigación sobre las actitudes relacionadas con el trabajo en 53 países y tres regiones, con una participación total de más de 100,000 personas. Basándose en el factor de análisis de esta gigantesca recolección de datos, fueron identificadas cuatro dimensiones por medio de las cua-

les pueden compararse las muestras transculturales: individualismo-colectivismo, poder-distancia, incertidumbre-evasión y masculinidad-feminidad. Hofstede (1980,1986, 1991) ha descrito las propiedades que definen estos factores y especificó sus manifestaciones en el proceso de la socialización, escuela e interacciones con el lugar de trabajo. La importancia del individualismo-colectivismo para la autoexperiencia ha sido específicamente resaltada por muchos autores (por ejemplo, Triandis, 1989, 1994), pero las otras tres dimensiones son potencialmente relevantes. Las tablas 15.1 y 15.2 tomadas de Draguns (1996f), resumen esta información y son traídas para apoyar las preocupaciones de la evaluación e intervención de los psicólogos

clínicos. Los límites de su utilidad práctica en el ambiente clínico han sido establecidos por las investigaciones, desde estudios de casos hasta investigaciones sistemáticas multidimensionales.

No confundir disturbio y desviación

Una trampa mayor de la práctica de la psicología clínica en un ambiente multicultural es igualar los disturbios sociales con la desviación psicológica. En su forma más evidente, este error ocurre cuando a una persona normal de una cultura diferente se le asigna un diagnóstico psiquiátrico basándose en su comportamiento aparentemente extravagante e inapropiado. Es una pena que tales diagnósticos penosos y malos hayan ocurrido,

Tabla 15.1 Dimensiones y términos relacionados con la personalidad provistas por Hofstede

DIMENSIONES DE HOFSTEDE	TÉRMINOS RELACIONADOS
Individualismo-colectivismo "El individualismo pertenece a las sociedades en las que las ataduras entre los individuos están flojas; se espera que todos los individuos cuiden de sí mismos y de su familia inmediata. El colectivismo pertenece a las sociedades en las que la gente desde su nacimiento está integrada a grupos homogéneos cohesivos y fuertes, que a lo largo de la vida de las personas continúa protegiéndolos a cambio de incuestionable lealtad" (Hofstede, 1992. p. 51).	Alocentrismo en contraste con el idiocentrismo. La dependencia de campo en contraste con la independencia de campo
Poder de la distancia "La extensión en la que los miembros menos poderosos de las instituciones y organizaciones dentro de un país esperan y aceptan que el poder está distribuido desigualmente" (Hofstede, 1992, p. 28).	Autoritarismo en contraste con el igualitarismo.
Evitación de la incertidumbre "La extensión en la que la gente dentro de una cultura se pone nerviosa por situaciones que ellos perciben como no estructuradas, no claras o impredecibles, situaciones que por consiguiente ellos tratan de evitar al mantener códigos estrictos de comportamiento y una creencia en las verdades absolutas" (Hofstede, 1986 p. 308).	Intolerancia de la ambigüedad en contraste con la tolerancia de la ambigüedad Rigidez en contraste con la flexibilidad Complejidad cognoscitiva
Masculinidad-feminidad "La masculinidad pertenece a las sociedades en las que los roles de los géneros sociales son claramente distintos (es decir, se supone que los hombres sean agresivos, duros y enfocados al éxito material, mientras que se supone que las mujeres sean modestas, tiernas y preocupadas con la calidad de vida), femineidad pertenece a las sociedades en las que los roles de los géneros sociales están traslapados (esto es, se supone que los hombres y mujeres sean modestos, tiernos y preocupados con la calidad de vida)" (Hofstede, 1991, pp. 82-83).	Mentalidad obstinada en contraste con la mentalidad tierna.

Tabla 15.2 Las cuatro dimensiones en relación con el Ego y los demás de Hofstede

INDIVIDUALISMO-COLECTIVISMO		
	INDIVIDUALISMO	COLECTIVISMO
Ego:	Autónomo Privado, diferenciado	Contextual Público, vago, "fronteras borrosas" entre el ego y los demás
Socialización:	Inmutable, permanente Intensa, pocas relaciones	Cambiante Menos intensa, múltiples relaciones
Relaciones:	De larga duración, algunas	Muchas, algunos cambios con las circunstancias y situaciones
DISTANCIA DEL PODER		
	ALTA	BAJA
Ego:	Encapsulado Estatus y riqueza importantes	Permeable Amistades importantes
Socialización:	Áspera	Indulgente
Relaciones:	Jerárquicas	Igualitarias
EVITACIÓN DE LA INCERTIDUMBRE		
	ALTA	BAJA
Ego:	Articulado, consistente	Parcialmente no verbalizada, algo inconsistente
Socialización:	Preparación intencionada para la escuela, trabajo y vida	Oportunidad para la exploración y la fantasía
Relaciones:	Apretadamente categorizadas, ritualizadas, formales	Espontáneas y no estructuradas, pocos rituales o formalidad
MASCULINIDAD-FEMINIDAD		
	MASCULINIDAD	FEMINIDAD
Ego:	Pragmático	Altruista
Socialización:	Demandante	Relajada
Relaciones:	Instrumentales	Expresivas

y deberá consultar al lector interesado los documentos responsabilidad de Jewel (1952) y Sue (1996). Uno podría esperar que tales incidentes trágicos nunca ocurran nuevamente, dada la mejorada objetividad y sofisticación cultural del sistema actual de diagnóstico, como es incorporado en el DSM-IV (Asociación estadounidense de psiquiatría, 1994).

Sin embargo, en una manera más sutil, el confundir los disturbios con la desviación puede manifestarse a través de la inclinación del psicólogo clínico a diagnosticar un grado más severo de desviación fuera de su grupo cultural familiar. Un ejemplo de esta tendencia fue documentado entre los Amish del sureste de Pennsylvania¹.

Los profesionales locales de salud mental ninguno fue Amish por afiliación o por antecedentes tradicionalmente y asignaron el diagnóstico de esquizofrenia a los pacientes Amish hiperactivos y agudamente perturbados. Se encontró que estos diagnósticos fueron erróneos en las tres cuartas partes de los casos en virtud de

¹Los Amish son cristianos protestantes fundamentalistas que rechazan los estilos de vida modernos y adoptan el pacifismo. Escaparon de la persecución religiosa en Suiza y Alemania y han formado comunidades en Ohio, Pennsylvania, Virginia (EE.UU.) y en otros sitios. Para información sobre sus patrones de comportamiento, costumbres, valores e historia, véase Hostetler (1980).

los procedimientos de diagnóstico objetivos basados en las reglas. Por medio de las mismas prácticas de diagnóstico, la fase maníaca del trastorno bipolar del estado de ánimo fue establecida como los diagnósticos válidos y correctos en estos casos (Egeland, Hofsteter y Eshleman, 1983). Han ocurrido diagnósticos similares mal atribuidos con miembros de otros grupos culturalmente distintos (López, 1989). Tradicionalmente fue diagnosticado un trastorno más serio, crónico o menos reversible. Sin embargo, hay al menos un descubrimiento documentado de un diagnóstico plantado con un relativismo cultural equivocadamente "excusando" la presencia de un trastorno genuino y que asignó diagnósticos de pequeñas alteraciones y disturbios para los miembros de los grupos minoritarios, a pesar de lo graves de sus síntomas (López y Hernández, 1992). Este ejemplo, entonces, representa la tendencia opuesta observada con frecuencia: en lugar de confundir la desviación por disturbio, éste fue descartado como anormalidad.

Empatía, estereotipo y distancia social

La empatía, por definición, mejora la sensibilidad del psicólogo clínico con el paciente al reconocer con sentimiento: "allí voy con la gracia de Dios." La empatía tiene dos aspectos distintos: *cognoscitivo*, por medio del cual los psicólogos clínicos experimentan la realidad desde el punto de vista del paciente, y *afectivo*, que le permite sintonizarse con, y compartir el estado emocional del paciente. Ridley y Lingle (1996) han reconocido la dificultad implícita en el tener afinidad con un paciente culturalmente diferente. Las pistas sutiles en tal comunicación del paciente y la conducta pueden ser mal entendidas, mal percibidas o simplemente no notarse. Más aún, a través de las fronteras culturales el psicólogo clínico puede ver al paciente como si fuera distante; las reacciones personales sutiles pueden pasarse por alto y sólo las acciones realmente visibles pueden notarse. Bajo estas circunstancias, es probable que los disturbios conspicuos de comportamiento se coronen como señales de una angustia más subjetiva y personal, como las de la depresión.

La falta de experiencia o de familiaridad con la cultura del paciente puede promover los estereotipos y borrar la percepción de los aspectos personales y únicos de la experiencia. En el proceso, el paciente puede correr el riesgo de ser desindividualizado y ser visto como un miembro "típico" de su grupo. De este modo la em-

patía puede estar negativamente relacionada con la asignación de estereotipos, mientras que se espera una correlación positiva entre la distancia social y la asignación de estereotipos. Entre menos sepa el psicólogo clínico acerca del grupo cultural del paciente, él podrá estar más inclinado a llenar las brechas con su conocimiento a través de la asignación de estereotipos.

Esté consciente de los estereotipos, pero no pase por alto las diferencias culturales

Basándose en los puntos adelantados hasta aquí, un psicólogo clínico podría ser bien aconsejado en aclarar la asignación de estereotipos. La confianza en los estereotipos en la interacción social o en la actividad clínica interfiere poderosamente con las operaciones cognoscitivas de una persona en la evaluación de otro individuo en sus cualidades únicas y en su individualidad. Más aún, las etiquetas estereotípicas anexadas a otro individuo tienen una cualidad "pegajosa". Como lo han demostrado ampliamente los psicólogos sociales, tales etiquetas son fáciles de aplicar pero difíciles de remover, aun con el hecho de que exista una evidencia masiva que las invalide. Y los estereotipos, como se mostró nuevamente en estudios de laboratorio clínicos y psicosociales, se determinan por el color y la distorsión de la percepción, la recolección y la interpretación de una gran cantidad de actos y sucesos. Una vez que se ha aplicado un estereotipo, éste sirve como un filtro a través del cual la información entrante es procesada. Por consiguiente, una obligación virtual para un psicólogo clínico, en especial si está trabajando en un ambiente con diversidad cultural, es concientizarse de los estereotipos, reconocer sus limitaciones y reducir su rol, en especial como activadores automáticos de sentimientos, actitudes y expectativas.

Sin embargo, permítanos no sucumbir en el extremo opuesto. Algunas personas en su afán por contrarrestar los estereotipos, niegan *cualquier* diferencia cultural en las características psicológicas. El resultado es una entrega de servicios con una "ceguera cultural". Tales métodos pasan por alto la realidad social de las influencias culturales sobre todos los aspectos del comportamiento, incluyendo las experiencias de angustia e incapacidad que constituyen el principal criterio de la anormalidad psicológica. Entonces, en todas las operaciones clínicas, es aconsejable estar informado de las características y experiencias culturales justificadas basándose en investigaciones. Esta concientización debe-

rá estar unida con la comprensión de que las tendencias, correlaciones y diferencias significativas entre las muestras que no predicen el desempeño, calificación o diagnóstico de un miembro de un grupo específico. Las revisiones integradoras de los hallazgos pertinentes están disponibles, por ejemplo, para China (Draguns, 1996a; Lin, Tseng y Yeh, 1995) y Japón (Caudill, 1973; Lebra, 1976). Se ha acumulado información útil acerca de los patrones característicos de los disturbios sobre los mayores grupos minoritarios oficialmente reconocidos en Estados Unidos: Adebimpe (1981) para los afroamericanos; Casas y Vázquez (1996) para los hispanos; Sue y Morishima (1982) para los asiático-americanos; y Trimble, Fleming, Beauvais y Jumper-Thurman (1996) para los estadounidenses nativos. La bibliografía es escasa y/o dispersa acerca de los diversos grupos étnicos descendientes de europeos que viven en Norteamérica. Una tarea difícil y compleja se encontró en la investigación de las conclusiones acumuladas sobre los trastornos mentales de los judíos, dada la variedad de la información disponible y de la heterogeneidad de los grupos incluidos en sólo una clase en su categoría cultural inclusiva. A pesar de eso, Sanua (1992, p. 228) fue capaz de concluir que:

Parecen ser consistentes cierto número de conclusiones. Hay un alto porcentaje de judíos que están yendo a la psicoterapia, principalmente de naturaleza psicoanalítica. Parece que sufren más de depresión y de psiconeurosis y tienden a tener bajos porcentajes de esquizofrenia (excepto por dos estudios realizados en Europa y estos porcentajes pueden ser consecuencias de la ocupación alemana). Parece que tienen menos sintomatología paranoica, tal vez debido a que tienden a internalizar su agresión. Esto es algo sorprendente, en virtud del estatus minoritario de los judíos y de sus experiencias de discriminación. A pesar de esta internalización de la agresión, el porcentaje de suicido entre los judíos es bajo. Los estudios han revelado que el alcohol y las drogas los usan escasamente. Hay alguna evidencia de que las fuertes uniones familiares, la identidad étnica y religiosa tienen un efecto positivo sobre la salud mental de los judíos. Con el debilitamiento del grupo, el uso de las drogas y del alcohol ahora va en aumento. Puede ser que los judíos alcohólicos, los drogadictos y los criminales se parezcan a otros grupos étnicos que están sufriendo de problemas psiquiátricos.

Estas conclusiones se reproducen por completo debido a que representan una combinación de realismo y precaución digna de elogio. El reconocimiento de estas conclusiones es relevante y aplicable para las operaciones de los psicólogos clínicos en el nivel del caso, a condición de que se ejerza la precaución y se evite el saltar de una tendencia a un tipo.

ACTIVIDADES CULTURALES Y CLÍNICAS DEL PSICÓLOGO

I. VALORACIÓN

Introducción

Los psicólogos clínicos dedican una cantidad considerable de su tiempo profesional, compartido en entrevistas, observaciones y pruebas a sus pacientes. El propósito general de estas actividades es obtener la información que se necesita para determinar los tratamientos e intervenciones apropiados. En el proceso, puede fomentarse el entendimiento del paciente dentro del contexto de la experiencia de su vida y del diagnóstico del trastorno de éste si se puede lograr algo. Todas estas operaciones pueden verse afectadas por el entorno cultural del paciente y del psicólogo clínico y por cualquier discrepancia entre ellos.

Un esquema comprensivo para la evaluación cultural

Kleinman (1992) (como es citado por Castillo, 1996) ha propuesto un modelo elaborado para la evaluación cultural que aparentemente incorpora todos los aspectos de la experiencia del paciente. Los pasos implicados en este procedimiento son los siguientes:

1. La identidad cultural del paciente deberá estar determinada. ¿Cómo se describe el paciente a sí mismo o en términos culturales? ¿Cuál es la autodesignación o etiqueta del paciente? ¿Hay una sola autodesignación o hay varias? Si las identidades del paciente son múltiples, ¿cuáles son sus relaciones? ¿Cuáles son los sentimientos del paciente acerca de su identidad étnica? ¿Cómo afecta ésta a su comportamiento, al autoconcepto e interacción con los miembros dentro y fuera del grupo?
2. Hasta este punto, el psicólogo clínico es alentado para que entienda más acerca del grupo con el que el paciente se identifica basándose en las referencias y en los recursos disponibles de las personas.

3. ¿Cuál es el significado cultural de las principales quejas del paciente, la expresión de sus angustias y los patrones de sus disturbios formados culturalmente?
4. ¿Cómo explican el paciente y/o su familia la experiencia de las enfermedades y qué significado les imponen?
5. ¿Cuál es el efecto emocional de la familia, el trabajo y la comunidad del paciente sobre la experiencia de su enfermedad?
6. ¿Cuál es la respuesta social a la enfermedad del paciente, incluyendo cualquier forma significativa de estima social?
7. ¿Hay algún prejuicio etnocéntrico por parte del psicólogo clínico, y cuál es su efecto potencial sobre el tratamiento?
8. Finalmente, se deberá desarrollar, negociar y acordar un plan de tratamiento con el paciente, o su familia, y el psicólogo clínico.

Es poco probable que todos estos pasos necesiten realizarse en cada encuentro entre pacientes culturalmente distintos y el psicólogo clínico. Sin embargo, los diversos componentes de esta secuencia se pueden mantener en mente y se examinarán para ver su aplicabilidad, en especial en los casos del contraste cultural entre el paciente y el psicólogo clínico.

Entrevistas

Al igual que en las otras operaciones de evaluación, una entrevista necesita tener sentido para el paciente y deberá estar relacionada con las metas del contacto clínico. Para llegar a este fin, necesita proporcionarse la información y la estructura, y las expectativas y el punto de vista del paciente necesitan adaptarse. Entre mayor sea el abismo cultural, será mayor la necesidad de modificaciones e improvisación. Los psicólogos clínicos que trabajan con inmigrantes y residentes temporales que vienen de África (por ejemplo, Nathan, 1994) han encontrado necesario recurrir a la comunicación metafórica, indirecta y simbólica para hacer de la entrevista una experiencia más significativa para sus pacientes. En general, el contacto a través de las líneas culturales es obstruido por la ambigüedad y por la falta de dirección y estructura. Bajo tales condiciones, es probable que ocurra un incremento de la ansiedad, y se puede dañar la espontaneidad y la franqueza de la comunicación. Es mejor para el entrevistador hacer pre-

guntas cerradas (por ejemplo, sí/no) o alentar la auto-exploración por medio de preguntas abiertas (por ejemplo, "hábleme de su matrimonio"). En este punto no se puede proporcionar una respuesta inequívoca. Sin embargo, con frecuencia deberá reconocerse la urgencia por la necesidad de ayuda del paciente (por ejemplo, "primero ayúdeme, haga las preguntas después"). El idioma de la angustia del paciente, las palabras y conceptos usados en el acto de su sufrimiento, deberá respetarse, y se deberán evitar las interpretaciones apresuradas (por ejemplo, "¿cuando usted me dice que su corazón está herido, me está diciendo qué tan triste y lastimado se siente?"), aunque puede necesitar comunicarse la empatía del psicólogo clínico, tal vez ni verbal ni discretamente.

Es difícil proveer sugerencias genéricas para las entrevistas transculturales para que no se vuelvan estereotípicas. Las preferencias estilísticas culturales del paciente y sus aversiones pueden necesitar averiguarse e incorporarse en la técnica del entrevistado. Dos fuentes culturales de variación vienen a la mente en esta conexión. En algunas culturas, el estilo de respuesta acquiescente es una marca de cortesía y deferencia, en especial con una persona profesional de un estatus prominente percibido. Si se formula una hipótesis de tal posibilidad, puede ser aconsejable variar el formato de las preguntas (por ejemplo "aquí hay una lista de varios síntomas que usted puede o no puede tener. Por favor elija los que usted ha experimentado en las últimas dos semanas, si es que hay alguno"). Las culturas también pueden variar en la cantidad de intrusiones que están preparadas a tolerar. Si los límites de tal tolerancia están en peligro de ser golpeados, el entrevistador puede ponderar las ventajas y desventajas de perseguir los temas en particular sensibles. Se puede hacer la pregunta si la explicación de tales temas es indispensable en la situación específica del paciente. Otro aspecto del mismo problema pertenece a la buena disposición para el autodescubrimiento como una variable cultural. Se ha sugerido (Partridge, 1987) que el autodescubrimiento da más fácilmente en aquellas culturas donde el ego es experimentado como autocontrolado y autónomo. De manera inversa, donde las fronteras del ego están menos delineadas y donde éste está más sujeto a la fluctuación a lo largo de situaciones y tiempo, se pueden experimentar dificultades genuinas cuando se le pide al entrevistado que describa como es él. Si es necesario, se le deberá permitir tiempo adicional, de forma que se pueda desarrollar la confianza y se pueda cons-

truir la confianza. Finalmente, la flexibilidad y el acomodamiento son ingredientes importantes para ayudar a superar los malentendidos culturales. En cualquier caso, la técnica deberá estar subordinada al objetivo de obtener la información de una manera realista.

Las herramientas del entrevistador para llegar a este fin son principalmente de actitud. Una postura receptiva, flexible y espontánea es útil y apropiada en la mayor parte de las situaciones. Vale la pena tener en mente dos de los puntos de la lista de Kleinman provistos en la sección anterior. Primero, los recursos disponibles, escolares, personales y sociales, deberán usarse para superar cualquier punto muerto que se pueda desarrollar. Segundo, la posibilidad deberá acariciarse (¡pero no asumirse!) de que las actitudes del entrevistador hacia el origen étnico del paciente y/o el suyo propio pueden predisponer los juicios resultantes. Las limitaciones del punto de vista del entrevistador, si las hay, deberán reconocerse y deberán tomarse los pasos para superarlas.

1 Pruebas de personalidad estandarizadas: inventarios de papel y lápiz, con énfasis en el MMPI

El Inventario multifásico de la personalidad de Minnesota (Minnesota multiphasic personality inventory) (MMPI) ha surgido como la prueba de personalidad más ampliamente usada en el formato de autorreporte directo. Su validación original en Minneapolis fue tomada sin ninguna referencia a la composición étnica o racial de las diversas muestras de validación normales y clínicas. Décadas después se descubrió (Gynther, 1972) que, comparados con los blancos, fue más probable que los afroamericanos fueran diagnosticados psiquiátricamente. Específicamente, las escalas F, 8 y 9 fueron elevadas en los afroamericanos en comparación con sus contrapartes blancos, tanto normales como diagnosticados psiquiátricamente. Una investigación más reciente y completa de todos los estudios MMPI sobre los cuatro principales grupos minoritarios en U.S.A. (afroamericanos, hispanos, americanos nativos y asiático-americanos) por Greene (1987) fracasó al sustentar un patrón consistente de diferencias entre alguno de los dos grupos étnicos involucrados en la comparación. Por consiguiente, él argumentó en contra del desarrollo de normas separadas para los grupos étnicos específicos. Entre tanto, el MMPI original ha sido reemplazado por el MMPI-2 revalidado (Butcher, Dahlstrom,

Graham, Tellegen y Kaemmer, 1989). En contraste con la validación original, fueron incluidas cantidades proporcionales de afroamericanos, hispanos, americanos nativos y asiático-americanos en grupos de revalidación grandes y representativos. Estos desarrollos sugieren que las disparidades étnicas en el MMPI-2 probablemente disminuyan en lugar de incrementarse en comparación con el MMPI original. Aun así, hay nuevos reportes para las diferencias étnicas en los indicadores psicopatológicos, en este momento entre asiático-americanos y blancos, y en especial también para inmigrantes relativamente desculturizados dentro de ese grupo (Sue, 1996). De este modo, el riesgo de confundir la anormalidad social con un disturbio personal, que fue discutido en una sección anterior, no ha desaparecido aún de la nueva y sustancialmente mejorada versión del MMPI. En otra parte (Draguns, 1996b, p. 69) se concluyó que "el MMPI es una herramienta de apreciación utilizable, pero imperfecta dentro del ambiente americano multicultural". Aun así, se deberá observar cierta cantidad de precauciones. En el caso de un paciente culturalmente distinguido, se evitará el uso automático e irreflexivo de recorte de calificaciones para propósitos de diagnóstico y tratamiento. Las calificaciones y perfiles deberán notarse, pero interpretarse más tentativamente, con un grano de sal proverbial más grande, que en los casos de pacientes más típicos de los grupos mayoritarios. La interpretación impersonal, por computadora y/o a ciegas, de las calificaciones MMPI nunca deberán servir como base para las decisiones de la vida real que involucren la vida y el bienestar del paciente y en especial si es culturalmente atípico.

2 Pruebas de personalidad desestructuradas: Medidas proyectivas

En contraste con el MMPI, no ha surgido ningún cuerpo de conclusiones sistemáticas y acumulativas de las diferencias étnicas en las calificaciones y respuestas en la Prueba de la mancha de tinta de Rorschach (Rorschach inkblot test), aunque los primeros estudios culturalmente orientados con este instrumento se remontan a 1940 (por ejemplo DuBois, 1944). Por un par de décadas la Rorschach fue la medida de elección en la cultura antropológica y en la investigación de la personalidad, hasta que Lindzey (1961) demostró la falta de conclusiones decisivas de este esfuerzo. Sin embargo, esto no implica ya sea la inutilidad de la Rorschach con los miembros de la minoría o la ausencia de problemas

culturales con su aplicación a través de las líneas étnicas. Aunque las manchas de tinta pueden ser culturalmente neutrales, es extraño que lo sea el contexto de la prueba (Dana, 1993; Ritzler, 1996). Al menos, las expectativas e interpretación de la situación y razón de la prueba por parte de quien la aplica y a quien se la aplican casi invariablemente difieren (Fulkerson, 1965), y es probable que esta diferencia aumente a través de las líneas étnicas. La situación aquí es similar a la de la entrevista de diagnóstico, excepto en que ambos estímulos y ambigüedad situacional son partes esenciales del procedimiento de la prueba proyectiva (Draguns, 1996a; Fulkerson, 1965). Bajo estas circunstancias, la desconfianza, la ansiedad y la inseguridad no pueden ayudar sino que más bien distorsionan e interfieren con la producción de respuestas significativas y espontáneas a las manchas de tinta. Nuevamente, el reconocimiento realista de estos obstáculos y la construcción sensible del entendimiento mutuo parecen ser las medidas más probables para contrarrestar o prevenir tal alteración.

En el caso de las pruebas temáticas, prominentemente ejemplificadas por la TAT, el asunto étnico-cultural ha girado en torno de las características inequívocas caucásicas de todas las figuras humanas bosquejadas en las tarjetas originales TAT. Para los afroamericanos a los que se les aplica la prueba, Thompson (1949) diseñó un conjunto de imágenes virtualmente idénticas con las características faciales africanas. Desde su introducción, esta prueba ha tenido pocas investigaciones y poco uso clínico. Más potencialmente viable es otro conjunto de imágenes temáticas en especial diseñadas para reflejar preocupaciones *emic* de los individuos afroamericanos dentro de la cultura contemporánea de Estados Unidos, *Temas concernientes a los negros* (*Themes concerning blacks*) (Williams, 1972). Esta prueba está diseñada para complementar más que para reemplazar a la TAT y a otras pruebas generales temáticas.

El futuro parece presagiar el desarrollo de pruebas temáticas más específicas, con estímulos hechos a la medida de los segmentos específicos de la población estadounidense, que incluye a los grupos étnicos. El TEMAS, introducido y descrito por Constantino y Malgady (1996), es un precursor de esta tendencia. Consiste en estímulos contemporáneos étnicamente relevantes que bosquejan una variedad de situaciones interpersonales y singularidades de personas con características caucásicas, hispanas y africanas. Se ha perseguido sistemáticamente la validación del TEMAS y

los resultados de estos esfuerzos parecen ser prometedores.

De este modo, los psicólogos clínicos pueden enfrentarse con más de unas pocas opciones entre las pruebas proyectivas, algunas de las cuales incorporan un conocimiento y diseño cultural, aun en sus estímulos de prueba. Al usar las técnicas proyectivas, los psicólogos culturalmente sensibles deberán tener en mente la relevancia de los factores culturales en todas las fases de la evaluación. Como lo ha enfatizado Dana (1993), las normas apropiadas culturalmente construidas y que proyectan un estímulo con ajuste cultural son necesarias, pero no suficientes. Las consideraciones culturales afectan todas las etapas de esta transacción, desde el contexto social en el que la prueba está incrustada hasta la interpretación y comunicación de las conclusiones en las que deberán incorporarse el entretreído de las características culturales y personales.

Pruebas de inteligencia: una controversia interminable

El uso de las pruebas de inteligencia con las minorías en desventaja cultural y económica implica problemas intratables y, por lo general, no hay a la vista alguna solución satisfactoria a este problema. En los inicios del siglo XX, cuando se introdujeron las primeras pruebas de inteligencia utilizable, Alfred Binet, William Stern, Lewis Terman y otros pioneros de la construcción de pruebas de inteligencia estuvieron conscientes de la naturaleza improvisada de sus instrumentos. Sabían que habían tenido éxito en el desarrollo de pruebas de la habilidad cognoscitiva que fueron útiles y, a un grado imperfecto, válidas en un punto específico en el tiempo y el espacio, más que ser instrumentos válidos universalmente aplicables en cualquier lugar y en todo momento; sin embargo, estos pioneros estaban optimistas en el sentido de que de manera eventual se podrían construir pruebas de inteligencias libres de cultura. Con el beneficio de la retrospectiva, los psicólogos contemporáneos saben que esta esperanza no se puede realizar. Mientras tanto, los descendientes lineales de las primeras pruebas de inteligencia continúan siendo usados en la sociedad multicultural de Estados Unidos, aunque es ampliamente reconocido que las disparidades en la economía, política, educación y oportunidades sociales, colocan a cierto número de los grupos minoritarios en una aparente desventaja. Esta situación es claramente injusta. No obstante, hay aquellos que sostienen que las perso-

nas de todos los entornos culturales y todas las marchas de la vida deben probarse, no con el propósito de establecer su nivel de inteligencia "verdadero o real", sino para la predicción realista de los pasos educativos apropiados a ser tomados en cuenta en el futuro cercano. También, a quien le aplican la prueba puede hacer en este punto un diagnóstico válido y una reflexión clínica. De este modo, hay un delicado balance a ser establecido por el cual las pruebas de inteligencias se usan servicial y flexiblemente para propósitos específicos y prácticos en lugar de ser proscritas por completo (como, de manera incidental, fue hecho en la dogmáticamente igualitaria Unión Soviética en 1935) debido a sus imperfecciones bastante conocidas.

Contra este ambiente, se ofrecen los siguientes lineamientos para los psicólogos clínicos que se encuentran al inicio del nuevo milenio:

1. Respetar todas las regulaciones administrativas y requerimientos legales de su institución, jurisdicción y estado. En algunos estados, es ilegal usar las pruebas de inteligencia con personas dentro de un rango de edad específico y/o estatus de minoría. En otros lugares, existen reglas específicas sobre cuándo, dónde, cómo y a quién puede o no entregarse la información basada en la prueba de inteligencia de una persona.
2. Proceder desde el reconocimiento de que el CI es sólo un indicador cuantitativo derivado del desempeño en la prueba de inteligencia de una persona. Segmentos del público en general sienten admiración por el CI; los psicólogos informados no. Están conscientes de los usos legítimos de esta calificación y de sus múltiples limitaciones.
3. Por consiguiente, con relación a los resultados de las pruebas de inteligencia como una muestra compleja y cualitativa del desempeño cognoscitivo para solucionar problemas de una persona, que deberán describirse, reportarse e interpretarse en su totalidad.
4. Considere la respectiva conveniencia de excluir el CI del reporte actual o incluir esta calificación. Si es reportado el CI del paciente, es responsabilidad del psicólogo asegurarse de que estos datos están interpretados de forma realista y justa.
5. Libérese de cualquier uso automático de recortes de calificaciones y nunca permita que una decisión de la vida real concerniente al paciente se haga por completo o principalmente basado en su CI (o en cualquier otra calificación).
6. Vea más allá de la prueba y recopile observaciones acerca de las habilidades para solucionar problemas del paciente en una variedad de situaciones prácticas de la vida real, específicamente dentro del ambiente y habitat acostumbrado por el paciente.
7. Procúrese un cabal conocimiento acerca del asunto complejo de la interrelación de las calificaciones de las pruebas de inteligencia, la desventaja social o cultural, y las características culturales, y aplique esta experiencia en la interpretación específica de las conclusiones de la prueba. Un artículo reciente de Neisser *et. al.* (1996) representa el consenso razonado actual de los expertos sobre las controversias relacionadas con la inteligencia.

Se pueden anticipar dos tendencias futuras. Primero, las conclusiones de las pruebas de inteligencia serán complementadas de manera creciente, aunque probablemente no serán reemplazadas por la información sistemática no basada en pruebas acerca de la competencia social de la persona a la que se le aplicó la prueba, forma actual de hacer frente a las cosas en situaciones prácticas relevantes. Para llegar a este fin, Mercer (1979) ha desarrollado el Sistema de evaluación pluralístico multicultural (System of multicultural pluralistic assessment (SOMPA). Este procedimiento incorpora calificaciones de las pruebas de inteligencia estandarizadas, pero va más allá de ellas al tomar en consideración cuatro tipos de datos adicionales, sobre el estatus socioeconómico, la aculturación al ambiente principal contemporáneo de EE.UU., la estructura familiar y el tamaño de la familia. Se le asigna un peso a toda esta información y luego es combinada para llegar a una apreciación más integral y culturalmente sensitiva de la inteligencia de una persona. Entonces SOMPA toma en cuenta el desempeño de la prueba, los entornos culturales y las características del ambiente en el que actualmente está funcionando la persona.

Segundo, el estudio de las definiciones de inteligencia *emic* para varios grupos socioculturales específicos está todavía en su etapa inicial, pero es probable que gane ímpetu y eventualmente sea incorporada en una evaluación multifacética de la inteligencia y sensible a la cultura. En la cultura A-chewa en Zambia, en África Central del Sur, Serpell (1989) investigó los conceptos locales implícitos de inteligencia. Fueron identificadas tres nociones interrelacionadas pero no obstante distintas. Corresponden a grandes rasgos a la viveza, inven-

tiva y servicio socialmente sensible. Mientras que los dos primeros componentes corresponden a las características de inteligencia como se entiende el término en la moderna cultura euroamericana, la tercera característica llega como algo sorprendente. De manera similar, las facetas de inteligencia localmente distintivas pueden descubrirse en las investigaciones futuras con diversos grupos culturales y étnicos dentro de la población de Norteamérica. Dos métodos pueden ser útiles en la búsqueda de esta meta. Las técnicas sociométricas para averiguar quién es inteligente/listo/ágil de mente pueden emplearse para pedir a los informantes locales que identifiquen a tales individuos en sus comunidades. Entonces, los incidentes críticos pueden ser examinados en el que fueron ilustrados estos rasgos. En esta forma, el estrangulamiento del CI puede ser eventualmente aflojado para abrir paso a una concepción de la inteligencia más flexible y distinta.

Pruebas neuropsicológicas: una nueva área de preocupación cultural

Las medidas neuropsicológicas están diseñadas para identificar la presencia y naturaleza de los déficit y disfunciones psicológicas que se pueden seguir como daño cerebral. En la mayor parte de los casos, consisten en procedimientos perceptivos y cognoscitivos que tradicionalmente son completados con éxito por personas con el sistema nervioso central sin daño alguno en un amplio rango de inteligencia, pero que tienen problemas por daños neuropsicológicos. Aparentemente, esta es un área de investigación en la que el impacto de las diferencias culturales deberá ser mínimo. Sin embargo, los neuropsicólogos perceptivos (por ejemplo, Lezak, 1983) han reconocido que esto no es así. Basándose en prolongadas observaciones clínicas, Ardila, Rosselli y Puente (1994) han ofrecido sugerencias prácticas para superar las barreras culturales en la evaluación neuropsicológica de los pacientes hispanos. Echemendia, Harris, Congett, Díaz y Puente (1997) han reportado los resultados de una encuesta de las experiencias de los neuropsicólogos clínicos con las poblaciones hispanas. Los participantes han indicado que, aunque realizaron la evaluación neuropsicológica con cantidades sustanciales de pacientes hispanos, pocos de ellos recibieron capacitación y supervisión para trabajar con las poblaciones de las minorías. Los participantes en esta encuesta sostuvieron que tal capacitación es necesaria, debido al entretejido de los factores culturales y los déficits, per-

ceptuales cognoscitivos que afectan el desempeño neuropsicológico. Algunos de los reactivos sobre las pruebas neuropsicológicas tocan respuestas aprendidas y automatizadas para los grupos mayoritarios. No obstante, estos reactivos pueden ser menos familiares para los individuos culturalmente distintos con un entorno educativo diferente. Aun las tareas mundanas como son la repetición de dígitos pueden estar sujetas a una influencia cultural. Los que hablan español pueden tener más experiencia en los grupos de números (por ejemplo, "389") en lugar de repetirlos por separado ("3-8-9") (Echemendia *et. al.*, 1977). Sobre todo, no se deberá esperar que los que hablan inglés como un segundo idioma tengan un desempeño comparable en las pruebas y tareas medidas por el lenguaje. Las diferencias en sus calificaciones en tales áreas de desempeño no deberán interpretarse sobre una base neuropsicológica en ausencia de una fuerte evidencia independiente que la apoye. Los resultados de Echemendia *et.al.* pertenecen a una minoría; introducen una nota de precaución e indican la necesidad de investigaciones con otras poblaciones culturalmente atípicas en Norteamérica.

Una nueva frontera: La interfase entre persona y cultura

Ha habido una conciencia gradualmente creciente en la importancia de los factores culturales que influyen en todos los aspectos del comportamiento clínicamente relevantes. Pedersen (1990, 1991) ha propuesto que las intervenciones culturalmente orientadas en los consejos y la psicología clínica constituyen la "cuarta fuerza", igual a las teorías psicodinámicas, humanistas y conductuales. Si esta posición tiene mérito, hace un llamado para el desarrollo de nuevos métodos de evaluación para desenredar las hebras de la influencia cultural en los dominios cruciales del comportamiento y la experiencia. Con esta nueva orientación en mente, son delineados los siguientes desarrollos potenciales prometedores:

1. En una de las primeras secciones de este capítulo, fue introducido el contraste entre los egos socio-céntricos e individualistas. Los orígenes de esta distinción son fáciles de seguir para las observaciones clínicas y sociales en las culturas contrastantes, complementados por un mosaico de conclusiones acerca de las respuestas con características culturales de un amplio rango de experimentos

controlados, datos estadísticos y observaciones naturalistas. Sin embargo, hasta ahora, no se han desarrollado medidas clínicamente útiles del ego autónomo en contraste con el socialmente permeado. El reto para el campo de la psicología clínica es desarrollar y validar un instrumento culturalmente sensible e individualmente aplicable por medio del cual pueda ser valorada de manera objetiva y confiable la autoexperiencia de una persona, sobre el eje centrado en el individuo en contraste con el sociocéntrico y sobre otras dimensiones de las variables culturales potencialmente relevantes.

Relacionada con el objetivo anterior, existe una necesidad para identificar escalas personales y culturales. Se han realizado gran cantidad de investigaciones sobre varios tipos de identidad empíricamente establecidos de los afroamericanos (por ejemplo, Carter, 1996; Corss y Fhagen-Smith, 1996), pero los psicólogos clínicos han estado incorporando lentamente los resultados de las mediciones en sus procedimientos de evaluación. Es de interés clínico especial la forma en que la identidad cultural de una persona está entrelazada e interpenetrada con su identidad personal y autoconcepto. ¿Dónde se encuentra una persona con relación a su cultura de origen y la cultura donde reside actualmente? Se han desarrollado escalas de aculturación y se usan ampliamente en la investigación, para grupos culturales y para población genérica de inmigrantes y de recién llegados (por ejemplo, Sodowsky y Plake, 1991). Sin embargo, el siguiente paso espera ser tomado, esto es, la incorporación de los datos sobre la aculturación en la evaluación que hacen los psicólogos clínicos de los individuos. Debe ser de interés el cerciorarse cuantitativamente no sólo del grado de aculturación, sino también de su variedad cualitativa. Por ejemplo, para llegar a este fin, las escalas que incorporan el esquema cuádruple de asimilación, aislamiento, marginación e integración de Berry (1990) podrían ser una adición bienvenida a la herramienta de evaluación de los psicológicos clínicos.

La investigación de Hofstede (1980, 1986, 1991), Triandis (1994, 1995) y otros ha traído al frente la relevancia potencial para la exploración clínica de cierto número de dimensiones o rasgos que fueron descubiertos a través de una investigación transcultural. A este respecto es prominente el individualismo-colectivismo. Los profesionales de la eva-

luación clínica culturalmente sofisticados podrían dar la bienvenida a la construcción de las mediciones de autorreporte de esta variable, tal vez complementado con las calificaciones sociales y aun por los estímulos autoexpresivos y semiproyectos para esta construcción. Sin embargo, el individualismo-colectivismo no es la única medida con un potencial para incorporarse en la operación de evaluación centrada en la persona. El dinamismo confuciano, investigado primero con las poblaciones chinas en Hong Kong y en otros lugares (Chinese culture connection, 1987; Cheng, 1990), también se han encontrado que son aplicables y significativos en otras culturas y que son relevantes para los intereses e intervenciones clínicas (Hofstede, 1991).

5. Las perspectivas mundiales de las personas son culturalmente variables y pertinentes para los objetivos de la comprensión de la motivación principal de su conducta y para predecir sus acciones. Ibrahim y Khan (1987) han desarrollado tal instrumento. Por ahora, su composición analítica factorial se ha comprobado (Ibrahim y Owen, 1984) y ha demostrado ser útil en la evaluación de carrera (Ibrahim, Ohnishi y Wilson, 1994). El siguiente paso es introducirlo en el contexto clínico. De interés especial es este traslape con la identidad personal.

INTERVENCIÓN

Psicoterapia

La psicoterapia verbal involucra a las interacciones humanas que son crucialmente dependientes de la relación de confianza, la comunicación espontánea y la comprensión mutua. Todos estos componentes esenciales de la psicoterapia están en riesgo y bajo tensión cuando existe una barrera cultural entre el paciente y el terapeuta. Pfeiffer (1996) ha descrito cinco choques de expectativas que se encuentran con frecuencia.

1. El paciente espera que el terapeuta le diga qué es lo que tiene que hacer; el terapeuta insiste en ayudar al paciente a resolver sus problemas basándose en la experiencia y recursos personales disponibles.
2. El paciente busca apoyo y participación de la familia, la comunidad y los amigos; el terapeuta enfatiza la toma de decisiones y las acciones del individuo.

3. El paciente busca una solución basándose en la distribución de poder en una familia tradicionalmente patriarcal; el terapeuta alienta un método igualitario orientado a las tareas para la resolución del problema.
4. Para el paciente, el problema está fuera de la persona, en el ambiente social; el terapeuta trata de incrementar una mayor autoconciencia e, implícitamente, coloca el problema dentro del individuo.
5. Lo que sufre el paciente se expresa en términos corporales; el terapeuta está más interesado en los pensamientos y sentimientos del paciente.

Pfeiffer identificó estos cinco contrastes basándose en su experiencia al realizar la psicoterapia con trabajadores visitantes turcos en Alemania. Su formulación también es aplicable a muchos otros encuentros transculturales en la psicoterapia.

En este país, es bien sabido que los porcentajes de la pronta terminación de la psicoterapia por parte de pacientes minoritarios son desproporcionadamente altos. Con frecuencia, tales pacientes buscan terapia en la etapa más dolorosa y aguda del trastorno que en la que se encuentran los que están más cercanos a la corriente cultural principal. Lo que ellos necesitan y esperan es un alivio inmediato; al no distinguir un prospecto para obtener esto, ellos en desaire renuncian desilusionados. Estas relaciones de terapia abortada con frecuencia finalizan con una nota de malentendido mutuo. El que buscaba ayuda está frustrado y descontento; el profesional que proporciona la ayuda, algunas veces puede atribuir la falla a la psicoterapia, a la falta de motivación o a la mentalidad psicológica por parte del paciente.

Durante las últimas décadas se ha logrado algún progreso en la corrección de esta situación. Específicamente, se han tomados los pasos para establecer un puente entre las diferencias de la comunidad de psicoterapeutas profesionales y de sus pacientes de todos los segmentos de la población. Aunque la gran variedad de estos cambios no pueden resumirse adecuadamente en los números, vale la pena articular los siguientes desarrollos. Los pacientes minoritarios y otros distintos en términos culturales no esperan insertarse en los servicios terapéuticos preexistentes y presumiblemente inmutables. En un caso óptimo, el modelo de inserción cultural desarrollado por Higginbotham, West y Forsythe (1988) se aplica por medio de programas que se iniciaron y formaron basándose en la congruencia de las necesidades de la comunidad con los recursos profesio-

nales. Este método se puede implementar en una base sistemática para toda una comunidad, región, país o aun para todo el mundo (Desjarlais, Eisenberg, Good y Kleinman, 1995), o se puede aplicar sobre una base individual, por ejemplo un solo psicólogo clínico pionero que intenta establecer servicios terapéuticos en cierto número de países africanos (Peltzer, 1995). También se ejemplifica por las operaciones de un psicoterapeuta que trata de enfrentarse al reto de proveer servicios terapéuticos efectivos y significativos a los recién llegados con una variedad de diferentes entornos y puntos de vista (Nathan, 1994). Se encuentra una situación similar con los psicólogos clínicos quienes se encuentran a sí mismos en un ambiente culturalmente diferente y están tratando de hacer su trabajo fuera de una combinación adecuada de intervenciones que será efectiva con sus pacientes que buscan ayuda (Fish, 1996). En todos estos casos el terapeuta tiene éxito en sus objetivos al tomar seriamente las creencias, valores, puntos de vista y actitudes del paciente. Para poner esto en forma diferente, el mandato legítimo del psicoterapeuta es desahogar la angustia y reducir el sufrimiento. Únicamente se podría distraer de lograr estas metas si el terapeuta emprende la difícil tarea de cambiar la cultura subjetiva de su paciente. En lugar de eso, las intervenciones del terapeuta deberán adaptarse y acomodarse a las expectativas culturalmente basadas del paciente.

Otra posibilidad es modificar el formato y la técnica de la psicoterapia. Por ejemplo, para los pacientes hispanos han marcados nuevos e imaginativos tipos de terapia. Constantino, Malgady y Rogler (1988) han diseñado métodos de terapia para adolescentes basándose en historias (*cuentos*) de figuras deportivas hispanas y de otros héroes folclóricos que pueden constituir modelos atractivos y glamorosos del comportamiento social y de adaptación. Zuniga ha propuesto la incorporación de los "dichos" populares para ayudar a superar la resistencia en los pacientes hispanos. Javier (1990) hizo surgir la cuestión de la relevancia y efectividad potencial de la psicoterapia orientada a la comprensión para los hispanos y otros pacientes minoritarios que han estado socializados en una cultura de pobreza. La triada de la pobreza absoluta, la resignación o el fatalismo y la relación de objetos dañada sugiere que los métodos convencionales engranados a la autoexploración no son suficientes y sólo pueden ser marginales en su utilidad para tales poblaciones. Cuándo y dónde los servicios siguen siendo rígidos e inmodificables, resulta una brecha creciente entre la necesidad de los servicios

y su bajo porcentaje de utilización. En tales casos, se pueden utilizar los recursos informales no profesionales, tales como los de una *persona de confianza* (Rosado y Elias, 1993). Se ha escrito mucho acerca de tales terapeutas tradicionales (Adler y Mukherji, 1995), pero su disponibilidad y aceptación en los ambientes contemporáneos urbanizados es limitado y, con las tendencias mundiales hacia la intensificación en la modernización, se espera que se contraiga su participación al proveer servicios mentales (Claver, 1976; Scharfetter, 1985). Sin embargo, donde se practican tales intervenciones, deberán tomarse con seriedad e incorporarse como componentes en los sistemas de entrega orientados por completo a la cultura. Por ejemplo en la Columbia Británica, Jilek (1988) ha cooperado productivamente con los rituales de danzas espirituales de indios Salish shamanísticos para contrarrestar la depresión, la ansiedad, los males somáticos y el abuso del alcohol y las drogas.

Un problema especial es planteado por el idioma en el que se realiza la psicoterapia. Con muchos inmigrantes asiáticos, hispánicos, europeos y otros pacientes, los psicoterapeutas se comunican necesariamente en inglés, aun cuando el dominio que tiene el paciente de ese idioma sea imperfecto. Más sutilmente, aunque el paciente sea experto en hablar un inglés fluido, su experiencia subjetiva puede estar supeditada a otro idioma. Este escritor recuerda un caso de un alemán cuyo dominio del inglés era perfecto. No obstante, ocurrió un cambio espontáneo cuando surgieron sucesos de su niñez. Pocos terapeutas son bilingües o multilingües, y ninguno de ellos puede ajustarse a la variedad de los entornos lingüísticos de los pacientes. Puede haber algún mérito al invitar al paciente para que diga una palabra o frase clave en su idioma principal, aunque éste sea desconocido para el terapeuta, por ejemplo, para nombrar un sentimiento de forma que capture su impacto emocional completo. Hay algún apoyo sistemático para la idea de que las remembranzas en el primer idioma de la persona tienen mayor vivacidad e intensidad, al menos para los bilingües español-inglés (Javier, Barroso y Muñoz, 1993). Tal vez, aunque en un mínimo, un terapeuta monolingüe puede mejorar su efectividad al estar consciente de y atender los asuntos del idioma, su afecto, experiencia y comunicación en la psicoterapia.

Los servicios de terapia también deberán adaptarse a las necesidades y expectativas de los recién llegados a Canadá y a Estados Unidos. La adaptación a las diferentes culturas es estresante y retardadora aun para los

inmigrantes voluntarios y los residentes temporales. Sin embargo, en cifras crecientes, los refugiados originados por las guerras, la opresión, la discriminación y otros estresantes sociales, han llegado a Norteamérica. Por necesidad, sus experiencias traumáticas en sus países de origen, así como también durante y después de su fuga, han dejado cicatrices emocionales y en algunos casos ocasionado nuevos problemas acumulativos que se multiplican como hongos. En forma creciente, los psicoterapeutas han sido llamados para que participen en el diseño e implementación de los servicios culturalmente apropiados para los sobrevivientes de la tortura, la persecución y otras experiencias estresantes o traumáticas.

Con frecuencia la terapia se emplea para amortiguar el efecto del choque cultural (*culture shock*). Oberg (1958) acuñó este término para describir una mezcla de desorientación cognoscitiva, la impotencia personal y la angustia emocional que algunas personas experimentan al introducirse en un ambiente cultural nuevo y diferente. El choque cultural afecta a los inmigrantes, a los residentes temporales y a los refugiados. Una combinación de la orientación a la nueva cultura a través de la información, la práctica y los roles desempeñados y un reconocimiento de la respuesta a las necesidades emocionales del paciente, ha producido resultados positivos en el amortiguamiento en contra y para superar sus efectos (Bemak, Chung y Bornemann, 1996).

La tensión de la aculturación está relacionada con el choque cultural pero es más prolongada en sus efectos (Westermeyer, 1987). Éste se refiere a las presiones y tensiones experimentadas por los recién llegados que tienen que acomodarse al nuevo ambiente. Son triples los métodos apropiados para mitigar esta experiencia, en especial en sus aspectos más inquietantes: el de la política, la orientación y los niveles de terapia. Primero, se ha reconocido que la información pública de los países que reciben a los inmigrantes provee opciones y disminuye la presión hacia la conformidad y son políticas humanas que, más aún, reducen los costos directos e indirectos de adaptación. La metáfora de un crisol, con su connotación de una transformación minuciosa e inevitable, ha sido descartada en las conceptualizaciones modernas y en la práctica de la mayor parte de los países que reciben grandes cantidades de inmigrantes. Al mismo tiempo, hay un consenso sobre la urgente necesidad de proveer una guía prácticamente orientada a las personas que llegan al país. Finalmente, hay un lugar distintivo para los servicios terapéuticos que tratan

con las experiencias probables de la frustración, la inseguridad e impotencia, que la necesidad que conlleva el rápido cambio en la adaptación a nuevos ambientes. Tales intervenciones deberán estar enfocadas a la realidad social presente y deberán estar engranadas hacia una pronta recuperación de la depresión, la ansiedad, el sentido de falta de adecuación y otras condiciones relacionadas. Estas intervenciones también pueden facilitar la elección de su propio estilo del inmigrante y ritmo de aculturación, con su respectivo énfasis en la integración de las viejas y nuevas culturas, la asimilación de la cultura que lo recibe o el preservar tanto como sea posible la antigua cultura (Berry, 1990).

En el caso de los refugiados y desterrados, cuyas cifras se han incrementado trágicamente en las décadas recientes, la adaptación a los nuevos ambientes está en gran medida complicada por los acontecimientos traumáticos experimentados o atestiguados antes, durante y después de la fuga. Para ese entonces, existe una bibliografía sustancial sobre la intervención terapéutica en respuesta a este trauma (Arpin, Comba y Fleury 1988; Marsella, Bornemann, Ekblad y Orley, 1994; van der Veer, 1992). Estos autores están de acuerdo al proponer una respuesta pronta y directa a la angustia experimentada. Se deberá enfocar la atención en el aquí y el ahora. Este objetivo deberá lograrse en una forma que sea culturalmente significativa para el paciente, apuntada para producir una reducción de síntomas y un alivio de su angustia al inicio en la terapia, y para confrontar el asunto prominente de las dolorosas pérdidas personales tan pronto como sea posible en el tratamiento (véase también a Draguns, 1996d). Al mismo tiempo, tales asuntos como la extensión y naturaleza de la interacción verbal entre el terapeuta y el paciente, y de sus respectivos roles (Draguns, 1996d) se espera que varíen a través de las culturas, como es la naturaleza de la explicación cultural de los desastres padecidos. En este nuevo y prominente campo de intervención, tiene que prevalecer la improvisación. A pesar de todo, hay una gran cantidad de cosas que deben aprenderse de la experiencia de los psicólogos clínicos, quienes han tenido que intervenir con frecuencia al momento de la notificación y con poca preparación (Marsella *et al.*, 1995). Los futuros desarrollos deberán incluir una documentación más completa de los resultados obtenidos. Al mismo punto, los diversos resultados obtenidos pueden combinarse e integrarse. Esto proveerá una perspectiva más panorámica de qué tipos de intervenciones por lo general han resultado y, de manera más ambiciosa, po-

dría generar datos sobre la interacción de la cultura y el método para la terapia en la producción de resultados óptimos.

El énfasis en esta sección se ha dado en la actitud más que en la técnica. Las técnicas específicas pueden encontrarse muy útiles para poblaciones particulares, aunque no hay propuestas de terapias autocontenidas únicamente diseñadas para una cultura dada. Lo importante para mantenerla es la máxima adaptabilidad a las necesidades y circunstancias en el servicio de la posible entrega de las intervenciones más efectivas a la diversidad de poblaciones.

Terapias conductuales y cognoscitivas

Los factores culturales también importan en el diseño y entrega de los servicios de terapia conductual y cognoscitiva. Tanaka-Matsumi y Higginbotham (1996) ya han tratado este asunto. El objetivo de las intervenciones conductuales y cognoscitivas es cambiar las respuestas aparentes o secretas y reemplazarlas con tipos de comportamiento más adaptables y gratificantes. Aunque esta meta parece ser específica y acultural, las características culturales son relevantes para todas las etapas de la planeación, implementación, evaluación y seguimiento de la terapia. La mayor flexibilidad en el diseño de tales servicios, comparados con la psicoterapia tradicional verbal, permite la incorporación de consideraciones culturales para todas estas fases. El modelo de acomodación de la cultura (Higginbotham, West y Forsyth, 1988), ya introducido en una sección inicial de este capítulo, pueden aplicarse fácilmente a la planeación y ejecución de los programas orientados conductual y cognoscitivamente. Para este fin, las metas y técnicas de intervención no son impuestas unilateralmente, sino que son negociadas con el paciente, sus agentes o guardias, y la comunidad en la que ocurre la intervención. Se busca el consenso entre los participantes en esta transacción con relación a la metas de la terapia. ¿Qué respuestas deberán ser tratadas para la aplicación de los principios conductuales y/o cognoscitivos? ¿Cuál es la presunta, culturalmente enraizada y personalmente apoyada concepción de la naturaleza del comportamiento problemático del paciente? ¿Qué tipo de objetivos espera el paciente que sean alcanzados en la terminación de la intervención, si ésta tiene que ser exitosa? ¿Qué tipo de condiciones pueden mejorar el significado de las intervenciones planeadas y qué expectativas incrementarán las oportunidades de su aplicación exito-

sa? ¿Deberá implementarse el programa por los miembros del grupo étnico del paciente? o, ¿pueden llevarse a cabo efectivamente por profesionales externos y personal capacitado externo? Finalmente, ¿qué tipos de reforzadores serán óptimamente efectivos con una población específica y en referencia al comportamiento objetivo específico (en aquellas áreas problemas donde estas consideraciones son aplicables)?

Aunque el marco de trabajo para incorporar la cultura en estas intervenciones está en su lugar, Tanaka-Matsumi y Higginbotham (1996) han sido capaces de encontrar relativamente pocos ejemplos de su aplicación actual con los pacientes minoritarios o miembros de otras poblaciones. Lo que necesita contrarrestarse y superarse es una mayor "visión de túnel" de los profesionales acerca de los síntomas objetivos, que ocasiona que pasen por alto o pongan poca atención al contexto en que ha ocurrido un exceso o déficit. Los proponentes perceptivos de las intervenciones conductuales y cognoscitivas reconocen la importancia de las influencias del ambiente, de la experiencia en la vida y de las interacciones sociales y de las interacciones pasadas formativas y de las relaciones sociales activas actuales. Todos estos filamentos de experiencia son mediados por la cultura.

Los métodos conductuales y cognoscitivos tienen la mayor ventaja de estar enfocados en las quejas del paciente y de apuntar al cambio directo y rápido del comportamiento problemático. Estas características van en gran medida hacia la resolución de una de las principales fuentes de insatisfacción que tienen los que buscan ayuda y que son de entornos culturales distintivos. En el caso de la psicoterapia verbal, con frecuencia resulta en una lucha crítica disimulada entre el terapeuta y el paciente. El terapeuta se dirige en una dirección diferente de la que el paciente desea ir; el paciente puede sentir que lo que padece no está siendo tomado en serio y sigue sin aliviarse. En el curso del programa de terapia conductual y cognoscitiva, no surge este problema. De este modo, con las medidas culturales adecuadas incorporadas para la implementación sensitiva, los métodos conductuales y cognoscitivos mantienen la promesa de ser componentes prominentes de la intervención terapéutica culturalmente orientada.

Antes y después de la terapia: su planeación y evaluación

Con el creciente énfasis en la responsabilidad y el costo-eficiencia al proveer los servicios psicológicos, los

psicólogos clínicos profesionales en el futuro serán solicitados para que justifiquen sus intervenciones. Esta anticipación dicta la necesidad de planes detallados y racionales en la entrega de los servicios, para monitorear sus efectos y para compararlos con otras intervenciones disponibles, pero tal vez menos innovadoras. En todas estas operaciones, pueden tener que ser incluidos los factores culturales, en especial si los servicios en cuestión son engranados a los grupos y sus problemas específicos. Hasta el momento, el resultado de las investigaciones en la terapia rara vez ha tomado en cuenta los factores étnicos (Sue y Sundberg, 1996). El reto es demostrar que el origen étnico es un factor relevante en la evaluación de la efectividad de la intervención y que al escucharlos, en lugar de hacerlos a un lado, da como resultado un servicio mejorado y tal vez con una mejor relación costo-eficiencia.

Por encima de estas consideraciones, los psicólogos clínicos de las siguientes décadas tendrán que tender un puente a través del abismo que existe entre la entrega de los servicios y la recolección de datos de las investigaciones en su operación cotidiana. Construir cada caso como un proyecto de investigación con una *N* de uno, monitorear cuidadosamente las intervenciones y sus efectos, y mantener un registro continuo de estos datos, puede ayudar al establecimiento de una base de datos sólida y a eliminar la distinción entre la intervención clínica y la investigación, una meta que los fundadores de la psicología clínica estadounidense en Boulder, Colorado, han visualizado de manera profética.

HACIA UNA PSICOLOGÍA CLÍNICA CULTURALMENTE SENSIBLE

Tendencias futuras

No hace mucho, las influencias culturales estaban en la periferia de las preocupaciones de los psicólogos clínicos. La afirmación de uno mismo por parte de las minorías étnicas estadounidenses; un mayor influjo de inmigrantes, refugiados y residentes temporales; y el creciente flujo de comunicación en un mundo en el que se han reducido las distancias, todos estos desarrollos han impulsado los asuntos culturales a un primer plano. De este modo, la reconvención de la conferencia de Vail (Korman, 1974) para prestar atención a las necesidades de los pacientes culturalmente distintos y de ser sensibles a sus preocupaciones, se ha convertido en un

imperativo general en las vidas profesionales de la gran mayoría de los psicólogos clínicos. El ser conocedor y perceptivo acerca de los hilos culturales de experiencia se ha convertido en una realidad social y clínica. Se espera que estas tendencias se intensifiquen y se aceleren en el siguiente siglo. Entonces, los psicólogos clínicos deben aprender a operar en una variedad de ambientes sociales, a apreciar las diferencias en la cultura subjetiva de sus pacientes y a esforzarse para llegar a los servicios que buscan las personas que con expectativas distintivas y diferentes agendas.

Características de los psicólogos clínicos culturalmente competentes

¿Cómo interactúan las experiencias personales, la capacitación profesional y académica, y los rasgos de personalidad para facilitar la óptima entrega de servicios clínicos a través de líneas culturales? Hasta ahora, tenemos únicamente un pequeño brillo de una respuesta a esta pregunta importante. En efecto, un psicólogo clínico culturalmente efectivo deberá poseer atributos como flexibilidad, apertura a la experiencia, tolerancia de la complejidad y ambigüedad, y aceptación del ego y de los demás (Dinges y Duffy, 1979). Sin embargo, esta lista tomada del conjunto de características postuladas para una persona competente interculturalmente, es general y un poco vaga. Más sobre el punto, las investigaciones recientes han intentado precisar los rasgos de los consejeros transculturales que, por implicación, podrían ser aplicables a los psicólogos clínicos culturalmente activos. Esta empresa está en progreso. Basándose en los resultados obtenidos hasta ahora, los consejeros multiculturales efectivos poseen un nivel laborable de técnicas multiculturales y habilidades, están conscientes de sus propias suposiciones y creencias culturales y son perceptivos de los estados psicológicos y de los entornos de otras personas; más aún, llevan a sus contactos profesionales multiculturales un alto grado de autoconfianza y discernimiento (Sodowsky, 1996). De este modo, las cualidades deseables representan una mezcla de componentes que son generales y específicos, personales y sociales, y orientados a las habilidades y de actitud.

CONCLUSIONES

En el ambiente multicultural en el que muchos psicólogos clínicos probablemente operarán en las siguientes

décadas, su efectividad será significativamente mejorada por su conocimiento del impacto de los factores culturales en la experiencia de la angustia y de la incapacidad. Sin embargo, la información por sí misma no es suficiente. Su aplicación efectiva será promovida por los componentes afectivos que entran en juego con las transacciones transculturales: estar abiertos a los nuevos encuentros sociales en lugar de anticiparlos en un estado de inseguridad y preocupación, sentirse autoconfiados más que experimentar dudas sin resolución, y buscar activamente la experiencia intercultural, más que evitar y sustraerse de tales contactos. Para estar seguros, también son necesarias las habilidades de edificación y práctica. El producto de tal preparación es un profesional clínico flexible y competente que no está obligado a un modelo estático seguidor de las reglas. Además, tales personas, conocen las limitaciones de los estereotipos. Cuidadosamente, pueden guiarse por alguno de ellos como hipótesis sin confundirlas con los hechos. Más aún, los psicólogos clínicos culturalmente sensibles no cristalizan su conocimiento y sofisticación cultural en categorías inmutables. Sobre todo, la cultura, ya sea la del psicólogo o la del paciente, no oscurece su perspectiva del individuo o sea la persona que sufre, y su curación son las preocupaciones mayores del psicólogo clínico. El resultado ideal u óptimo es la habilidad para sentir con el paciente, aun cuando su experiencia subjetiva está acomodada en una forma que a primera vista parece desconcertante o incomprensible. Los psicólogos clínicos con habilidades y sensibles deberán ser capaces de encontrar palabras u otros medios para comunicar la empatía e inquietudes a través de las líneas culturales. Y el psicólogo clínico competente está muy consciente de que la anormalidad de su perspectiva cultural no deberá ser igualada con un disturbio y que se deben buscar otras explicaciones y considerar sus méritos, antes de que sea aplicado legítimamente el diagnóstico de un trastorno mental a una persona de un entorno cultural distinto. Si continúan las tendencias actuales, el psicólogo clínico competente cruzará las fronteras culturales en sus consultas diarias, fácil y confiadamente, aunque nunca descuidada o automáticamente.

No sabemos todo lo que hay que saber, pero sí sabemos que las habilidades multiculturales se pueden aprender y perfeccionar, aunque descansen sobre los cimientos de la experiencia personal del individuo. De este modo, el ayudar a la gente desde diversos entornos culturales a enfrentarse a las vicisitudes de la vida es un

reto interminable; hay que admitir las mejoras, puesto que aún no se ha alcanzado la perfección.

REFERENCIAS

- Adebimpe, V. R. (1981). Overview: White norms and psychiatric diagnosis of Black patients. *American Journal of Psychiatry*, 138, 279-285.
- Adler, L. L., & Mukherji, R. R. (Eds.). (1995). *Spirit versus scalpel*. Westport, CT: Bergin & Garvey.
- Al-Issa, I. (Ed.). (1995). *Handbook of culture and mental illness: An international perspective*. Madison, CT: International Universities Press.
- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: Author.
- Ardila, A., Rosselli, M., & Puente, A. (1994). *Neuropsychological evaluation of the Spanish speaker*. New York: Plenum Press.
- Arpin, J., Comba, L., & Fleury, F. (Eds.). (1988). Migrazione e salute mentale in Europa. *Antropologia Medica*, 4, 3-107.
- Benedict, R. (1934). Culture and the abnormal. *Journal of General Psychology*, 10, 59-82.
- Bemak, R., Chung, R. C. Y., & Bornemann, T. H. (1996). Counseling and psychotherapy with refugees. In P. B. Pedersen, J. G. Draguns, W. J. Lonner, & J. E. Trimble (Eds.), *Counseling across cultures* (4th ed.) (pp. 243-265). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Berne, E. (1956). Comparative psychiatry and tropical psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 113, 193-200.
- Berne, E. (1959). Difficulties of comparative psychiatry. *American Journal of Psychiatry*, 113, 193-200.
- Berry, J. W. (1990). Psychology of acculturation. In J. J. Beriman (Ed.), *Nebraska Symposium on Motivation 1989* (pp. 201-234). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Brislin, R. W. (1993). *Understanding cultures influence on behavior*. Fort Worth, TX: Harcourt, Brace, Jovanovich.
- Butcher, J. N., Dahlstrom, W. G., Graham, J. R., Tellegen, A., & Kaemmer, B. (1989). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory—2 (MMPI-2) manual for administration and scoring*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Carothers, J. C. (1953). *The African mind in health and disease*. Geneva: World Health Organization.
- Carter, R. T. (1996). Exploring the complexity of racial identity attitude measures. In G. R. Sodowsky & J. T. Impara (Eds.), *Multicultural assessment in counseling and clinical psychology* (pp. 193-224). Lincoln, NE: Buros Institute of Mental Measurement.
- Casas, J. M., & Vásquez, M. J. T. (1996). Counseling the Hispanic: A guiding framework for a diverse population. In P. B. Pedersen, J. G. Draguns, W. J. Lonner, & J. E. Trimble (Eds.), *Counseling across cultures* (4th ed.) (pp. 146-176). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Castillo, R. J. (1996). *Culture and mental illness: A client-centered approach*. Pacific Grove, CA: Brooks-Cole.
- Caudill, W. (1973). The influence of social structure and culture on human behavior in Japan. *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 157, 249-258.
- Chang, S. C. (1988). The nature of self: A transcultural view: Part I. Theoretical aspects. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 25(3), 169-204.
- Cheng, S. K. (1990). Understanding the culture and behavior of East Asians: A Confucian perspective. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 24, 510-515.
- Cheng, T. A. (1995). Neuroses in Taiwan: Findings from a community study. In T. Y. Lin, W. S. Tseng, & E. K. Yeh (Eds.), *Chinese societies and mental health* (pp. 156-166). Hong Kong: Oxford University Press.
- Cheung, F. M. C. (1986). Psychopathology among Chinese people. In M. H. Bond (Ed.), *The psychology of the Chinese people* (pp. 171-213). Hong Kong: Oxford University Press.
- Chinese Culture Connection. (1987). Chinese values and the search for culture-free dimensions of culture. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 18, 143-164.
- Claver, B. G. (1976). Problemes de guerissage en Côte d'Ivoire. *Annales Médico-Psychologiques*, 134, 23-30.
- Compton, W. M., Helzer, J. E., Hwu, H. G., Yeh, E. K., McEvoy, L., Topp, J. E., & Spitznagel, E. L. (1991). New methods in cross-cultural psychiatry in Taiwan and the United States. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1697-1704.
- Cooper, J. E., & Sartorius, N. (1977). Cultural and temporal variation in schizophrenia: A speculation on the importance of industrialization. *British Journal of Psychiatry*, 26, 493-503.
- Costantino, G., & Malgady, R. (1996). Development of TEMAS: A multicultural thematic apperception test: Psychometric properties and clinical utility. In G. R. Sodowsky & J. C. Impara (Eds.), *Multicultural assessment in counseling and clinical psychology* (pp. 85-136). Lincoln, NE: Buros Institute of Mental Measurement.
- Costantino, G., Malgady, R. G., & Rogler, L. H. (1988). Folk hero modeling therapy for Puerto Rican adolescents. *Journal of Adolescence*, 11, 155-165.
- Cross, W. E., & Fhagen-Smith, P. (1996). Nigrescence and ego identity development: Accounting for differential Black identity patterns. In P. B. Pedersen, J. G. Draguns, W. J. Lonner, & J. E. Trimble (Eds.), *Counseling across cultures* (4th ed.) (pp. 108-123). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.

- Dana, R. H. (1993). *Multicultural assessment perspectives for professional psychology*. Boston: Allyn and Bacon.
- DeHoyos, A., & DeHoyos, G. (1965). Symptomatology differentials between Negro and White schizophrenics. *International Journal of Social Psychiatry*, 11, 245-255.
- Desjarlais, R., Eisenberg, L., Good, B., & Kleinman, A. (1995). *World mental health: Problems and priorities in low-income countries*. New York: Oxford University Press.
- Dinges, N., & Duffy, L. (1979). Culture and competence. In A. J. Marsella, R. G. Tharp, & T. J. Caborowski (Eds.), *Perspectives on cross-cultural psychology* (pp. 209-231). New York: Academic Press.
- Draguns, J. G. (1975). Resocialization into culture: The complexities of taking a worldwide view of psychotherapy. In R. W. Brislin, S. Bochner, & W. J. Lonner (Eds.), *Cross-cultural perspectives on learning* (pp. 273-289). Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Draguns, J. G. (1995). Cultural influences upon psychopathology: Clinical and practical implications. In R. A. Javier, W. G. Herron, & A. Bergman (Eds.), Special issue: Multicultural perspectives on mental illness. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 4, 79-103.
- Draguns, J. G. (1996a). Abnormal behavior in Chinese societies: Clinical, epidemiological, and comparative studies. In M. H. Bond (Ed.), *Handbook of psychology of the Chinese people* (pp. 412-428). Hong Kong: Oxford University Press.
- Draguns, J. G. (1996b). Ethnocultural considerations in the treatment of post-traumatic stress disorder: Therapy and service delivery. In A. J. Marsella, M. J. Friedman, E. T. Gerrity, & R. M. Scurfield (Eds.), *Ethnocultural aspects of post-traumatic disorder: Issues, research, and clinical applications* (pp. 459-482). Washington, DC: American Psychological Association.
- Draguns, J. G. (1996c). Humanly universal and culturally distinctive: Charting the course of cultural counseling. In P. B. Pedersen, J. G. Draguns, W. J. Lonner, & J. E. Trimble (Eds.), *Counseling across cultures* (4th ed.) (pp. 1-20). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Draguns, J. G. (1996d). Multicultural and cross-cultural assessment of psychological disorder: Dilemmas and decisions. In G. R. Sodowsky & J. Impara (Eds.), *Multicultural assessment in counseling and clinical psychology (Buros-Nebraska Symposium on Measurement and Testing)* (Vol. 9, pp. 37-76). Lincoln, NE: Buros Institute of Mental Measurement.
- Draguns, J. G. (1996e). Projective techniques. In A. Kuper & J. Kuper (Eds.), *The social science encyclopedia* (2nd ed.) (pp. 679-681). London: Routledge.
- Draguns, J. G. (1996f). Toward a more sensitive and realistic assessment in multicultural settings. In R. T. Carter (Ed.), *What is multiculturalism? 1995 Columbio University Teachers College Cross-Cultural Roundtable Proceedings* (pp. 23-29). New York: Columbia University Teachers College Press.
- Draguns, J. G. (1997). Abnormal behavior patterns across cultures: Implications for counseling and psychotherapy. *International Journal of Intercultural Relations*, 21, 213-248.
- DuBois, C. (1944). *The people of Alor*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Durkheim, E. (1951/1897). *Suicide: A study in sociology* (J. A. Spaulding & G. Simpson, Trans.). Glencoe, IL: Free Press (originally published in 1897).
- Echemendia, R. J., Congett, S., Harris, J., Díaz, L., & Puente, A. (1997). Neuropsychological training and practices with Hispanics: A national survey. *The Clinical Neuropsychologist*, 11(3), 229-243.
- Egeland, J. A., Hofsteter, A. M., & Eshleman, S. K. (1983). Amish study: The impact of cultural factors on diagnosis of bipolar illness. *American Journal of Psychiatry*, 140, 67-71.
- Fish, J. (1996). *Culture and therapy: An integrative approach*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Fulkerson, S. C. (1965). Some implications of the new cognitive theory for projective tests. *Journal of Consulting Psychology*, 29.
- Greene, R. L. (1987). Ethnicity and MMPI performance: A review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 497-512.
- Gynther, M. (1972). White norms and black MMPIs: A prescription for discrimination? *Psychological Bulletin*, 78, 386-402.
- Herskovits, M. (1948). *Man and his works*. New York: Knopf.
- Higginbotham, H. N., West, S., & Forsyth, D. (1988). *Psychotherapy and behavior change: Social, cultural and methodological perspectives*. New York: Pergamon Press.
- Hofstede, G. (1980). *Cultures consequences: International differences in work related values*. Beverly Hills, CA: Sage Publications.
- Hofstede, G. (1986). Cultural differences in teaching and learning. *International Journal of Intercultural Relations*, 10, 301-320.
- Hofstede, G. (1991). *Cultures and organizations: Software of the mind*. London: McGraw-Hill.
- Holtzman, W. H., Diaz-Guerrero, R., & Swartz, J. D. (1975). *Personality development in two cultures*. Austin: University of Texas Press.

- Hostetler, J. A. (1980). *The Amish society* (3rd ed.). Baltimore, MD: Johns Hopkins University Press.
- Hsu, J., & Tseng, W. S. (1991). *Culture and family: Problems and therapy*. New York: Haworth Press.
- Ibrahim, F. A., & Kahn, H. (1987). Assessment of world views. *Psychological Reports*, 60, 163-176.
- Ibrahim, F. A., Ohnishi, H., & Wilson, R. P. (1994). Career assessment in a culturally diverse society. *Journal of Career Assessment*, 2, 276-288.
- Ibrahim, F. A., & Owen, S. V. (1994). Factor analytic structure of the Scale to Assess World View. *Current Psychology: Development, Learning, Personality, Social*, 13, 201-209.
- Jablensky, A., Sartorius, N., Ernberg, A. M., Anker, Korten, A., Cooper, J. E., Day, R., & Bertelson, A. (1992). *Schizophrenia: Manifestation, incidence, and cause in different cultures: A World Health Organization ten-country study*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Jablensky, A., Sartorius, N., Gulbinat, W., & Ernberg, G. (1981). Characteristics of depressive patients contacting psychiatric services in four cultures. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 63, 367-383.
- James, W. (1952/1891). *The principles of psychology*. Chicago: Encyclopedia Britannica.
- Javier, R. A. (1990). The suitability of insight-oriented therapy for Hispanic poor. *American Journal of Psychoanalysis*, 50, 305-318.
- Javier, R. A., Barroso, E., & Muñoz, M. A. (1993). Autobiographical memory in bilinguals. *Journal of Psycholinguistic Research*, 22, 319-338.
- Jewell, D. P. (1952). A case of a psychotic Navaho Indian male. *Human Organization*, 11, 32-36.
- Jilek, W. (1988). *Indian healing: Shamanistic ceremonialism in the Pacific Northwest*. Vancouver, BC: Hancock House.
- Kimura, B. (1972). Mitmenschlichkeit in der Psychiatrie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 20, 3-13.
- Kimura, B. (1995). *Zwischen Mensch und Mensch—Strukturen japanischer Subjektivität* (Egon Weinmayr, Ed. & Trans.). Darnstadt, Germany: Wissenschaftliche Buchgesellschaft.
- Kirmayer, L. (1984). Culture, affect, and somatization: Parts 1 and 2. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 21, 159-188, 237-262.
- Kleinman, A. (1982). Neurasthenia and depression: A study of somatization and culture in China. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 6, 117-190.
- Kleinman, A. (1986). *Social origins of distress and disease*. New Haven: Yale University Press.
- Kleinman, A. (1988). *Rethinking psychiatry: From cultural category to personal experience*. New York: Free Press.
- Kleinman, A. (1992). How culture is important for DSM- IV. In J. E. Mezzich, A. Kleinman, H. Fabrega, B. Good, G. Johnson-Powell, K. M. Lin, S. Manson, & D. Parron (Eds.), *Cultural proposals for DSM-TV* (pp. 7-28). Pittsburgh: University of Pittsburgh (cited by Castillo, 1996).
- Kleinman, A., & Kleinman, J. (1995). Remembering the Cultural Revolution: Alienating pains and the pain of alienation/transformation. In T. Y. Lin, W. S. Tseng, & E. K. Yeh (Eds.), *Chinese societies and mental health* (pp. 141-155). Hong Kong: Oxford University Press.
- Korman, M. (1974). National conference on levels and patterns of professional training in psychology: Major themes. *American Psychologist*, 29, 441-449.
- Koss, J. D. (1990). Somatization and somatic complaint syndromes among Hispanics: Overview and ethnopsychological perspectives. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 27, 5-29.
- Kraepelin, E. (1904). Vergleichende Psychiatrie. *Zentralblatt für Nervenheilkunde und Psychiatrie*, 27, 433-437.
- Kroeber, A. I., & Kluckhohn, C. (1952). *Culture: A critical review of concepts and definitions*. Cambridge, MA: Peabody Museum.
- Landrine, H. (1992). Clinical implications of cultural differences: The referential versus the indexical self. *Clinical Psychology Review*, 12, 401-415.
- Lebra, T. S. (1976). *Japanese patterns of behavior*. Honolulu: University Press of Hawaii.
- Lewis-Fernández, R. (1994). Culture and dissociation. A comparison of *ataque de nervios* among Puerto Ricans and possession syndrome in India. In D. Spiegel (Ed.), *Dissociation: Culture, mind, and body* (pp. 123-167). Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Lewis-Fernández, R., & Kleinman, A. (1994). Culture, personality, and psychopathology. *Journal of Abnormal Psychology*, 103, 67-71.
- Lezak, M. (1983). *Neuropsychological assessment* (2nd ed.). New York: Oxford University Press.
- Lin, T., Tseng, W. S., & Yeh, E. K. (Eds.). (1995). *Chinese societies and mental health*. Hong Kong: Oxford University Press.
- Lindzey, G. (1961). *Projective techniques and cross cultural research*. New York: Appleton-Century-Crofts.
- López, S. R. (1989). Patient variable biases in clinical judgment: Conceptual overview and methodological considerations. *Psychological Bulletin*, 106, 184-203.
- López, S. R., & Hernández, P. (1992). How culture is considered in evaluation of psychopathology. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 176, 598-606.
- Markus, H. R., & Katayama, S. (1991). Culture and the self: Implications for cognition, emotion, and motivation. *Psychological Review*, 98(2), 224-253.

- Marsella, A. J., Sartorius, N., Jablensky, A., & Fenton, F. R. (1985). Cross-cultural studies of depressive disorders. In A. Kleinman & B. Good (Eds.), *Culture and depression* (pp. 299-324). Berkeley: University of California Press.
- Marsella, A. J., Bornemann, T., Ekblad, S., & Orley, J. (Eds.). (1994). *Amidst peril and pain: The mental health and well-being of the world's refugees*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Marsella, A. J., Friedman, M. J., Gerrity, E., & Scurfield, R. M. (Eds.). (1996). *Ethnocultural aspects of posttraumatic stress disorder: Issues, research, and clinical applications*. Washington, DC: American Psychological Association.
- McClelland, D. C., Sturr, J. F., Knapp, R. H., & Wendt, H. W. (1958). Obligations to self and society in the United States and Germany. *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 56, 245-255.
- Mercer, J. R. (1979). *Technical manual: System of Multicultural Pluralistic Assessment (SOMPA)*. New York: Psychological Corporation.
- Moghaddam, F. M., Taylor, D. M., & Wright, S. C. (1993). *Social psychology in cross-cultural perspective*. New York: W. H. Freeman.
- Murphy, H. B. M., Wittkower, E. D., & Chance, N. A. (1967). Cross-cultural inquiry into the symptomatology of depression: A preliminary report. *International Journal of Psychiatry*, 3, 6-15.
- Nathan, T. (1994). *L'influence qui quérît*. Paris: Odile Jacob.
- Neisser, U., Boodoo, G., Bouchard, T. J., Boykin, A. W., Brody, N., Ceci, S. J., Halpern, D. F., Loehlin, J. C., Perloff, R., Sternberg, R. J., & Urbina, S. (1996). Intelligence: Knowns and unknowns. *American Psychologist*, 51, 77-101.
- Oberg, K. (1958). *Culture shock and the problem of adjustment to new cultural environments*. Washington, DC: Foreign Service Institute.
- Ots, T. (1990). The angry liver, the anxious heart, and the melancholy spleen: The phenomenology of perceptions in Chinese culture. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 14, 21-58.
- París, J. (1991). Personality disorders, parasuicide, and culture. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 28, 25-39.
- Partridge, K. (1987). How to become Japanese: A guide for North Americans. *Kyoto Journal*, 7(4), 12-15.
- Pedersen, P. B. (1990). The multicultural perspective as a fourth force in psychology. *Journal of Mental Health Counseling*, 12, 93-95.
- Pedersen, P. B. (1991). Multiculturalism as a generic approach to counseling. *Journal of Counseling and Development*, 70, 3-14.
- Pedersen, P. B., Draguns, J. G., Lonner, W. J., & Trimble, J. E. (Eds.). (1996). *Counseling across cultures* (4th ed.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Peltzer, K. (1995). *Psychology and health in African cultures: Examples of ethnopsychotherapeutic practice*. Frankfurt/Main: IKO-Verlag für interkulturelle Kommunikation.
- Pfeiffer, W. M. (1994). *Transkulturelle Psychiatrie* (2nd ed.). Stuttgart: Thieme.
- Pfeiffer, W. M. (1996). Kulturpsychiatrische Aspekte der Migration. In E. Koch, M. Ózek, & W. M. Pfeiffer (Eds.), *Psychologie und Pathologie der Migration* (pp. 17-30). Freiburg/Breisgau: Lambertus.
- Ponterotto, J. G., et al. (1995). *Handbook of multicultural counseling*. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Prince, R. (1968). The changing picture of depression syndromes in Africa: Is it a fact or diagnostic fashion? *Canadian Journal of African Studies*, 1, 177-192.
- Ridley, C. R. (1989). Racism in counseling as an aversive behavioral process. In P. B. Pedersen, J. G. Draguns, W. J. Lonner, & J. E. Trimble (Eds.), *Counseling across cultures* (3rd ed.) (pp. 55-77). Honolulu: University of Hawaii Press.
- Ridley, C. R., & Lingle, D. W. (1996). Cultural empathy in multicultural counseling: A multidimensional process model. In P. B. Pedersen, J. G. Draguns, W. J. Lonner, & J. E. Trimble (Eds.), *Counseling across cultures* (4th ed.) (pp. 21-46). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Ritzler, B. A. (1996). Projective methods for multicultural personality assessment: Rorschach, TEMAS, and the Early Memories Procedure. In L. A. Suzuki, P. J. Meller, & J. G. Ponterotto (Eds.), *Handbook of multicultural assessment: Clinical, psychological and educational applications*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Roland, A. (1988). *In search of self in India and Japan*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Rosado, J. W., & Elias, M. J. (1993). Ecological and psychological mediators in delivery of services for urban, culturally diverse Hispanic clients. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 450-459.
- Sanua, V. D. (1992). Mental illness and other forms of psychiatric deviance among contemporary Jewry. *Transcultural Psychiatric Research Review*, 29, 197-233.
- Sartorius, N., Jablensky, A., Korten, A., & Ernberg, G. (1986). Early manifestation and first contact incidence of schizophrenia. *Psychological Medicine*, 16, 909-928.
- Scharfetter, C. (1985). Der Schamane-Zeuge einer alten Kultur wieder belebbar? *Schweizer Archiv für Neurologie und Psychiatrie*, 136, 81-95.

- Serpell, R. (1989). Dimensions endogènes de l'intelligence chez les A-chewa et autres peuples africains. In J. Retschnitzky, M. Bossell-Lagos, & R. Dasen (Eds.), *La recherche interculturelle* (Vol. 2, pp. 164-182). París: L'Harmattan.
- Skultans, V. (1995). Neurasthenia and political resistance in Latvia. *Anthropology Today*, 11, 14-17.
- Sodowsky, G. R. (1996). The Multicultural Counseling Inventory: Validity and applications in multicultural training. In G. R. Sodowsky & J. C. Impara (Eds.), *Multicultural assessment in counseling and clinical psychology* (pp. 241-246). Lincoln, NE: Buros Institute of Mental Measurement.
- Sodowsky, G. R., & Impara, J. C. (Eds.). (1996). *Multicultural assessment in counseling and clinical psychology*. Lincoln, NE: Buros Institute of Mental Measurement.
- Sodowsky, G. R., & Plake, B. (1991). Psychometric properties of the American International Relations Scale. *Educational and Psychological Measurement*, 51, 207-216.
- Strole, L., Langner, T., Michael, S. T., Opler, M. K., & Rennie, T. A. (1962). *Mental health in the metropolis: The midtown Manhattan study*. New York: McGraw-Hill.
- Starcevic, V. (1991). Neurasthenia: A paradigm of social psychopathology in a transitional society. *American Journal of Psychotherapy*, 45, 544-553.
- Stewart, E. C. (1995). The feeling edge of culture. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 4, 163-202.
- Sue, S. (1996). Multicultural assessment in counseling and clinical psychology. In G. R. Sodowsky & J. C. Impara (Eds.), *Multicultural assessment in counseling and clinical psychology* (pp. 37-84). Lincoln, NE: Buros Institute of Mental Measurement.
- Sue, S., & Morishima, J. (1982). *The mental health of Asian Americans*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Sue, D., & Sundberg, W. D. (1996). Research and research hypotheses about effectiveness in intercultural counseling. In P. B. Pedersen, J. G. Draguns, W. J. Lomer, & J. E. Trimble (Eds.), *Counseling across cultures* (4th ed.) (pp. 323-352). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Suzuki, L. A., Meller, P. J., & Ponterotto, J. G. (Eds.). (1996). *Handbook of multicultural assessment*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Tanaka-Matsumi, J. (1992). *Cultural and social factors in depression*. Unpublished paper.
- Tanaka-Matsumi, J., & Draguns, J. G. (1997). Culture and psychopathology. In J. W. Berry, M. H. Segall, & C. Kagitcibasi (Eds.), *Handbook of cross cultural psychology: Vol. 3. Social behavior and applications* (2nd ed.) (pp. 449-491). Boston: Allyn and Bacon.
- Tanaka-Matsumi, J., & Higginbotham, H. N. (1996). Behavioral approaches to counseling across culture. In P. B. Pedersen, J. G. Draguns, W. J. Lonner, & J. E. Trimble (Eds.), *Counseling across cultures* (4th ed.) (pp. 266-292). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Thompson, C. E. (1949). The Thompson modification of the Thematic Apperception Test. *Rorschach Research Exchange*, 13, 469-478.
- Triandis, H. C. (1972). *The analysis of cognitive culture*. New York: Wiley.
- Triandis, H. C. (1989). The self and social behavior in differing cultural contexts. *Psychological Review*, 96, 506-520.
- Triandis, H. C. (1994). *Culture and social behavior*. New York: McGraw-Hill.
- Triandis, H. C. (1995). *Individualism and collectivism*. Boulder, CO: Westview Press.
- Trimble, J. E., Fleming, C. M., Beauvais, F., & Jumper-Thurman, P. (1996). Essential cultural and social strategies for counseling Native American Indians. In P. B. Pedersen, J. G. Draguns, W. J. Lonner, & J. E. Trimble (Eds.), *Counseling across cultures* (4th ed.) (pp. 177-209). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- van der Veer, G. (1992). *Counseling and therapy with refugees: Psychological problems of victims of war, torture, and repression*. Chichester, England: Wiley.
- Weidman, H. H., & Sussex, J. H. (1971). Culture values and ego functioning in relation to the atypical culture-bound reactive syndrome. *Journal of Social Psychiatry*, 17, 83-100.
- Westermeyer, J. (1987). Cultural factors in clinical assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 471-478.
- Williams, R. L. (1972). *Themes concerning Blacks*. St. Louis: Robert L. Williams and Associates.
- World Health Organization. (1973). *Report of the International Pilot Study of Schizophrenia*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (1979). *Schizophrenia: An International follow-up study*. Geneva: Author.
- World Health Organization. (1983). *Depressive disorders in different cultures: Report of WHO collaborative study of standardized assessment of depressive disorders*. Geneva: Author.
- Zuniga, M. E. (1991). "Dichos" as metaphorical tools for resistant Latino clients. *Psychotherapy*, 28, 480-483.

LECTURAS ADICIONALES

El campo de la cultura y la salud mental está creciendo a un ritmo veloz y está experimentando una rápida transformación casi caleidoscópica. Los escritores en este campo tradicionalmente se refieren a otros especialistas. En consecuencia, se pueden olvidar las necesidades de los estudiantes. Con estas consideraciones en

mente, se ofrece la siguiente selección de escritos recientes y relativamente leíbles.

En la psicología transcultural, con énfasis en el comportamiento social en ambientes de laboratorio experimental y en la vida cotidiana, Brislin (1993), Moghaddam *et. al.* (1993) y Triandis (1994) comunican efectivamente las mayores preocupaciones actuales y las principales conclusiones recientes en el campo. También hacen mucho para tender un puente entre el abismo de la artificialidad de los experimentos y el "desorden" de la interacción social, en especial la forma en que ésta es regulada en varias culturas.

Con referencia al comportamiento anormal, el vistazo general más completo de los datos culturales (Pfeiffer, 1994) aún no ha sido traducido al inglés. Sin embargo, en un margen un poco más limitado de temas Al-Issa (1995) y Desjarlais *et. al.* (1995) proveen una cobertura excelente y documentada. Las revisiones de las conclusiones de las investigaciones sobre la interfase del trastorno mental y de los factores culturales realizada por Draguns (1995, 1997), Lewis-Fernández y

Kleinman (1994) y Tanaka-Matsumi y Draguns (1997) también están disponibles. Acerca de los problemas de la evaluación y las pruebas, el lector interesado puede leer a Sadowsky e Impara (1996) y Suzuki, Meller y Ponterotto (1996). Sobre los consejos y la psicoterapia, se cuenta con el volumen editado por Pedersen, Draguns, Looner y Trimble (1996), un manual completo realizado por Ponterotto *et al.* (1995), y un libro sobre un tema especializado, la interfase de la cultura, la familia y los disturbios, realizado por Hsu y Tseng (1991). Hay tres volúmenes más experimentales y personales que también han aparecido recientemente: por Fish (1996) sobre la experiencia de un psicólogo estadounidense, quien trató de responder a las necesidades de terapia de los pacientes brasileños; realizado por Nathan (1994) sobre el desarrollo de métodos de terapia innovadores para los pacientes tradicionalmente africanos en París, y por Peltzer (1995) sobre el diseño e implementación de servicios clínicos para una amplia gama de pacientes en una diversidad de ambientes africanos.

CAPÍTULO 16

PSICOLOGÍA FORENSE

Gerald Cooke

DEFINICIÓN Y ALCANCE

La psicología forense incluye todas las áreas donde la ley y la psicología tienen contacto. Aunque mucha gente piensa en las evaluaciones de los criminales cuando se enteran acerca de la psicología forense, se trata, de hecho, de un área mucho más amplia que abarca temas clínicos y no clínicos. Entre las otras áreas clínicas de la psicología forense están las evaluaciones de casos que implican las lesiones personales, la custodia de los hijos, el abuso sexual infantil y una mala práctica de la psicología. Las lesiones personales no sólo incluyen las reacciones a las lesiones físicas, sino también los casos que involucran el acoso y/o la discriminación. Además, los psicólogos clínicos forenses evalúan a los candidatos a puestos de policía y oficiales en las correccionales. Un área que recientemente ha despertado una gran cantidad de atención en los medios informativos, así como con los profesionales, involucra la evaluación de posibles actos de violencia en el lugar de trabajo, después de que alguien ha hecho comentarios o amenazas que dan lugar a tal preocupación (véase la tabla 16.1).

Los psicólogos clínicos forenses proveen tratamiento psicoterapéutico, así como evaluaciones. El tratamiento de las poblaciones criminales puede llevarse a cabo dentro de las prisiones o en la comunidad. El tratamiento de delincuentes dentro de la comunidad a menudo es una condición de la libertad condicionada o ba-

jo palabra del ofensor. El tratamiento de los delincuentes involucra pruebas especiales, consideraciones y técnicas que difieren de la terapia a poblaciones no delincuentes (Milan y Evans, 1987). Los psicólogos clínicos forenses proporcionan además tratamiento a los individuos que han sido enjuiciados por lesiones personales y que sufren de depresión, ansiedad y otros problemas secundarios al trauma o a las lesiones. Los psicólogos forenses que custodian y evalúan a niños que han sufrido de abuso sexual, además les proporcionan tratamiento, así como a las familias. Siempre que el tratamiento se realiza dentro de un contexto legal, hay pruebas especiales que no existen en los casos no legales.

La mayoría de los psicólogos clínicos forenses tienen doctorado en psicología clínica (doctores en medicina o en psicología). Los psicólogos forenses no clínicos a menudo tienen doctorado en psicología experimental, social u otras áreas de esta disciplina. Más que enfocarse en la evaluación de un individuo, la psicología forense no clínica tiende a tratar cuestiones que pueden estar sujetas al estudio experimental científico. Éstas incluyen áreas como factores que afectan la identificación del testigo ocular (Wells y Seelau, 1995), y la evaluación de parcialidad en lineamientos criminales y exhibición de fotos, selección del jurado y dinámica del mismo (Cooper, Bennett y Sukel, 1996). Otra área principal de la psicología forense no clínica, la ingeniería de factores humanos, se refiere a cuestiones como

Tabla 16.1 Qué hacen los psicólogos forenses

Casos criminales Renuncias entre estatutos juveniles y adultos Competencia para entender y/o renunciar a los derechos de Miranda Competencia para enfrentar un juicio No culpabilidad por razón de locura Culpabilidad debido a enfermedad mental Capacidad disminuida Factores psicológicos atenuantes en casos de pena de muerte Disposición y recomendaciones de tratamiento Evaluaciones de delincuentes depredadores de sexo	Casos legales administrativos Compensación al trabajador Seguro de incapacidad estatal Incapacidad por el Seguro Social
Casos civiles Custodia de niños Abuso sexual en niños (puede ser además, criminal) Daños psicológicos/neuropsicológicos en casos de lesiones personales Terminación de derechos paternales Competencia civil Internamiento involuntario	Otros Simulación Potencial de conducta peligrosa Identificación de testigo ocular Selección del jurado Producto de responsabilidad Evaluación de la víctima/testigo Evaluación/capacitación de oficiales de policía
	Tratamiento Delincuentes encarcelados Delincuentes en libertad bajo palabra/condicionada Niños y familias en litigio de custodia Víctimas de crimen Trauma psíquico debido a daños personales

las características y colocación de advertencias, adaptación de maquinaria/computadoras y del lugar de trabajo para las necesidades físicas y psicológicas del ser humano y la adecuación de guardias y otras características de seguridad con la maquinaria peligrosa, como las sierras eléctricas. Cada una de estas áreas de la psicología forense será analizada más adelante en este capítulo.

HISTORIAL Y ANTECEDENTES LEGALES

Los médicos y los psiquiatras han estado implicados por mucho tiempo en el sistema legal, aunque la aceptación de los psicólogos como testigos expertos es de origen relativamente reciente. Aunque hubo testimonios ocasionales por psicólogos antes de la década de los años veinte, el caso que estableció a los psicólogos en el nivel de expertos fue el de *Jenkins vs. Estados Unidos* (1962). En este caso, Jenkins dio lugar a una defensa por demencia. El juez del proceso dio instrucciones al jurado de que no hicieran caso al testimonio de tres psicólogos de la defensa, porque eran incompetentes para emitir una "opinión médica" en relación con una "enfermedad mental". La corte de apelación del Distrito de Columbia emitió el fallo, sin embargo, de que un juez no podía descalificar de forma automática a un testigo por falta de título médico, en todo caso, tenía

que pedir las credenciales específicas de un experto propuesto, antes de establecer su estatus como experto.

En los años que siguieron al caso Jenkins, los psicólogos comenzaron a verse involucrados en un rango cada vez más creciente de pruebas legales. Esta participación varió según el estado, y todavía es así. Por ejemplo, en algunos estados de Norteamérica, los psicólogos pueden testificar en un proceso por el encierro involuntario de un paciente, mientras que en otros estados este tipo de testimonio está restringido a los psiquiatras. Pero la influencia primordial en la participación de los psicólogos se ha basado en la evolución de un estándar de lo que constituye un testigo experto. El estándar Frye fue formulado por primera vez en el caso de *Frye vs. Estados Unidos* (1923). Aunque este caso implicó el uso de un precursor del polígrafo (detector de mentiras), el estándar fue aplicado también a la psicología. Se estableció que la evidencia científica "debió haber estado suficientemente establecida como para haber ganado la aceptación general científica en ese... campo." Esto llegó a ser conocido como la "prueba general de aceptación científica".

La formulación de las Reglas de evidencia federa en 1975, amplió el campo de acción del testimonio. La regla 702 especifica: "si el conocimiento científico técnico o especializado asistirá al Juez de hecho para entender la evidencia o para determinar un hecho, un

testigo calificado como experto por sus conocimientos, habilidad, experiencia, capacitación o educación, podrá testificar en forma de opinión o de otra manera." El "Juez de hecho" es en algunos casos un jurado y en otros un Juez sin un jurado. En cualquier caso se hace énfasis en la habilidad del experto para "auxiliar" lo cual es un estándar muy amplio. Debido a la amplitud del estándar, cuando un abogado objeta a un testigo calificado como experto, el Juez rara vez sostendrá la objeción. Más bien, manifestará que el Juez o el jurado deberá tomar en cuenta las credenciales para determinar el peso que se dará al testimonio.

Un caso reciente, el de *Daubert vs. Merrell Dow Pharmaceuticals* (1993), aunque refuerza la regla 702, ha modificado de nueva cuenta la definición de testimonio del experto, aunque en este caso además no tenía nada que ver con la psicología. Afirma que para ser admitido, el testimonio del experto debe estar basado en el método científico que no "diverja significativamente de los procedimientos aceptados por las autoridades reconocidas en el campo. Si diverge no puede manifestarse para ser aceptado en general como una técnica fidedigna" (p. 1128). *Daubert* es un caso muy reciente para determinar si sus efectos a largo plazo serán admitidos en el testimonio. En efecto, parece más claro que la prueba de Frye, pero puede ser más conservador que la regla 702. Por ejemplo, la metodología surgida en áreas de controversia, así como la predicción de la conducta violenta y la distinción entre una declaración falsa de abuso sexual infantil y una declaración verdadera, sería difícil de encontrar en este modelo.

Es claro que los psicólogos han logrado el estatus de expertos en la corte, lo cual en la mayor parte de los casos iguala o excede el peso dado al testimonio psiquiátrico. Muchas cortes dan más peso al testimonio psicológico porque se considera que el uso de pruebas psicológicas proveen datos adicionales para apoyar la opinión del experto.

CAPACITACIÓN Y EDUCACIÓN EN PSICOLOGÍA FORENSE

Para llegar a ser psicólogo forense practicante, independiente, se debe obtener un doctorado en medicina o su equivalente. Antes de la década de los años setenta, no había programas especializados de doctorado en psicología forense. Lo más que había disponible era un curso ocasional de "psicología correccional" y la oportunidad para desempeñarse en un internado clínico en

una prisión o en una institución correccional de salud mental.

El primer programa de doctorado en la especialidad forense fue instituido en la Universidad de Nebraska en los años setenta. Desde entonces, varios modelos alternativos han sido desarrollados por especialidades en psicología forense en varios institutos educativos en todo el país (Metton, 1987). En el programa de la especialidad, el estudiante por lo regular toma cursos en varias áreas de la ley (por ejemplo, penal, familiar) y un curso en evaluación forense adicional a los cursos tradicionales de psicología.

Investigaciones supervisadas, seminarios, y práctica enfocada en áreas forenses

Varias universidades han desarrollado programas conjuntos de doctorado en el cual el estudiante obtiene los títulos combinados en medicina y en jurisprudencia, después de seis años de estudio. Aunque cada doctorado obviamente proporciona al estudiante conocimiento y sofisticación en las áreas de psicología y de leyes, el beneficio de empleo de la unión de ambos doctorados es cuestionable.

Otra opción para la persona que tiene capacitación en psicología tradicional y desea llegar a estar más involucrado en la psicología forense, se matricula en un programa de posdoctorado que dura por lo regular de uno a dos años. En estos programas se supone que los estudiantes están bien preparados en el terreno de la psicología y se enfocan en asuntos psicolegales. Las clases, los seminarios y la práctica son planeados de tal manera para que los estudiantes puedan mantener sus prácticas ya establecidas.

TITULACIÓN

En EE.UU., muchos estados tienen estatutos para la titulación de los psicólogos. Para poder calificar y tener opción al examen de titulación, el psicólogo debe documentar una cierta cantidad de experiencia profesional supervisada más allá del doctorado. No se puede practicar como psicólogo sin supervisión, a menos que se pase el examen de titulación. El examen y la titulación son en psicología o en psicología clínica, y no específicamente en psicología forense.

Hay, sin embargo, una práctica llamada "pupilage" en psicología forense. Después de cinco años de experiencia en el área forense, se puede solicitar al Consejo

estadounidense de psicología forense (American board of forensic psychology) (ahora parte del Consejo estadounidense de psicología profesional (American board of professional psychology) un estatus de "diplomado". El solicitante presenta un trabajo por escrito, el cual es revisado por tres personas que tienen diplomado. Si aprueban el trabajo, entonces presenta un examen oral, ante otras tres personas diplomadas, que por lo regular toma al menos tres horas. Al obtener el nivel de diplomado (estando en "pupilaje") es una forma de asegurar al consumidor que el diplomado ha demostrado competencia en un rango de áreas forenses, así como especial competencia en las áreas forenses en las cuales se requiere experiencia.

EVALUACIÓN EN CASOS DELICTIVOS

Fuentes de referencia

Los psicólogos forenses comúnmente toman referencias de las evaluaciones delictivas de una de cinco fuentes: nombramientos de la corte, oficinas del fiscal de oficio, oficinas de abogados defensores de oficio, abogados defensores privados o de psiquiatras forenses. Las reglas que rigen la evaluación y en ocasiones los procedimientos empleados dependen en parte de la fuente de referencia.

Cuando el psicólogo es directamente designado por la corte (por ejemplo, un juez), se debe decir a la persona evaluada que la evaluación no es confidencial y que el examinador lo reportará a la corte. La situación es esencialmente la misma que cuando la evaluación es requerida por el fiscal de oficio. Dicha petición por lo general surge de la defensa, la cual al utilizar su propio profesional en salud mental forense, plantea una de las cuestiones de salud mental que es discutida después.

La situación es diferente cuando la referencia viene de un defensor de oficio o de un abogado defensor privado. Aquí el examinador actúa como agente del abogado y, por tanto, las comunicaciones y los resultados de las pruebas del cliente son protegidos por la relación abogado-cliente. El psicólogo comunica los hallazgos al abogado. Si éste y el cliente creen que los hallazgos serán útiles en el caso criminal, entonces el reporte y/o el testimonio serán presentados en la corte. No obstante, si los hallazgos no son útiles y/o son potencialmente perjudiciales para el cliente, entonces el abogado no usará la información en la corte. Debido a que los hallazgos son protegidos por el privilegio de abogado-cliente, el

fiscal de oficio no puede obtener los resultados, las notas o el reporte del psicólogo.

En ocasiones, un abogado defensor contrata a varios profesionales de la salud mental forense hasta que encuentra una opinión que sea útil para el caso. En efecto, los psicólogos tienen la responsabilidad ética de ser honestos en emitir sus opiniones, aunque algunos psicólogos forenses, como algunas personas en cada profesión, indudablemente "venden" sus opiniones. Además hay casos de discrepancias legítimas y válidas entre los psicólogos forenses igualmente calificados. Los medios informativos a menudo consideran como antiético este tipo de "compra de doctor" por parte del abogado defensor, pero esto no es así. Por el contrario, la responsabilidad ética del abogado es proporcionar la mejor representación y defensa para el cliente. Esto requiere, si es posible, encontrar a un psicólogo cuya opinión ayude a la defensa.

Hasta años recientes era común que el psiquiatra forense fuera asignado o contratado. El psiquiatra haría una evaluación preliminar, y si él pensaba que la prueba psicológica sería útil, entonces exigiría que el psicólogo fuese también contratado o asignado. Aunque las cuestiones de privilegio se aplican como se explicó antes, los procedimientos difieren dependiendo de la relación profesional entre el psiquiatra y el psicólogo. Hay una cierta cantidad de traslape en las evaluaciones psiquiátricas y psicológicas, puesto que ambas implican elaborar una historia y llevar a cabo una entrevista clínica. En algunos casos, ambos profesionales hacen esto; en otros, el rol del psicólogo está limitado a la administración e interpretación de las pruebas psicológicas. Además, cuando éste es contratado por separado, el reporte regresa a la fuente de referencia, y si se necesita el testimonio, sería llamado a testificar. Cuando la referencia es para el psiquiatra, el reporte del psicólogo puede ser para el abogado y para el psiquiatra, o sólo para el psiquiatra, en tal caso es integrado o anexado al reporte psiquiátrico. Si se necesita el testimonio, ambos profesionales podrán ser llamados a testificar o sólo el psiquiatra, quien entonces se apoya en parte en la información recibida del psicólogo. Este tipo de pruebas empleadas y la naturaleza de la información que proporcionan es tratada en otra parte de este texto.

El sistema de la corte penal

Los casos de delitos pueden surgir de las cortes estatales o de las federales, dependiendo del delito cometido,

y en algunos casos, de si el delito involucra acciones dentro de un estado o cruza los límites estatales. Los jueces federales son asignados de por vida. Los jurados federales son seleccionados de una zona geográfica más extensa que la de los jurados de las cortes estatales.

Las cortes estatales son administradas por los condados individuales del estado. Las características de estas cortes del condado puede variar ampliamente. En algunos estados y condados, los jueces son nombrados, mientras en otros son elegidos. El tiempo en que fungen como jueces también varía. En algunos condados un juez en particular o un grupo de jueces llevará un tipo de caso en especial a lo largo de su nombramiento. En otros condados, los jueces se rotan cada tres años, así que el juez que ha llevado casos particulares familiares, es rotado para llevar casos criminales. Cuando hay una rotación, es inevitable que los jueces lleven casos que nunca fueron parte de su práctica legal. Por ejemplo, un ex abogado de distrito que ha llegado a ser juez, llevaría casos de custodia, mientras que un abogado de custodia llevaría casos criminales. Los jueces crean su reputación de la forma en que manejan cierto tipo de casos y de sus actitudes hacia los profesionales de la salud mental. Algunos jueces son conocidos por depender en gran medida de lo que aportan los profesionales de la salud mental; otros son conocidos por tener poca consideración hacia los profesionales de la salud mental y comúnmente ignoran sus contribuciones. Los jurados también varían según el condado, según si son primordialmente urbanos, suburbanos o rurales, así como a través de líneas étnicas y raciales. Los condados a menudo crean una reputación de tener jurados liberales o conservadores. El abogado con frecuencia planifica estrategias legales basadas en la reputación de los jueces y/o la probable integración del jurado. La estrategia puede incluir el llamar a un psicólogo y cuándo hacerlo en alguna etapa del juicio para que testifique.

Problemas legales en casos delictivos

Muchos problemas legales surgen en el curso de un caso delictivo, pero sólo un corto número de ellos involucra a los profesionales de la salud mental. La ley específica los problemas en los casos en que se emplean este tipo de profesionales, y el testimonio es permitido sólo en esos problemas. El abogado puede ser requerido a que haga un "ofrecimiento de pruebas" a la corte con relación al testimonio del experto. Esto significa explicar a la corte cómo se usará el testimonio y de-

mostrar que esto es admisible bajo la ley. Por ejemplo, el testimonio del experto *no puede* ser presentado durante la fase de culpabilidad del juicio (en oposición a la fase de castigo) simplemente para explicar la razón de la conducta del defendido o indicar las características de la personalidad del sujeto que estarían o no asociadas con el tipo de delito imputado. Sólo si el experto puede emitir una opinión sobre un problema en el lenguaje de la ley, entonces se admite la opinión.

Competencia para enfrentar un juicio

Aunque el lenguaje exacto varía según la jurisdicción, las leyes estatales y federales requieren que el individuo sea competente para proceder legalmente en cada etapa del proceso legal. La competencia criminal involucra la capacidad del demandado para entender la naturaleza y el objeto de los procedimientos y ayudar al abogado en la preparación de la defensa (Grisso y Siegel, 1986). El concepto se basó originalmente en la enfermedad física. Por ejemplo, un individuo que está en cuidados intensivos por un ataque al corazón no podía ser procesado. Este concepto se extendió a las enfermedades mentales y se definió primero en *Dusky vs. Estados Unidos* (1960). La competencia es totalmente diferente al estado mental en el momento del delito (responsabilidad).

Así como en todas las áreas donde la ley y la psicología interfieren, en las evaluaciones de competencia es necesario traducir el patrón legal a términos psicológicos, con el fin de que se formule una opinión. Entender la naturaleza y el objeto de los procedimientos por lo general significa que los demandados tienen que saber, o tener la capacidad de saber, que ellos son las personas acusadas, que son posibles las alternativas de defensa y que los posibles castigos varían de acuerdo con la seriedad del cargo. El demandado además debe tener una comprensión básica de al menos las funciones del juez, del jurado, del fiscal y del abogado defensor. Además, el demandado debe ser capaz de relatar y proporcionar hechos pertinentes al abogado, con el fin de que ayuden en la preparación de la defensa. El demandado debe tener la capacidad para testificar de una manera relevante y ayudar a desafiar al testigo del fiscal. Finalmente, el demandado tiene que ser capaz de mostrar un comportamiento apropiado en la sala del tribunal y estar motivado para ayudar en el proceso legal más que involucrarse con una conducta autoderrotista. La entrevista y las pruebas psicológicas son útiles en la eva-

luación de estos problemas (Grisso, 1986) (véase la tabla 16.2).

El tomar tal decisión puede ser una tarea compleja y difícil para el profesional de la salud mental. Primero, la incapacidad mostrada en cualesquiera de las áreas, debe ser el resultado de un diagnóstico de enfermedad mental o defecto (por ejemplo, retraso). Se hace la diferencia entre la *incapacidad* para cooperar con el proceso legal y la *falta de disposición* para hacerlo. Por ejemplo, algunos individuos, debido a actitudes políticas o de otro tipo, sienten que el sistema legal es injusto y eligen no cooperar. Sea que uno esté o no de acuerdo con sus creencias, esto es una función de racionalidad derivada en una actitud y no una función de la enfermedad mental, por lo que el individuo sería considerado como competente.

La negación del individuo de haber delinquido y la respuesta o declaración del acusado de ser "inocente", aun si las evidencias contra él son abrumadoras, no constituye incompetencia a menos que sea una función de la enfermedad mental. Un acusado tiene el derecho a hacer que la fiscalía pruebe su caso "fuera de duda razonable" y por tanto llevar el caso a juicio, sin importar qué tan fuertes sean las pruebas en contra del demandado. Un ejemplo en el cual la negación de culpabilidad por parte del demandado probablemente llevaría a un juicio de incompetencia, sería cuando el

individuo es psicótico, cree que es Cristo y tiene alucinaciones en las cuales escucha la voz de Dios que le dice que, como Cristo, el demandado no puede hacer nada equivocado y que es superior a las leyes del hombre.

Otro planteamiento tiene que ver con la amnesia real o simulada. Muchos individuos que cometen delitos lo hacen bajo la influencia del alcohol y/o las drogas y pueden presentar amnesia parcial o total de sus acciones. Otros se encuentran en un estado psicológico de estrés o de enfermedad que podría producir una amnesia parcial o total. Muchos otros simplemente dicen que no recuerdan haber cometido el acto, aun cuando no estaban alcoholizados ni enfermos. El decir que se padece de amnesia por sí misma, no es base para la incompetencia mientras que el defendido entienda por qué está siendo acusado y pueda relatar algunos detalles previos o posteriores al acto. Cuando la base de la amnesia fue por la droga o por intoxicación alcohólica, se debe a una falla del registro y de la memoria, por lo que podría no recobrase nunca. Como resultado de esto, es raro que la amnesia por intoxicación sea aceptada como base para la incompetencia. La amnesia es en ocasiones aceptada como base de incompetencia cuando es el resultado de un episodio psicótico en el momento del acto, cuando comúnmente se recobra la memoria, y el sujeto vuelve a ser competente con un tratamiento con base en medicamentos y terapia.

El retraso mental sería causa de incompetencia, aunque los individuos con un cociente intelectual (CI) superior a 60, por lo general, son capaces de cumplir con los criterios a menos que les aquejen otras enfermedades mentales. Por otro lado, aun una persona extremadamente inteligente sería incompetente si la enfermedad mental le impide brindar apoyo a la defensa. Por ejemplo, considérese el caso de un hombre con un CI de 146, que sufría de esquizofrenia paranoide y creía que el gobierno había implantado un minúsculo radio transmisor en uno de sus dientes y, por tanto, escuchaban sus conversaciones con su abogado. Partiendo de esta ilusión o engaño, juntamente con la creencia de que su propio abogado era parte de un complot en su contra, se rehusó a cooperar con él y se le consideró incompetente para el juicio. Después de que con el tratamiento se logró controlar su psicosis, llegó a ser competente y se le sometió a juicio.

El caso de *Jackson vs. Indiana* (1972) fue el primero en señalar lo que sucedería con un individuo cuya competencia no podría ser restaurada a través de un tratamiento. Antes del caso Jackson, podrían considerarse incompetentes los demandados, aun bajo cargos meno-

Tabla 16.2 Competencia para enfrentar un juicio

Áreas de evaluación

1. Evaluación de defensas legales disponibles
2. Conducta inmanejable
3. Calidad de la relación con el abogado
4. Planificación de la estrategia legal, incluyendo alegato de culpa para disminuir los cargos
5. Evaluación del rol de:
 - a. Consejero de la defensa
 - b. Abogado de la fiscalía
 - c. Juez
 - d. Jurado
 - e. Demandado
 - f. Testigos
6. Comprensión del procedimiento de la corte
7. Estimación de cargos
8. Estimación del margen y naturaleza de posibles castigos
9. Evaluación del resultado probable
10. Capacidad para mostrar al abogado los hechos pertinentes disponibles en relación con la defensa.
11. Capacidad para retar de una manera realista a un testigo de la fiscalía
12. Capacidad para atestiguar de manera relevante
13. Autoderrota en contraste con la automotivación (juicio legal)

res; y si seguían mentalmente enfermos tendrían que ser internados en un hospital para enfermos mentales por el resto de sus vidas, a menudo más allá del castigo establecido por la ley si hubiesen sido declarados culpables. Por ejemplo, hubo el caso de un hombre quien, con un cómplice, intentaron robar una tienda. El cómplice fue declarado culpable y pasó tres años en prisión. El otro hombre fue declarado incompetente y permaneció 20 años como internado en el hospital forense para enfermos mentales de máxima seguridad del estado. Después del caso Jackson, a los estados se les requirió que aprobasen las leyes respectivas para prevenir tales abusos. De manera tradicional, dichas leyes requieren que un individuo puede ser declarado criminalmente incompetente por el menor de dos periodos: ya fuera la sentencia máxima que el demandado podría haber recibido como castigo, o bien un periodo específico como de 5 o 10 años (Winick, 1995). Al término de este tiempo los cargos tendrían que ser retirados y las personas serían encarceladas sólo si llenasen los criterios civiles de confinamiento. Las personas que no fueran confinadas en materia civil, tendrán que ser liberadas. En algunos estados (en EE.UU.), los cargos por homicidio son una excepción en el sentido de que el cargo puede ser reinstalado o reestablecido en una fecha posterior, si la persona llegase a ser competente.

Una subcategoría de competencia involucra la habilidad del individuo para renunciar a los derechos Miranda (*Miranda vs. Arizona*, 1973) y hacer una declaración. Si el individuo padece de una enfermedad mental que le impide renunciar de manera voluntaria, con conocimiento e inteligente, entonces el individuo no es competente para renunciar a los derechos, por lo que la corte impediría que la declaración se usase como evidencia.

Certificación/descertificación

Las leyes estatales han diferenciado a los delincuentes juveniles de los delincuentes adultos, con diferentes resultados legales posibles. La ley, aunque varía según la jurisdicción, por lo general previene que todas las personas por debajo de cierta edad, comúnmente menores de 14 años, serán tratados como juveniles, sin importar los cargos, y no pueden ser tratados como adultos en la corte o sentenciados a instalaciones penitenciarias para adultos. Todos los acusados de 18 años o más son manejados en las cortes para adultos delincuentes. Quienes están dentro del rango de 14 a 17 años serán manejados por el sistema para juveniles o para adultos, dependen-

do de varios criterios. Por lo común, si el cargo es por homicidio, el acusado será manejado en la corte para adultos a menos que la defensa sea capaz de obtener que se envíe al acusado a una corte juvenil. Si el cargo es cualquier otro, excepto por homicidio, será manejado en la corte juvenil a menos que el fiscal logre que el acusado sea transferido a una corte para adultos. Esto ocurre muy a menudo cuando se trata de un delito con violencia, como un asalto, una violación o robo a mano armada.

La ley y los cambios en las leyes a menudo reflejan el clima político prevaleciente. Algunos estados (en EE.UU.) están modificando las leyes para que todos los delitos correspondan a la corte para adultos, dado el aumento en años recientes del problema de la delincuencia juvenil.

Lo mismo si se trata de un proceso de certificación o de descertificación (en algunos estados se conoce como una "renuncia"), el criterio de los profesionales de la salud mental debe dirigirse esencialmente a lo mismo: el acusado debe recibir tratamiento, supervisión y rehabilitación dentro del tiempo establecido por el estatuto, por lo general, para las edades de 19 a 21 años, y dentro de las instalaciones para el tratamiento juvenil existentes. La ley especifica también otros criterios, aunque son demográficos, como la edad del acusado, o bien, si hay antecedentes penales y son cuestiones que no deben ser abordadas por el profesional de la salud mental. El psicólogo forense aborda esta cuestión al evaluar al acusado por medio de entrevistas y pruebas psicológicas. También es importante revisar actas o registros escolares, puesto que sería relevante para la habilidad del joven que va a ser supervisado. Sería difícil ofrecer una opinión sobre la rehabilitación, puesto que ésta sería en esencia una predicción de agresión y/o conducta delictuosa. Tales predicciones son problemáticas, como se discutirá más adelante en este capítulo. Los resultados legales también están relacionados con el clima político: con el crecimiento de la incidencia de la delincuencia juvenil violenta, las cortes se inclinan de manera creciente a tratar a los jóvenes en las cortes para adultos y asignarlos a instalaciones penitenciarias para adultos. La razón es que en la mayor parte de los estados un joven debe ser liberado al cumplir los 21 años o poco tiempo después, sin importar el delito. De este modo, un joven de 16 años que comete un asesinato, pero es considerado como un delincuente juvenil, tendría que ser liberado en cinco años, mientras que si el mismo homicida juvenil fuese enviado a una corte para adultos, podría ser sentenciado a cadena perpetua.

Estado mental en el momento del delito

Muchos estados y el gobierno federal (en EE.UU.) tienen estatutos sobre la demencia que tratan con la responsabilidad o culpabilidad del individuo en el momento de cometer un delito. Algunos estados tienen también estatutos adicionales relacionados con el estado mental en el momento del delito, los cuales quedan dentro de los conceptos de "capacidad disminuida" y "culpable, pero con enfermedad mental". La definición de *locura* bajo la ley y los procedimientos para su aplicación han cambiado con el tiempo, de nuevo, con frecuencia como resultado del clima político y las actitudes hacia los delincuentes. Hubo una tendencia liberal en los estatutos a lo largo de las décadas de los años sesenta y setenta, en las que muchos individuos correspondían al criterio de "inocente por motivo de locura" (NGRI, "*not guilty by reason of insanity*") y recibieron tratamiento en lugar de encarcelamiento. Fue así que en 1982, John Hinckley fue exonerado "por motivo de locura" por el intento de asesinato del presidente Reagan. A manera de reacción, las leyes federales y estatales llegaron a ser más conservadoras. En la actualidad, la mayor parte de los estados (en EE.UU.) utilizan la regla M'Naghten, basada en un caso sucedido en Inglaterra en 1843. La redacción real varía según la jurisdicción, pero se refiere esencialmente a que en el momento de cometer el delito, el acusado había sufrido una enfermedad mental o un desequilibrio, que evitó al acusado conocer la naturaleza y calidad del acto delictivo, pero si el acusado sí las conocía, la enfermedad o el desequilibrio le evitó saber que lo que hizo estaba mal. Algunas jurisdicciones usan un amplio criterio, desarrollado por el Instituto de leyes estadounidenses (ALI, American Law Institute): el acusado puede ser considerado como NGRI si no se percata de la criminalidad o la ilegalidad del acto, o bien si fuese sustancialmente incapaz de conformar su conducta con los requerimientos de ley.

A pesar de la atención de los medios informativos, raras veces se promueve la defensa por locura y, cuando se hace, casi no tiene éxito. Packer (1987) reporta que en Michigan, sólo 0.09% de los adultos que fueron arrestados por delitos graves y únicamente 1.7% de los arrestados por homicidio fueron considerados como NGRI. La mayoría de los acusados están conscientes de la naturaleza y calidad de sus actos, ya que concreta y comúnmente se considera que ellos poseían un arma que dispara balas que podrían lesionar o matar a

una persona. Es más probable que resulte un NGRI cuando, debido a una enfermedad mental, el acusado no sabe que lo que había hecho estaba mal. Esto surge más a menudo cuando las acciones del acusado están basadas en ilusiones y/o alucinaciones psicóticas, de tal modo que los acusados creen que lo que hicieron estuvo bien hecho y que era justificado. Un caso típico es uno en el cual un hombre llevaba varios años de tratamiento por una enfermedad mental y que se le había diagnosticado como enfermo esquizofrénico paranoide. Él llegó a creer que su hija de 13 años estaba poseída por el demonio y que, por medio de ella, el demonio iba a destruir el mundo. Alucinaciones auditivas de la voz de Dios le ordenaron matar al demonio y de ese modo salvar al mundo. Influido por esa creencia, apuñaló a su hija hasta matarla y gritaba: ¡he salvado al mundo!, al mismo tiempo que los miembros de la familia y un vecino lo apartaban de su hija. Los expertos de salud mental a menudo consideran la conducta del acusado después de la realización del acto, para emitir una opinión acerca de si el acusado se daba cuenta de que lo que hacía estaba mal. Los intentos de huir o esconderse equivalen a demostrar que el acusado sabía que lo que hizo estaba mal.

Un acusado considerado como NGRI es internado en un hospital mental forense. La ley requiere que se le hagan reevaluaciones periódicas, por lo regular una vez al año. Técnicamente las personas pueden ser liberadas en una de estas evaluaciones, si se determina que ya no son peligrosas como resultado de su enfermedad mental. Sin embargo, la decisión final depende de la corte, a la cual no se le requiere que debe aceptar las opiniones del personal del hospital o de otros profesionales de salud mental. Por lo común, las personas consideradas como NGRI son internadas por muchos años. Sin embargo, la clasificación como NGRI es una sentencia absoluta. Así, las persona no pueden ser encarcelada jamás, y en número significativo, eventualmente regresan a la comunidad, en especial aquellos que han sido considerados como NGRI en cargos menores.

La capacidad disminuida se aplica por lo general sólo en los intentos de homicidio, y se refiere al hecho de que la fiscalía debe proporcionar todos los elementos del delito. Uno de los elementos de un asesinato en primer grado es que el acusado tema que haberse formado un "intento específico de matar". Si debido a la enfermedad mental o a la perturbación, el acusado careciera de la capacidad necesaria para formarse un intento específico de matar, a esto se le conoce como *capacidad*

disminuida, y el acusado debe, si el juez o el jurado acepta el testimonio, ser condenado por un delito menor a un asesinato en primer grado. Un asesinato en menor grado, entonces, implica un sentencia menor. Conforme con la tendencia de los estatutos sobre la locura, los estatutos de capacidad disminuida gradualmente han estrechado la definición, por lo que hoy en día los acusados rara vez cumplen con el criterio.

En algunos estados (en EE.UU.) existen estatutos de "culpable, pero con enfermedad mental" ("Guilty but mentally ill"; GBMI). El acusado es declarado culpable y recibe la misma sentencia por el delito que recibiría un individuo no considerado como enfermo mental. En los casos de GBMI, la corte ha determinado que el acusado es responsable de sus actos y no cumple con el criterio de locura, aunque es un enfermo mental. A menudo, el estándar del ALI de locura es utilizado para el hallazgo del GBMI. Los estatutos proporcionan los medios para que el acusado sea internado primero en un hospital para enfermos mentales y recibir tratamiento. Sin embargo, una vez controlada la enfermedad mental, la persona es transferida a la prisión para que cumpla el resto de la sentencia.

Algunos críticos ven el estatuto de GBMI como una solución desafortunada que priva al acusado de las legítimas determinaciones NGRI. Sin embargo, este estatuto además permite la preparación del testimonio que no sería admisible bajo el estricto estándar NGRI y que podría influir en el grado de culpabilidad encontrado por el juez o el jurado. Por ejemplo, en una audiencia del jurado sobre la enfermedad mental del acusado, se podría encontrar que es culpable de asesinato en segundo o tercer grado, en lugar de en primer grado, aunque los hechos pudieran haber justificado una condena de primer grado.

Sentencia y disposición

Aunque recibe menos atención de los medios informativos que los problemas de competencia y demencia, es en la fase de castigo que los profesionales de la salud mental son consultados con mayor frecuencia para obtener su opinión. Las cortes a menudo recurren a los profesionales de la salud mental para obtener recomendaciones sobre si un individuo requiere de tratamiento mental y si necesita hospitalización o tratamiento ambulatorio. Los profesionales de la salud mental, además, pueden recomendar el tratamiento como una condición de libertad condicional o bajo palabra. Asimismo, la cor-

te solicita opiniones en relación con un comportamiento de suicida en potencia y de conducta agresiva, aun si el acusado puede resistir el estrés del encarcelamiento.

Mitigación de la pena de muerte

Cuando un acusado es sentenciado por asesinato en primer grado, el juez y/o el jurado deben, en los estados que tienen la pena de muerte (en EE.UU.), determinar si la sentencia es encarcelamiento o pena de muerte. Los estatutos de la pena de muerte contienen listas de agravantes y circunstancias atenuantes que el jurado debe considerar para determinar la sentencia (véase la tabla 16.3). Las circunstancias atenuantes incluyen varios factores de estado mental a los que puede referirse el experto como sería si el acusado padecía alguna enfermedad mental en el momento del delito. Hay además "otra" categoría en la cual sería presentado el testimonio en cuestiones como un historial de incapacidad de aprendizaje o antecedentes de haber sufrido un abuso físico o sexual en la infancia. Hay bastante bibliografía que indica que la pena de muerte se aplica de una manera arbitraria y discriminatoria (Bohm, 1991).

EVALUACIÓN EN LESIONES PERSONALES Y OTROS CASOS DE LEY CIVIL

Introducción

Los litigios por lesiones personales, en los cuales un individuo intenta obtener una retribución por lesiones, pueden surgir de innumerables fuentes. Las más comunes surgen de accidentes automovilísticos y los causados por caídas y resbalones. Otras fuentes incluyen otros tipos de accidentes, como los sucedidos en un autobús, en el ferrocarril o en un avión. Otro grupo significativo implica litigios por parte de individuos o de sus familiares que exigen el pago por lesiones o la muerte debido a prácticas médicas impropias o negligentes. En todos estos tipos de casos, la evaluación del daño físico está fuera de la competencia del psicólogo forense y es de la incumbencia de otros expertos. El psicólogo puede, sin embargo, evaluar la respuesta del individuo a las lesiones físicas y las discapacidades resultantes.

Daños psicológicos

La mayoría de los individuos que padecen de una lesión física no sufren una reacción psicológica significativa o diagnosticable. A nadie le agrada estar enfermo o le-

Tabla 16.3 Factores atenuantes y agravantes en la consideración de la pena de muerte por parte del jurado**Atenuantes**

1. El demandado no tiene condenas previas significativas.
2. El demandado estaba bajo la influencia extrema de trastorno mental/emocional.
3. El demandado tiene capacidad sustancialmente disminuida para apreciar la criminalidad/ilegalidad de una conducta o para conformar la conducta a los requerimientos de ley.
4. Edad
5. El demandado actuó bajo extrema compulsión o dominación sustancial de otra persona.
6. La víctima era un participante en la conducta homicida del demandado o consintió en los actos homicidas.
7. La participación del demandado en actos homicidas fue relativamente menor.
8. Otro (por ejemplo, el demandado tenía un historial de abuso cuando era niño o de abuso de sustancias químicas).

Agravantes

1. La víctima era un bombero, un oficial de policía o un servidor público asesinado en el cumplimiento de su deber.

2. El demandado pagó o fue pagado por otra persona en la conspiración para matar a la víctima.
3. La víctima fue ocultada por el demandado para pedir rescate o para escudarse con ella o como un rehén.
4. La muerte ocurrió mientras el acusado viajaba en avión.
5. La víctima era un testigo en el enjuiciamiento contra el demandado.
6. El asesinato se cometió en el curso de la perpetración de otro delito.
7. El demandado con conocimiento de causa puso a otra persona en grave riesgo de muerte, además de la víctima.
8. El delito se cometió por medio de la tortura.
9. El demandado tiene antecedentes de condenas por el uso o amenaza de violencia.
10. El demandado ha sido condenado por otro delito por el cual se le impuso una sentencia de por vida o pena de muerte, o cometió el delito mientras cumplía una cadena perpetua.

sionado, pero una reacción normal o esperada por una lesión no se considera reparable. En lugar de ello, la persona debe tener una reacción más allá de la esperada y en un grado de severidad que cause un deterioro significativo en el área social, ocupacional/académica u otras áreas de funcionamiento. Los juicios por diagnósticos se hacen con base en el criterio listado en el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (*Diagnostic and statistical manual of mental disorders*), cuarta edición (DSM-IV)(1994).

El diagnóstico psicológico más común debido a una lesión es un trastorno de ajuste, definido como el desarrollo de síntomas emocionales o conductuales en respuesta a un agente estresante identificable ocurrido dentro de los tres meses desde la aparición del agente. Los síntomas pueden incluir depresión, ansiedad, alteración de la conducta o cualquier combinación de éstos. Hasta cierto punto, la reacción psicológica está relacionada con el curso de la mejoría de las lesiones físicas y de las discapacidades. Si el individuo mejora físicamente y es capaz de reasumir todas o la mayor parte de las actividades previas, entonces la reacción psicológica desaparece. En algunos casos, la mejoría física no es completa, pero el individuo se ajusta al nuevo nivel de discapacidad parcial y, de nuevo, la reacción psicológica desaparece.

Sin embargo, algunas personas experimentan síntomas que no quedan dentro de la categoría del desorden de ajuste o que persisten a causa de que las discapaci-

dades físicas también persisten o porque algo en la caracterización psicológica del individuo es la causa de que los síntomas psicológicos persistan aun cuando los síntomas físicos hayan desaparecido desde hace tiempo. Por ejemplo, después de un accidente automovilístico, algunos individuos desarrollan una fobia por los automóviles. Dos aspectos importantes de las fobias son la ansiedad y la anulación o invalidación, y cualesquiera de ellas o ambas pueden estar presentes. En tales casos, los individuos que temen subirse de nuevo a un auto experimentan una marcada ansiedad cuando viajan en él. El trauma puede durar meses o hasta años de incapacidad para viajar en auto; lo que por supuesto, puede impedir significativamente el funcionamiento social) laboral. Otras personas muestran un incremento de ansiedad generalizada más que una fobia específica. Una categoría que se encuentra en ocasiones se refiere como un trastorno de estrés postraumático (PTSD, por sus siglas en inglés). El desorden de ansiedad puede incluir ataques de pánico. Cuando los individuos experimentan un aumento de ansiedad, a menudo muestran dificultades asociadas con la atención, la concentración y la memoria, que pueden interferir con las funciones cotidianas.

Otra reacción frecuente a la lesión física es la depresión, la cual por lo general ocurre si el individuo no experimenta el curso esperado de mejoría. La frustración y la ira acompañan a menudo a la depresión. La gente que está severamente deprimida a menudo tiene difi-

cultades para iniciar y sostener actividades necesarias para la vida cotidiana, así como relaciones sociales y laborales.

Cualesquiera de estas reacciones pueden conducir además a una pérdida del placer de vivir (Andrew, Meyer y Berla, 1996).

Daños neuropsicológicos

Los individuos que están implicados en accidentes en ocasiones sufren daños cerebrales. Esto comúnmente ocurre cuando la persona se golpea la cabeza, por ejemplo contra el parabrisas del auto. Aunque la gravedad del daño cerebral está correlacionado con la duración de la pérdida de conciencia, éste no es necesariamente el caso. De hecho, un individuo puede sufrir un daño cerebral sin pérdida de la conciencia. Además, uno no tiene que golpearse la cabeza para tener un daño cerebral: el efecto de latigazo que ocurre en algunos accidentes puede causar que el cerebro se golpee contra el cráneo, lesionando las células cerebrales.

Los psicólogos forenses con capacitación especializada en neuropsicología pueden señalar los déficits debidos al daño traumático cerebral. El curso normal de mejoría por el llamado daño de cabeza cerrada (cuando el daño al cerebro resulta sin fractura de cráneo y sin heridas agudas en el cerebro) es de 18 a 24 meses. Sin embargo, mucha gente mejora mucho más rápido. Cualquier remanente de déficits después de 24 meses es por lo regular permanente e irreversible. Los déficits por daño en el cerebro pueden afectar la memoria, el pensamiento, el lenguaje, la percepción, la orientación y/o el control emocional (Reitan y Wolfson, 1986).

Compensación del trabajador/Ingreso complementario de seguridad social

En Estados Unidos, los estados tienen leyes de compensación para el trabajador que cubren las lesiones y las enfermedades, incluyendo las enfermedades mentales, durante todo el tiempo de empleo del trabajador. Sin embargo, quienes solicitan una compensación deben comprobar que la situación del trabajo fue responsable de la lesión y/o de la reacción psicológica, aunque el proceso y el criterio varían entre los diversos estados.

La ley de seguridad social (Social security act) otorga beneficios a aquellos cuya discapacidad se basa en un deterioro psiquiátrico, así como a quienes sufren un

deterioro físico. Mucha gente no es elegible para los beneficios del seguro por discapacidad, porque su cobertura de pagos no es suficiente, basados en su empleo. Hay, por tanto, un programa conocido como ingreso complementario de seguridad social (Supplemental security income; SSI) disponible para quienes sus ingresos están por abajo de cierto nivel. Para recibir tales beneficios, los solicitantes deben proporcionar una evaluación de su salud mental, indicando que están discapacitados en virtud de una enfermedad mental y en consecuencia discapacitados para trabajar. El gobierno a menudo requerirá una evaluación independiente para confirmar o discutir la petición. Los psicólogos forenses son solicitados a menudo para que lleven a cabo las evaluaciones, tanto para la compensación al trabajador como para los beneficios del SSI.

Acosamiento/discriminación

Cuando una persona experimenta acosamiento o discriminación en el lugar de trabajo, ya sea por género, raza, edad, antecedentes étnicos o por una condición especial o discapacidad (como sería el VIH), dicha persona podría desarrollar una reacción psicológica (McDonalds y Kulik, 1994). Como con otros "daños", éste a menudo toma forma de depresión o de ansiedad. Sin embargo, el acosamiento y la discriminación afectan además la autoestima, la seguridad y la capacidad para confiar en los demás. Aquí, como en otras evaluaciones forenses, es importante señalar el funcionamiento del individuo previo al acosamiento y a la discriminación, porque pudo haber presentado problemas psicológicos que no tuvieron nada que ver con el acosamiento/discriminación. Sin embargo, es necesario evaluar si el acosamiento/discriminación causó problemas preexistentes que empeoraron y/u originaron otros problemas que nunca antes había tenido, excepto por el acosamiento/discriminación (Cooke, 1996). Este tipo de caso es, sin embargo, diferente de uno en el cual hay un evidente daño físico documentado. Por lo general, en los casos de acosamiento/discriminación no hay una evidencia objetiva de que se realizaran los supuestos actos. De ese modo, el psicólogo forense, ya sea contratado por quien demanda (la persona que reclama el daño) o por el defensor (el negocio o la compañía contra quien se dirige la demanda de seguros) no debe asumir que el acosamiento/discriminación haya o no ocurrido. Eso debe decidirlo un jurado o un juez, pero el psicólogo debe enmarcar las opiniones en términos de la percepción del individuo sobre el acosamiento/discriminación.

Negligencia psicológica/psiquiátrica

Los profesionales de la salud mental tienen responsabilidades éticas y legales para con sus pacientes que tratan. La negligencia psicológica/psiquiátrica por lo regular surge en tres contextos: (1) el terapeuta se involucra sexualmente con el paciente, (2) el paciente se suicida y la familia demanda al terapeuta por negligencia y/o por no haber vigilado el tratamiento como era su deber o (3) el paciente lesiona o mata a alguien y se plantean las mismas fallas como la negligencia/estándar de cuidado en la vigilancia del tratamiento.

Ningún terapeuta debe involucrarse sexualmente con el paciente. Se ha reconocido que muchos pacientes llegan a sentirse atraídos sexualmente hacia su terapeuta, pero es responsabilidad de éste tratar esta atracción de manera terapéutica (Williams, 1992). Cuando el paciente afirma que el terapeuta se ha involucrado sexualmente, por lo regular no hay ninguna evidencia objetiva. Si el terapeuta niega el cargo, la situación es similar a la de acoso sexual/discriminación discutida anteriormente, y el psicólogo forense debe manejarla de manera similar. Sin embargo, en estos casos, debido a que el paciente tiene algún tipo de problema emocional o mental o porque no ha estado consultando a un profesional de la salud mental, comúnmente surge la cuestión de los problemas mentales previos del paciente.

Cuando un paciente se suicida, la familia puede establecer lo que se llama una demanda por muerte injusta. Es imposible predecir o prevenir un suicidio, pero un terapeuta tiene la responsabilidad de vigilar debidamente a sus pacientes y estar al tanto de los indicios de un potencial suicidio, para poder tomar la acción apropiada. Un terapeuta que no hace esto, puede ser investigado por no haber aplicado el cuidado más adecuado. Las demandas por muerte injusta pueden surgir también por un homicidio o por negligencia médica.

Un paciente que lesiona o mata a una persona causa que se planteen las mismas cuestiones, así como una adicional. La mayor parte de los estados (en EE.UU.) tienen estatutos que definen el privilegio paciente-terapeuta. Es decir, el terapeuta está imposibilitado para divulgar a terceras personas cualquier información acerca del paciente, sin su consentimiento. Un famoso caso sobre este tema: *Tarasoff vs. Regents of University of California* (1976), muchos de los estatutos estatales proveen el privilegio de "excepción por paciente peligroso", de modo que un terapeuta tiene el deber de pre-

venir y proteger a una tercera persona específica a quien el paciente pone en peligro, si el terapeuta tiene razón para llegar a esa conclusión. Por ejemplo, el terapeuta puede ponerse en contacto con la persona que está en peligro o informar al departamento de policía local. La cuestión está entonces en si el terapeuta siguió la norma del cuidado adecuado al determinar si la tercera persona necesitaba ser advertida o protegida.

Simulación

Algunos individuos que resultan lesionados en un accidente o de otra manera, pueden no tener realmente problemas físicos o psicológicos importantes, pero motivados por la posibilidad de recibir una compensación monetaria por los daños sufridos, tratan de fingir o de exagerar los problemas resultantes. Esto se conoce como *simulación*. Los psicólogos forenses siempre adoptan la posibilidad de simulación en cualquier tipo de caso forense. Por ejemplo, un acusado de asesinato que declara sufrir un estado de locura podría estar simulando. Por otro lado, los padres en un caso de custodia a menudo simulan en la dirección opuesta para negar o minimizar los problemas y tratar de presentarse como individuos perfectamente bien equilibrados y como padres maravillosos.

El psicólogo forense enfoca la posibilidad de las simulaciones de diversas formas (Hall y Pritchard, 1996). Primero, la enfermedad mental, como la enfermedad física, comúnmente presenta cantidad de síntomas que van aunados y siguen cierto curso de desarrollo. Cuando un individuo presenta síntomas no esperados como parte del conjunto de síntomas o un curso de la enfermedad que no es lo que se espera, entonces el psicólogo llega a sospechar de una simulación. Por ejemplo, cualquiera puede decir que escucha voces, esto es que tiene alucinaciones auditivas, pero los psicólogos están familiarizados con los tipos de condiciones que pueden crear alucinaciones auditivas y las formas que toman por lo común esas alucinaciones.

Otro enfoque para evaluar una simulación es a través de una evaluación psicológica. Esto fue analizado con más detalle en otra sección de este capítulo, así como en otra parte de este libro. Algunas de las pruebas de personalidad objetiva tienen ciertas escalas que muestran si un individuo está exagerando o minimizando los problemas. Otras pruebas, como la técnica de las manchas de tinta de Rorschach, son mucho más difí-

les de falsear y producen hallazgos inconsistentes con lo que el individuo está reclamando.

Competencia civil

Siempre que un individuo se relaciona con otro individuo o con la sociedad que implica un "contrato", debe ser competente para hacerlo. La competencia civil es diferente de la competencia criminal (Slovenko, 1987) como se definió anteriormente en este capítulo, aunque un aspecto de la competencia civil, la competencia como testigo en un juicio, puede aplicarse a cualquier proceso civil o penal. Se supone que cada testigo es competente, pero pudiera no serlo si padeciese de una enfermedad mental y ésta hubiera deteriorado su memoria, su habilidad para comunicarse o su comprensión del juramento que hizo de decir la verdad. Con los niños usados como testigos, existen preocupaciones especiales y son de particular importancia cuando surgen alegatos de abuso sexual en ellos.

Cualquier otro tipo de competencia involucra a la competencia de los profesionales, incluyendo a los psicólogos, psiquiatras y otros médicos y abogados, debido al contrato implícito o real del profesional cuando proporciona un servicio. Además, un individuo debe ser competente para realizar un contrato real, como comprar una casa o hacer otras compras, y en general debe ser competente para manejar sus propios fondos. Puede plantearse la competencia en relación con la habilidad del individuo para tomar decisiones considerando su propio cuidado médico o psiquiátrico/psicológico. Por ejemplo, sea que el paciente esté listo o no para rehusar la medicación psiquiátrica depende, en parte, de si el individuo es competente para tomar tales decisiones. Si no, un tutor o una corte podrían hacer lo que se llama un "juicio suplente". Por último, una persona que hace un testamento puede carecer de "capacidad testamentaria", debido a una enfermedad mental, a un daño progresivo del cerebro o a otras causas.

EVALUACIÓN EN CASOS DE CUSTODIA DE NIÑOS

Las leyes que se refieren al criterio bajo el cual se decide la custodia física y legal de los niños han sufrido cambios importantes a lo largo de los últimos años. En la actualidad, la mayor parte de los estados (en EE.UU.) incorporan cierta redacción que incorpora lo referente a lo que es "mejor en interés del niño". Aquí, como en

otra parte, introducir la jerga legal en los factores conductuales y psicológicos es difícil y controversial. La Asociación estadounidense de psicología (1994) ha formulado lineamientos para las evaluaciones de custodia, las cuales incluyen las evaluaciones de las características y necesidades del niño y las capacidades de cada padre, para poder determinar qué es lo "más conveniente para el niño".

En la mayor parte de los casos, cuando se disputa una custodia, cada padre terminará pasando algún tiempo con el niño. Sólo en casos de abuso físico, abuso sexual o abuso emocional extremo es probable que la corte impida cualquier visita o custodia parcial. Aun en estos casos, la corte tiene la opción de supervisar la visita del padre, con el razonamiento de que la combinación de contacto y protección sería lo mejor para el niño que si no tuviese ningún contacto. La *custodia legal* se diferencia de la *custodia física*. La custodia legal tiene que ver con la toma de decisiones en tres grandes áreas: educación, cuidado médico y capacitación religiosa. Esto es totalmente independiente del arreglo de custodia física, y la corte casi siempre concederá una custodia legal compartida.

La custodia física tiene que ver con el tiempo que pasa el niño con cada progenitor. Puede variar de entre unas cuantas horas a la semana con cada uno hasta un tiempo compartido en forma equitativa. En el pasado, el arreglo "normal", era que la madre tenía la custodia principal, y el padre podía ver al niño los fines de semana alternados y sólo unas cuantas horas, una tarde por semana. Ahora esto ya no es lo normal, aunque todavía ocurre. Las cortes han rechazado la doctrina de los "años tiernos", que sostiene que un niño pequeño está mejor con la madre, y las cortes ahora con frecuencia fallan que la custodia principal también corresponde al padre. Además, en un creciente número de casos, ambos padres trabajan, y el arreglo de la custodia es a menudo adaptado a la disponibilidad de cada progenitor. Si los padres viven en zonas geográficamente opuestas, uno de los progenitores a menudo tiene al niño durante el año escolar y el otro la mayor parte de las vacaciones escolares y en gran parte del verano.

La custodia de tiempo compartido fue por lo general aceptada a fines de la década de los años setenta y durante los ochenta. Bajo dicho arreglo, el tiempo es dividido de manera equitativa, por ejemplo, en semanas alternas con cada padre. Este arreglo, que resulta en el mejor interés para el niño, es pasar tanto tiempo como sea posible con cada uno de los progenitores. La in-

vestigación ha revelado que es el mejor arreglo cuando los padres cooperan y el acuerdo es voluntario, pero puede no resultar lo mejor para los niños, si los padres son hostiles y poco cooperativos y si el arreglo es forzado por la corte. Cada caso debe ser evaluado sobre la base de sus características específicas. Sin embargo, un factor supeditado al considerar lo que es mejor para el niño, implica una comprensión de que el mejor pronóstico del futuro ajuste del niño es el nivel de conflicto entre los padres.

Las características específicas varían ampliamente entre los casos. En algunos casos, los padres pueden padecer de alguna enfermedad mental o tener problemas por el abuso de sustancias químicas. En otros casos, podría haber alegatos de abuso sexual o físico, los cuales podrían ser o no verídicos. Algunos casos involucran lo que se llama el síndrome de enajenación del padre, en el cual un progenitor deliberada y metódicamente pone al niño en contra del otro progenitor (Gardner, 1987). Los niños con ciertos problemas, como trastorno de déficit de atención con hiperactividad, o con necesidades médicas específicas, satisfarán mejor sus necesidades con un padre que tuviese ciertas características de personalidad, así como una actitud y desempeño de ser un verdadero padre. Los psicólogos forenses pueden utilizar no sólo los procedimientos generales de evaluación, sino también las medidas especiales del conocimiento paternal, actitudes y prácticas. Es también crucial el observar la interacción de padre-hijo, ya sea en una visita domiciliaria o en la oficina.

EVALUACION EN CASOS DE ABUSO SEXUAL EN NIÑOS

Los alegatos de abuso sexual en niños son algunas veces tratados como parte de una demanda de custodia. Aunque cada alegato debe ser considerado importante e investigado perfectamente, se ha encontrado que el incremento en el número de alegatos falsos ocurre en el contexto de casos de custodia de niños (Cooke y Cooke, 1991). Los alegatos además ocurren en una variedad de contextos. Contrario al concepto de que se trata de una persona extraña, la persona que abusa sexualmente de un niño por lo general es conocida por él. Podría ser un padre, un padrastro, un abuelo, algún pariente, un medio hermano mayor o hermanastro, o un vecino. También ha habido casos, algunos de los cuales han logrado gran atención por parte de los medios infor-

mativos, en los que uno o más profesores de preescolar o escolar han sido acusados de haber abusado sexualmente de una gran cantidad de niños bajo su cuidado.

Los efectos a corto y largo plazos en los adultos que sufrieron abusos sexuales cuando eran niños, varían ampliamente; algunos de ellos mostraron poco o ningún efecto, mientras que otros desarrollaron serias reacciones en el momento, así como problemas de personalidad o enfermedad mental a largo plazo (Briere, 1992). De este modo, es extremadamente importante identificar los casos de abuso, para proteger a los niños, así como tratar y/o encarcelar a los abusadores. Sin embargo, hay múltiples problemas cuando se habla de estas cuestiones. En primer lugar, aun fuera del contexto de custodia, surgen las acusaciones falsas. En segundo lugar, aunque algunos de los que abusan de un niño cubren ciertos perfiles psicológicos, muchos de ellos no muestran signos psicológicos claros de que tienen ciertas inclinaciones. Además, a no ser que haya una penetración real, raras veces hay una evidencia médica concluyente del abuso, por lo que las autoridades deben confiar en la evaluación psicológica, incluyendo la entrevista. Pero aquí, también, hay serios problemas. Las reacciones psicológicas de los niños que sufrieron un abuso se traslapan con sus reacciones psicológicas a otros factores de estrés en sus vidas, como sería el divorcio de los padres, la separación de ellos, el inicio de clases y cosas similares. Un problema que es aún más grande, es que los niños mayores son muy propensos a ser influidos cuando son entrevistados. Por lo general, el primero en entrevistar a un niño es el padre, quien estaría, comprensiblemente, muy emotivo y disgustado. Además, uno no esperaría que un padre siguiese los lineamientos para entrevistar a un niño de una manera informal. El problema se complica a menudo cuando la primera entrevista oficial la realiza un oficial de policía, un asistente del fiscal o un trabajador social para los casos de servicios de protección del menor. A menudo, estas personas no están capacitadas adecuadamente. Tienden a asumir que el abuso ocurrió y tienen una entrevista para validar esa suposición. Al hacerlo así, podrían influir en el niño para que reportase un abuso que de hecho no existió.

¿Por qué es importante separar un reporte de abuso sexual falso de uno verdadero? En primer lugar, el proceso de evaluación repetida del niño y su posible presentación en la corte es a menudo tan traumático como el abuso mismo. En segundo lugar, cuando el acusado es una persona importante en la vida del niño, como el

padre, la separación de esta persona podría ser traumática. En tercer lugar, las dependencias de servicio social tienen presupuestos limitados, por lo que es importante dirigir los recursos donde sea necesario para no malgastarlos en casos falsos. Por último, las personas acusadas podrían perder sus trabajos, serían forzadas a someterse a tratamiento o incluso ir a prisión. En la actualidad hay una fuerte controversia sobre si, cuando un reo es puesto en libertad, debe ser colocado en un estatus especial que requiera la notificación de los departamentos de policía, de las escuelas y de los vecinos en las comunidades en donde regresa a vivir.

Recientemente, ha surgido un nuevo tipo de situación en la cual los adultos recuerdan los casos de abuso de niños que ocurrieron muchos años antes y de los cuales no se acordaban (Pezdek y Banks, 1996). Está bien documentado el hecho de que un incidente traumático aislado podría ser reprimido y, por tanto, no ser recordado hasta que sucede algo que dispara la memoria. Sin embargo, hay una considerable controversia sobre si una persona puede reprimir repetidos incidentes por muchos años, como se arguye a menudo en estos casos. Además, frecuentemente la memoria ha sido estimulada por un terapeuta quien cree que los problemas en la vida adulta del paciente fueron debido al abuso sexual infantil. Ha surgido el término síndrome de falsa memoria para describir los casos en los que los examinadores creen que el abuso "recordado" nunca ocurrió realmente. A menudo los individuos que presentan tales demandas llevan el pleito civil contra un padre u otra persona, y es importante separar exactamente las memorias ciertas de las falsas. El daño hecho a la relación entre el niño y el adulto y los padres es también considerable, y la reparación de la relación puede iniciarse sólo si el niño llega a comprender que el recuerdo de la agresión era falso.

TRABAJANDO CON LA POLICÍA

Los psicólogos forenses pueden ser consultados por los departamentos de policía en una cantidad de funciones (Reiser y Klyver, 1987). Una de ellas es la evaluación psicológica de los solicitantes al puesto de oficial, y en algunos departamentos, como parte del procedimiento de protección para promoción a rangos más elevados. La protección psicológica es, por lo general, uno de los últimos pasos en el proceso de selección y se lleva a cabo sólo para aquellos que han sido aceptados de alguna manera. Aunque hay cierta controversia sobre cómo

debe ser utilizada la evaluación psicológica, es comúnmente aceptado que el papel del psicólogo *no* es decidir quién sería un buen oficial de policía. Más bien, su papel es detectar a aquellos con problemas psicológicos o características de personalidad que interferirían con los deberes laborales y las funciones especiales de un oficial de la policía. Se usan a menudo entrevistas y baterías generales de pruebas psicológicas y hay, además, pruebas especiales que han sido desarrolladas para usarse con los policías. La importancia de la evaluación de los oficiales de policía surge debido a que tienen mucho poder y a que portan armas; si se abusa del poder, las consecuencias para otros pueden ser nocivas e incluso fatales.

Los psicólogos forenses también capacitan a oficiales de policía, porque son a menudo los primeros "terapeutas" en la escena de una emergencia. Muchas de las situaciones a las que se enfrentan los oficiales de policía no pueden ser manejadas físicamente, y un oficial debe depender de lo que aprendió acerca de la psicología de la gente y cómo tratarla verbalmente. Por ejemplo, los oficiales de policía necesitan aprender cómo hablarle a una persona que trata de suicidarse. Se ofrece además capacitación para tratar a los individuos potencialmente peligrosos, en particular en situaciones de negociación de rehenes; además, requieren tratar situaciones de conflictos domésticos. A pesar del hecho de que estadísticamente éstas son las situaciones más peligrosas para la policía, la interacción inicial es por lo general verbal y requiere que el oficial de policía sea sensible a las dinámicas y emociones del conflicto doméstico con el fin de resolverlo mejor.

El trabajo del policía es muy estresante, no sólo por el peligro potencial, sino porque la rotación de turnos de trabajo puede interferir con la vida familiar, así como por otras razones. Los oficiales de policía que requieren usar sus armas, en particular si resulta una muerte, experimentarán culpa y desconfianza. De este modo, el proporcionar consejo a estos oficiales es parte del papel de los psicólogos forenses que tienen capacitación especial y/o experiencia en el trabajo policial.

RECLUSIÓN DE PERSONAS CON ALGUNA ENFERMEDAD MENTAL

Todas las jurisdicciones tienen leyes para la reclusión voluntaria o involuntaria de personas con enfermedad mental. Aunque los términos varían de acuerdo con la

jurisdicción, el concepto básico es que para que una persona sea reclusa involuntariamente, tiene que demostrarse que dentro de un periodo reciente, por lo general, los últimos 30 días, ha sido un peligro para sí misma o para los demás, o bien es incapaz de cuidarse por sí sola debido a la enfermedad mental. La reclusión inicial es sobre una base de emergencia por un tiempo limitado, por lo general, entre 72 a 120 horas. Antes de que expire dicho periodo, se lleva a cabo una audiencia para determinar si persiste el peligro o la incapacidad de la persona para cuidarse a sí misma. Sólo si éste es el caso, se certifica el próximo nivel de confinamiento. Comúnmente, recibe tratamiento otros 20 a 30 días, tiempo en el cual se lleva a cabo una audiencia para ampliar aún más el confinamiento.

Estas audiencias le proporcionan a la persona reclusa la protección del "proceso legal establecido". Aunque el confinamiento es en teoría por el "propio bien" de la persona, implica una privación de la libertad y de los derechos civiles. En el pasado, hubo abusos con los confinamientos. Una serie de casos que comenzaron en la década de los años sesenta definieron los límites del derecho de una persona para recibir tratamiento, así como el derecho a rehusarse a recibirlo. Uno de los principios más importantes que se ha desarrollado es que la persona sería tratada con "la alternativa menos restrictiva". Por ejemplo, si es posible, la persona estaría en un pabellón abierto en vez de uno cerrado, o bien recibir un tratamiento ambulatorio en vez de en un hospital.

Dependiendo de la jurisdicción, los psicólogos forenses serían llamados a testificar considerando la enfermedad mental, la necesidad de tratamiento y los tipos de tratamiento recomendados.

TRATAMIENTO

En prisiones

El vivir en una prisión tiene sus propios y únicos factores estresantes (Moble, 1987). Algunos individuos desarrollan apatía, una pérdida de iniciativa e individualidad y una sensación de aislamiento social. Otros adoptan actitudes y valores contraculturales a menudo asociados con los internados en prisión. Ambas tendencias tienen implicaciones para la terapia en la prisión. Los psicólogos forenses no sólo tienen que tratar con las realidades de la estructura de la prisión, la disciplina y el estrés, sino también con estos problemas espe-

cíficos. En terapia, por ejemplo, el terapeuta comúnmente estimula al paciente a que confíe en los demás y a expresar sus sentimientos abiertamente con ellos. Pero tal confianza y franqueza pueden ser contraproducentes en una prisión. Además, los objetivos de la terapia difieren dependiendo de la sentencia del interno. Para un interno que cumple cadena perpetua, el objetivo es facilitar la mejor adaptación posible dentro de la prisión. Para quienes purgan "tiempos cortos" y que pronto regresarán a la comunidad, el enfoque está en reinstalar y mantener una relación social adaptativa y evitar las situaciones o a los individuos que por lo general llevan a la reincidencia.

Unidades en psiquiatría forense

Los estados y el gobierno federal (en EE.UU.) tienen instalaciones especiales de salud mental forense para tratamiento, tanto antes del juicio como para reos sentenciados. Los individuos acusados de un delito, que requieren de la evaluación de su competencia para poder entender su juicio y/o de tratamiento para que recuperen su competencia, son por lo regular confinados en cierta área. Los que son reclusos que provienen de una prisión y/o aquellos que son reclusos después de ser declarados "culpables pero enfermos mentales" por lo general son confinados en otra área separada. Incluso los que son declarados "inocentes por razón de demencia" son confinados en otra área separada, si lo permite el tamaño de las instalaciones.

El tratamiento para cada uno de estos grupos tiene un objetivo diferente. Muchos de los que son evaluados y tratados por incompetencia son suicidas o psicóticos, que requieren medicación y terapia. Además, requieren de una terapia especial enfocada en enseñarles lo relacionado con el sistema legal, en la forma como se va a declarar el acusado, y otros asuntos específicos cuyo objeto es que recuperen su competencia. El objetivo del tratamiento para reos sentenciados y los GBMI, si todavía tienen una larga sentencia que cumplir, es regresarlos a un nivel de funcionamiento para que puedan ser transferidos a la prisión, incluso si eso se hace mientras continúan bajo medicación. La dificultad mayor es que considerando que las instalaciones de salud mental pueden tener procedimientos para suministrar medicamentos a los pacientes, sin la voluntad de ellos, en las prisiones por lo general esto no se puede hacer. Los pacientes que carecen de conocimiento acerca de su enfermedad y de la necesidad de medicarse, podrían inte-

rrumpir su tratamiento después de regresar a la prisión, lo cual los descompensaría, y tendrían que ser rehospitalizados. Para aquellos para quienes el resto de su sentencia es corto, el enfoque del tratamiento sería regresarlo a la comunidad. El objetivo de NGRI es en principio llevar la enfermedad y el potencial de peligro de remisión de tal manera, que estos pacientes pueden ser transferidos de las instalaciones forenses a una instalación civil, y gradualmente reciben, al ir mejorando, más privilegios y responsabilidades. El objetivo es regresarlos a la comunidad, aunque esto podría tomar muchos años.

Tratamiento a prueba y libertad bajo palabra

Algunas veces el tratamiento de los ex delincuentes en la comunidad es esencial para la prevención de la reincidencia, y a menudo es una condición para obtener la libertad bajo palabra y el periodo de prueba. Desafortunadamente, la mayoría de los ex delincuentes no pueden tener un tratamiento privado; acuden, en cambio, a los mismos centros de salud mental comunitarios que proporcionan cuidado para las poblaciones no delincuentes. Estos terapeutas a menudo no son expertos para trabajar con poblaciones de delincuentes ni están capacitados en sus necesidades especiales. Además, los ex delincuentes podrían ser manipuladores, hostiles o no estar motivados para recibir el tratamiento. Cuando comienzan a dejar de asistir a las sesiones, el terapeuta quizá no trata con energía de que regresen al tratamiento, lo cual resultaría en una violación a la libertad bajo palabra o al periodo de prueba y/o a una reincidencia. Muchos ex delincuentes tienen problemas de abuso de sustancias químicas y requieren como una condición para la libertad bajo palabra o para el periodo de prueba, internarse en un hospital con un programa contra el alcoholismo y las drogas y después participar en un programa externo en lugar o además del otro tratamiento.

Tratamiento de personas internadas de forma involuntaria

La fase inicial del tratamiento para estos individuos por lo común se realiza en una instalación de salud mental de urgencias. Si regresan a la comunidad después de una breve reclusión de urgencia, se hacen los arreglos necesarios para que reciban un tratamiento de paciente externo. Para quienes son reencarcelados o que voluntariamente están de acuerdo en permanecer hospitaliza-

dos, algunos se enviarían a las instalaciones estatales y otros serían transferidos a hospitales privados. El tipo de medicación y/o terapia dependería de la naturaleza del problema.

Lesiones personales y otros casos civiles

Los tipos de trastornos que resultan de lesiones físicas y emocionales fueron estudiadas anteriormente en este capítulo. El tratamiento puede ofrecerlo al individuo una compañía de seguros privada o bien por la compañía de seguros del demandado. La mayor parte de los tratamientos a menudo los proporcionan profesionales privados o clínicos. Aunque el tratamiento varía según el tipo de problema, las terapias cognoscitivas y conductuales se emplean a menudo juntamente con técnicas tales como la biorretroalimentación para tratar la depresión, la ansiedad y el dolor. Estas terapias, a diferencia de las terapias tradicionales en las que está implícita la conversación, por lo general no implican la investigación de la infancia u otros sentimientos o experiencias pasados, sino que se centran en los síntomas actuales y las formas de modificarlos.

Custodia y casos de abuso sexual infantil

Un terapeuta que trabaja con un niño en dichos casos debe hacer un delicado balance entre proteger el privilegio y la confianza en la relación con el niño y la necesidad de trabajar con los demás miembros de la familia. Con niños muy pequeños, la intervención primaria implica ayudar a los padres en sus prácticas paternales. Con los niños se utilizan terapias especiales de juego, juntamente con otras técnicas conductuales. En algunos de estos casos, el objeto de la terapia es reconciliar a un niño con su padre de quien ha sido separado o alejado.

PRUEBAS Y EVALUACIÓN

La información sobre las pruebas psicológicas se presenta en otros capítulos y aquí sólo se tratarán brevemente. Dependiendo de la naturaleza del caso, el psicólogo forense puede utilizar pruebas de inteligencia y memoria, baterías neuropsicológicas para la evaluación de la disfunción cerebral, así como pruebas objetivas y/o proyectivas de personalidad. Algunas pruebas tales como el Inventario Multifásico de la Personalidad-2 de Minnesota (MMPI-2, por su siglas en inglés) (1989) son en particular válidas en casos forenses porque tiene

escalas de validez que reflejan si el individuo está presentando dificultades emocionales de una manera sencilla, si está exagerando o falsificando la patología, o bien, si está siendo cauteloso y defensivo y minimizando aun las faltas y problemas comunes.

Hay además pruebas forenses especializadas (Griso, 1986), que por lo general consisten en una lista de verificación derivada del criterio psicológico y conductual de la prueba legal en particular. Se le da peso a los reactivos de la lista de verificación y las calificaciones de interrupción se definen más allá de las cuales se considera que el individuo alcanza el estándar para esa cuestión legal. Tales medidas existen para la competencia criminal y la responsabilidad criminal (locura). Hay además, para uso en casos de custodia, pruebas especializadas para "competencia paternal" y las percepciones de los niños acerca de los padres. La utilidad de estas pruebas especializadas es controversial debido a problemas metodológicos en la construcción de las pruebas y a problemas para evaluar su validez.

PREDICCIÓN DE LA AGRESIVIDAD FUTURA Y CONDUCTA SEXUAL

Sea directa o indirectamente, los psicólogos forenses por lo común son requeridos para predecir una futura conducta peligrosa. Las interrogantes sobre si un individuo necesita ser hospitalizado o puede ser puesto a prueba, involucra la predicción de una conducta peligrosa. La investigación clínica ha cuestionado la habilidad de los profesionales de la salud mental para hacer tales predicciones con la precisión adecuada. Tanto la Asociación estadounidense de psicología como la Asociación estadounidense de psiquiatría han expresado preocupación acerca de los profesionales de la salud mental comprometidos con tal predicción. Sin embargo, las cortes, incluyendo la Suprema Corte de Justicia de Estados Unidos, han seguido confiando en los profesionales de la salud mental para auxiliarlos en las decisiones que involucran predicciones.

En años recientes, la metodología de la predicción ha mejorado considerablemente (Menzies, Webster, McMain, Staley y Scaglione, 1994). Esta metodología distingue la motivación de la ofensa y el ofensor, la presencia y carácter de una historia de violencia, así como la presencia o ausencia de intenciones verbalizadas admitidas para cometer actos violentos. Esta metodología ayuda a definir categorías de individuos para quienes las predicciones puede ser más confiables y váli-

das, aunque se necesita mucha más investigación y trabajo clínico. La creciente frecuencia de violencia en el lugar de trabajo en años recientes ha desatado la necesidad de enfatizar una metodología especial para su evaluación. Esto a menudo involucra protocolos que incluye no sólo la prueba estándar y pronosticadores de conducta agresiva, sino además enfocarse en la historia del individuo, sus relaciones y actitudes dentro de la compañía en particular o el lugar de trabajo.

La predicción de una futura conducta sexual ha llegado a ser más importante en el contexto de recientes cambios en las leyes acerca de los ofensores sexuales. Dichas leyes intentan definir quiénes son ofensores de alto riesgo e intentan someterlos a tratamientos más allá de la sentencia establecida por la ley por sus delitos, o bien, notificar a la policía, a las escuelas y a los vecinos una vez que estén en libertad (Schopp y Sturgis, 1995). Aunque la constitucionalidad de tales leyes tiene todavía que ser resuelta, otra prueba importante es la habilidad de los profesionales en salud mental, de las cortes y del personal de la correccional para hacer tales predicciones acerca del riesgo.

PSICOLOGÍA FORENSE NO CLÍNICA

Hay varias áreas principales de investigación dentro de la psicología forense no clínica. Una de éstas es el estudio del testimonio del testigo. Nuestro sistema judicial (en EE.UU.) confía ampliamente en el testimonio del testigo ocular. Sin embargo, muchos estudios de los factores que afectan la memoria humana, el reconocimiento del rostro, la identificación interracial y cosas semejantes, han demostrado que el testimonio del testigo ocular es bastante falible (Wells y Loftus, 1984).

Otra área de estudio implica la selección del jurado, las dinámicas y los procesos para tomar decisiones. La selección científica del jurado puede involucrar extensos exámenes para encontrar las características de los jurados favorables para la defensa o para la fiscalía en un caso criminal, o bien, para el demandante o el demandado en un caso civil. El conocimiento de las dinámicas del jurado está fundamentado en la psicología social y en el estudio de la influencia interpersonal.

La ingeniería de factores humanos trata con maquinaria adaptada y el ambiente de trabajo para las necesidades físicas y psicológicas del ser humano. Por ejemplo, un individuo lesionado por una pieza de maquinaria puede demandar al fabricante de la maquinaria argumentando que las advertencias y las guardas protectoras

eran inadecuadas. Los psicólogos forenses no clínicos especializados en factores de ingeniería humana serían requeridos para que llevaran a cabo experimentos y/o ofrecer opiniones en estas pruebas.

EL PSICÓLOGO FORENSE COMO CONSULTOR PARA ABOGADOS Y COMO TESTIGO EXPERTO

Cuando un psicólogo forense es contratado por un abogado, su papel a menudo no sólo implica una revisión de registros y evaluaciones del cliente, sino además consultas con el abogado en una variedad de cuestiones. Podrían preguntarle al psicólogo forense, por ejemplo, si sería preferible que el proceso lo llevara el juez o el jurado, si el cliente debería testificar, así como el modo de preparar y presentar el testimonio del psicólogo. La obligación inicial del psicólogo forense para el abogado es realizar una evaluación. Después, el psicólogo comunica los hallazgos, y tanto el abogado como el cliente deciden si el testimonio sería de ayuda para el caso. Si es así, entonces el psicólogo será convocado como testigo experto.

El testimonio es a menudo traumático para el experto que no está familiarizado con la corte. El psicólogo debe prepararse individualmente y además con el abogado. Esta preparación (a menos que el psicólogo sea un evaluador independiente nombrado por la corte, como es a menudo el caso en una litigación de custodia) es perfectamente ética. El psicólogo necesita saber qué preguntas hará el abogado, y éste necesita saber lo que responderá aquél.

El propósito de un proceso de preguntas cruzadas al experto por parte del abogado oponente es debilitar la credibilidad y la base de la opinión a los ojos del juez o el jurado. Los psicólogos forenses deberían reconocer esto para que no consideren el proceso de preguntas cruzadas como un ataque personal. Aunque por lo general el psicólogo es contratado por una de las partes en litigio, una vez que éste testifica, su rol sería el de un educador del juez o del jurado, más que de un defensor.

ASUNTOS LEGALES/ÉTICOS

Privilegio/confidencialidad

Como se describió anteriormente en este capítulo, si se aplica el privilegio en una evaluación depende del tipo

del caso y de quién ha contratado al psicólogo. El privilegio también aplica a un tratamiento, a menos que sea ordenado por la corte y que parte de la orden requiera ser reportada a aquélla. El privilegio en terapia pertenece al cliente, no al terapeuta. Esto es, la decisión de si proporciona o no información a una tercera persona reside en el paciente. El terapeuta no puede proporcionar información ni negarse a proporcionarla, si esto es en contra de los deseos del paciente. En la mayor parte de los casos, el paciente debe proporcionar al terapeuta, por escrito, una liberación de información antes que éste la libere. Sin embargo, él puede contravenir el privilegio, bajo condiciones especiales, tal como la excepción de un paciente peligroso discutida anteriormente en este capítulo. Si el cliente llama al terapeuta para atestiguar en un juicio, eso constituye además una renuncia del privilegio.

Definición de cliente

En casos de daños personales y criminales, el cliente es el abogado que contrata al psicólogo, aunque éste tiene siempre una responsabilidad ética y legal para el bienestar de la persona evaluada, no importa cuál de las partes contrata al psicólogo. En casos de custodia, sin embargo, si todas las partes participan, no importa cuál de ellas contrata al psicólogo, o solicita la evaluación. El niño siempre es el cliente, y por consiguiente, la información es proporcionada para el bienestar del niño, ya sea que la opinión favorezca o no al padre que contrató al psicólogo.

Lineamientos éticos

La Asociación estadounidense de psicología, publica lineamientos éticos para los psicólogos y lineamientos especiales para la psicología forense (1991). Los lineamientos especifican que los psicólogos no deben representar papeles conflictivos o múltiples, no deben practicar fuera de sus áreas de conocimiento y no deben abusar del poder que tienen como evaluadores y/o terapeutas. Los lineamientos además describen y definen el privilegio y otras obligaciones para con los clientes.

TENDENCIAS FUTURAS DE LA PSICOLOGÍA FORENSE

A lo largo de este capítulo se han descrito situaciones en las cuales se hizo notar que se requiere de una investigación posterior. En estas áreas es donde es más pro-

bable que se enfoquen futuras tendencias. Es de primordial importancia el predecir un comportamiento futuro agresivo y sexual, incluyendo la violencia en el lugar de trabajo (Feldman y Johnson, 1996). Se requiere mucho trabajo aun en la distinción entre las situaciones falsas y las verdaderas de abuso sexual en niños. A medida que la tecnología, en particular las computadoras, se va expandiendo en cada aspecto de nuestras vidas, surgirán nuevas pruebas de daños y confidencialidad.

Las tendencias futuras también implicarán el desarrollo de nuevas técnicas de tratamiento. El crimen, en especial el violento, es un problema social mayor. Las intervenciones terapéuticas y de evaluación necesitan ser desarrolladas, no sólo para los acusados de crímenes, sino también para identificar y tratar, dentro de los límites legales, a quienes son delincuentes en potencia. Necesitan desarrollarse nuevas técnicas para tratar problemas psicológicos subyacentes con el abuso sexual a niños, puesto que las tasas de reincidencia en esta área son bastante altas.

REFERENCIAS

- American Psychiatric Association. (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.) (DSM-IV). Washington, DC: Author.
- American Psychological Association. (1991.) Specialty guidelines for forensic psychologists. *Law and Human Behavior*, 15, 655-685.
- American Psychological Association. (1992). Ethical principles of psychologists and code of conduct. *American Psychologist*, 47, 1597-1611.
- American Psychological Association. (1994). Guidelines for child custody evaluations in divorce proceedings. *American Psychologist*, 49, 677-680.
- Andrews, P, Meyer, R. G., & Berla, E. P. (1996.) Development of the Lost Pleasure of Life Scale. *Law and Human Behavior*, 21, 99-111.
- Bohm, R. M (Ed.). (1991). *The death penalty in America: Current research*. Cincinnati: Anderson.
- Briere, J. (1992). *Child abuse trauma: Theory and treatment of the lasting effects*. Newbury Park, CA: Sage.
- Cooke, G. (1996). The role of the mental health professional in harassment/discrimination cases: A moderate perspective. *American Journal of Forensic Psychology*, 14, 37-48.
- Cooke, G., & Cooke, M. (1991). Dealing with sexual abuse allegations in the context of custody evaluations. *American Journal of Forensic Psychology*, 9, 55-67.
- Cooper, J., Bennett, E. A., & Sukel, H. L. (1996). Complex scientific testimony: How do jurors make decisions? *Law and Human Behavior*, 20, 379-394.
- Daubert v. Merrell Dow Pharmaceuticals, Inc.*, 113 S.Ct. 2786 (1993).
- Dusky v. U.S.*, 362 U.S. 402 (1960).
- Feldman, T. B., & Johnson, P. W. (1996). Workplace violence: A new form of lethal aggression. In H. V. Hall (Ed.), *Lethal violence 2000* (pp. 311-338). Kamuela, HI: Pacific Institute for the Study of Conflict and Aggression.
- Frye v. U.S.*, 293 F. 1013 (D.C. Cir. 1923).
- Gardner, R. A. (1987). *The parent alienation syndrome and the differentiation between fabricated and genuine child sex abuse*. Cresskill, NJ: Creative Therapeutics.
- Grisso, T. (1986). Competency to stand trial. In T. Grisso. *Evaluating competencies* (pp. 62-112). New York: Plenum Press.
- Grisso, T., & Siegel, B. A. (1986). Assessment of competency to stand criminal trial. In W. J. Curran, A. L. McGarry, & S. A. Shan (Eds.), *Forensic psychiatry and psychology* (pp. 145-166). Philadelphia: Davis.
- Hall, H. V., & Pritchard, D. A. (1996). *Detecting malingering and deception*. Delray Beach FL: St. Lucie.
- Jackson v. Indiana*, 406 U.S. 715 (1972).
- Jenkins v. U.S.*, 307 F.2d 637 (D.C. Cir. 1962).
- McDonald, J. J., & Kulick, F. B. (Eds.). (1994). *Mental and emotional injuries in employment litigation*. Washington DC: Bureau of National Affairs.
- Menzies, R., Webster, C. D., McMain, S., Staley, S., & Seaglion, R. (1994). The dimensions of dangerousness revisited: Assessing forensic predictions about violence. *Law and Human Behavior*, 18, 1-28.
- Metton, O. (1987). Training in psychology and law. In I. B. Weiner & A. K. Hess (Eds.), *Handbook of forensic psychology* (pp. 681-698). New York: Wiley.
- Milan, A. M., & Evans, J. H. (1987). Intervention with incarcerated offenders. In I. B. Weiner & A. K. Hess (Eds.) *Handbook of forensic psychology* (pp. 557-601). New York: Wiley.
- Minnesota Multiphasic Personality Inventory—2. (1989) Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Miranda v. Arizona*, 384 U.S. 218 (1973).
- Mobley, M. J. (1987). Psychotherapy with criminal offenders. In I. B. Weiner & A. K. Hess (Eds.), *Handbook of forensic psychology* (pp. 602-629). New York: Wiley.
- Packer, I. K. (1987). Homicide and the insanity defense: A comparison of sane and insane murderers. *Behaviora Sciences and the Law*, 5, 25-35.
- Pezdek, K., & Banks, W. P. (1996). *The recovered memory /false memory debate*. San Diego, CA: Academic Press.

- Reiser, M., & Klyver, N. (1987). Consulting with police. In I. B. Weiner & A. K. Hess (Eds.), *Handbook of forensic psychology* (pp. 437-459). New York: Wiley.
- Reitan, R., & Wolfson, D. (1986). *Traumatic brain injury*. Tucson: Neuropsychology Press.
- Schopp, R. R., & Sturgis, B. J. (1995). Sexual predators and legal mental illness for civil commitment. *Behavioral Sciences and the Law*, 13, 437-458.
- Slovenko, R. (1987). Civil competency. In E. B. Weiner & A. K. Hess (Eds.), *Handbook of forensic psychology* (pp. 188-201). New York: Wiley.
- Tarasoff v. Regents of the University of California*, 17 Cal. 3d 425, S. Ct. Cal., 1976.
- Wells, G. L., & Loftus, E. F. (Eds.). (1984). *Eyewitness testimony*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wells, G. L., & Seelau, E. P. (1995). Eyewitness identification: Psychological research and legal policy on lineups. *Psychology, Public Policy and Law*, 1, 765-791.
- Williams, M. H. (1992). Exploitation and inference: Mapping the damage from therapist-patient sexual involvement. *American Psychologist*, 47, 412-421.
- Winick, B. J. (1995). The side effects of incompetency labeling and implications for mental health law. *Psychology, Public Policy and Law*, 1, 6-42.

LECTURAS ADICIONALES

- Brodsky, S. L. (1991). *Testifying in court: Guidelines and maxims for the expert witness*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Ceci, S. J. y Bruck, M. (1995). *Jeopardy in the courtroom: A scientific analysis of children's testimony*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Hill, H. V. y Pritchard, P. A. (1996). *Detecting malingering and deception*. Delray Beach, FL: St. Lucie Press.
- Weiner, I. B. y Hess, A. K. (Eds.). (1987). *Handbook of forensic psychology*. New York: Wiley.

GLOSARIO

Abogado del paciente: Persona nombrada por el gobierno quien puede dar consentimiento en lugar del sujeto o paciente. Véase *Sustituto*.

Abreacción: La expresión de emociones, que si se reprimen, conducen a síntomas neuróticos.

Abuso infantil: El abuso físico, sexual o negligencia hacia un menor de 18 años por el padre u otra persona responsable del bienestar del niño.

Acatisia: Sentimiento objetivo o subjetivo de inquietud o ansiedad motora inducido por medicación.

Acinesia: Disminución en los movimientos motores, rigidez o apatía inducida por la medicación (tradicionalmente por la neurolepsia).

Acoplamiento persona-ambiente: La adaptabilidad de la persona al medio y viceversa.

Aculturación: El proceso mediante el cual una persona se socializa en otra cultura, se adapta y aprende a involucrarse en una cultura nueva y diferente para él.

Adaptación a la cultura: Una serie de procedimientos donde las preferencias, necesidades, expectativas y conceptos pertenecientes a los trastornos mentales y a los problemas psicológicos se toman en cuenta al diseñar e implementar servicios de salud mental en una cultura donde no estaban disponibles.

Adenosin trifosfato (ATF): Molécula de energía vital para la célula que potencializa muchas de las reacciones bioquímicas en las células.

Administración del cuidado mental: Orientación de la atención de la salud diseñada para contener el costo del tratamiento.

Agotamiento: Pérdida de los sujetos de estudio, ya sea durante la fase activa de éste o durante el seguimiento.

Aleatorización: Método de asignación de sujetos a los grupos, de tal manera que las oportunidades de ser

asignado a un grupo específico son las mismas para todos.

Alfa: La probabilidad de cometer un error del tipo I.

Amalgamiento: Ocurre cuando los límites de una familia son confusos o poco claros, lo que restringe a menudo la autonomía.

Amnesia: Pérdida de la memoria por un periodo alrededor de un suceso. Puede ser causada por enfermedad mental, intoxicación por sustancias o por heridas en la cabeza.

Análisis factorial: Grupo de procedimientos estadísticos para resumir relaciones e identificar factores fundamentales que se toman en cuenta para la interrelación entre diversas variables.

Análisis funcional: Herramienta de evaluación conductual que sugiere que el antecedente de identificación clínica y las conductas consecuentes se relacionan con las conductas actuales.

Aparato de Golgi: Pequeños grupos de sacos aplanados enlazados a la membrana almacenados unos sobre otros, los cuales modifican, empaquetan y distribuyen los productos segregados por las células, así como distribuyen y reciclan sus membranas.

Apoyo decretado: La disponibilidad actual de apoyo y la concertación de acciones distintas a las que actualmente se llevan a cabo cuando se dé asistencia.

Asociación estadounidense de psicología (APA): La más grande organización profesional de psicólogo en Estados Unidos.

Autonomía: La norma ética establece que los individuos tienen el derecho de decidir lo que ocurrirá con ellos. Está basada en el código de Nuremberg y en la declaración de Helsinki. Autonomía implica la información y el libre consentimiento, que requiere la

- habilidad de respetar a los demás y el derecho de elegir libremente el propio curso de sus acciones.
- Autótrofo:** Organismo que es capaz de sintetizar todo lo que las moléculas orgánicas necesitan para sobrevivir, desde sustancias inorgánicas y alguna forma de energía como la luz solar.
- Axón y terminal:** La transmisión neurofilamentosa de las neuronas. Los impulsos electroquímicos llamados potencial de acción viajan por el axón, lo que resulta en la liberación de neurotransmisores en el área terminal, donde son guardados en unos pequeños paquetes llamados vesículas. Las terminales del axón son pequeñas hinchazones algunas veces referidas como *botones*, del francés "bouton". El término es sinónimo de la membrana presináptica.
- Beneficencia:** Principio ético que requiere la prevención de daño, la remoción de éste y la provisión de beneficios.
- Beta:** La probabilidad de cometer un error del tipo II.
- Biomoléculas:** Moléculas que constituyen material vivo. Principalmente proteínas, carbohidratos, lípidos y ácidos nucleicos.
- Calificaciones equivalentes a la edad:** Evaluaciones que representan el desempeño promedio de un niño en una edad en particular en un ejemplo normativo.
- Calificaciones equivalentes al grado escolar:** Representa el desempeño promedio de un niño en un nivel escolar en particular en un grupo de referencia.
- Cambio social planificado:** Cambio social intencional o inducido planeado en previsión de cualquier problema.
- Capacidad disminuida:** En la ley estatal, se aplica a los estados psicológicos que pueden reducir el nivel del homicidio. En la ley federal, un estado psicológico que contribuye al delito y puede ser base para el juicio al sentenciar al demandado con una pena menor a la establecida en las normas federales.
- Castigo negativo:** El retiro del estímulo después de la ocurrencia de una conducta que resulta en la probabilidad futura disminuida de esa conducta (por ejemplo, tiempo fuera).
- Castigo positivo:** La suma de un estímulo o consecuencia después de la ocurrencia de una conducta que inhibirá la probabilidad de ésta (por ejemplo, regaño).
- Centrosomas:** Organelos que desempeñan un importante papel en la distribución de los cromosomas durante la división celular.
- Certificación/descertificación (renuncia):** Proceso por el cual un delincuente menor de 18 años es transferido de una corte para adultos a una para jóvenes y viceversa.
- Choque cultural:** Es una reacción psicológica compuesta de aflicción e indefensión que se ha encontrado que ocurre entre emigrantes, viajeros y visitantes que se ponen en contacto o profundizan en una cultura nueva y diferente.
- Científico/psicólogo:** Modelo de educación y capacitación para los psicólogos clínicos establecido en la conferencia Boulder en 1949. Los participantes recomendaron que los psicólogos clínicos recibieran su doctorado después de ser capacitados en psicología general así como en actividades clínicas con un internado de predoctorado. Los graduados en psicología aprendieron a ser científicos, capaces de conducir una investigación independiente, además de ser hábiles psicólogos para los niveles de evaluación y tratamientos psicológicos. Este modelo se sigue todavía en la mayor parte de los programas de graduados en clínica basados en la universidad, dentro de colegios de artes y ciencias, en contraste con los programas profesionales que ofrecen doctorados en psicología y enfatizan la capacitación para la práctica.
- Citoesqueleto:** Hilos, fibras y túbulos de proteína microscópicamente delgados que ayudan a la célula a mantener su forma, a sujetar sus organelos, a dirigir el flujo del tráfico químico interno y, en algunos casos, a la motilidad.
- Citoplasma:** Todo el protoplasma de la célula excepto el núcleo; la materia viviente de una célula entre la membrana exterior y el núcleo.
- Clubes psicosociales o casas club:** Organizaciones comunitarias diseñadas para mejorar la calidad de la vida cotidiana de sus miembros, quienes tradicionalmente son enfermos mentales no institucionalizados.
- Código de Nuremberg:** El primer código ético que rige la manera en que deben ser tratados los temas en los experimentos, enfatizando la autonomía del individuo. Esto ha sido seguido por la Declaración de Helsinki.
- Coefficiente alfa:** Un índice de confiabilidad basado en la consistencia interna de la escala de reactivos.
- Colaboración:** El proceso donde se establecen las metas y resultados del tratamiento siendo esto satisfactorio para el paciente. El terapeuta es el que está a cargo de la colaboración.

***Colectivismo:** "Se refiere a sociedades en las que las personas se integran desde su nacimiento a grupos cohesivos fuertes que continúan protegiéndolas a lo largo de su vida a cambio de una incuestionable lealtad" (Hofstede, 1991, p. 51).

Competencia civil: La capacidad de manejar su propia persona y/o propiedad.

Competencia criminal: Determinación de si un defendido entiende la naturaleza y objeto de los procedimientos en su contra y puede ayudar al abogado en su defensa.

Compuestos orgánicos: Moléculas que contienen átomos de carbono.

Condicionamiento clásico: Aprendizaje por asociación en el cual la probabilidad de respuesta a un estímulo condicionado se incrementa, como resultado del apareamiento de ese estímulo con un estímulo incondicionado.

Conducta adaptativa: La independencia personal y la responsabilidad social exhibida, por la relativa particularidad de las normas de su grupo de edad apropiado.

Conducta no verbal: Formas de comunicación humana sutiles expresada en gestos, lenguaje corporal, tono de voz y expresión facial.

Confiabilidad: Consistencia en la medición.

Confiabilidad de forma alternada: El grado en que dos formas diferentes de la misma prueba obtienen resultados similares.

Confiabilidad test-retest: Forma de confiabilidad en que la misma prueba es aplicada dos veces al mismo grupo de sujetos para determinar la estabilidad de las calificaciones.

Confidencialidad: Regla ética de mantener en privado la divulgación.

Confinamiento civil: Procedimiento bajo el derecho civil por el cual un individuo puede ser hospitalizado voluntaria o involuntariamente. La hospitalización involuntaria requiere que la persona sufra de una enfermedad mental, que sea un peligro para los demás o para sí mismo o incapaz de cuidarse sola.

Conformidad: Seguimiento de las recomendaciones del tratamiento por parte del terapeuta manteniendo un mutuo acuerdo de los compromisos de terapia. Este término se usa a menudo en forma indistinta con *adherencia* e incluye (entre otros) atención tera-

péutica, la toma de medicamentos prescritos y la complementación de las tareas asignadas.

Consentimiento informado: 1. Doctrina ética que incluye los derechos del paciente de aceptar o rechazar los servicios profesionales, y la obligación de los profesionales de proveer información adecuada y relevante al paciente a fin de que ejercite sus derechos. 2. El principio por el cual los pacientes están total y ampliamente informados de la naturaleza y propósitos de la entrevista clínica y dan su aprobación (usualmente por escrito) para proceder. 3. Regla ética donde a la gente se le debe hablar exactamente de la naturaleza del estudio y lo que se requerirá de ella antes de que se les pueda pedir participar en la investigación. Véase también *Libre consentimiento*.

Contratransferencia: El despliegue de diversos pensamientos, sentimientos, actitudes y emociones hacia el paciente por parte del terapeuta.

Controles históricos: Consiste en un grupo de control de gente que fue diagnosticada o tratada en algún momento del pasado.

Conveniencia social: La tendencia de los examinados a responder los reactivos de las pruebas de una manera socialmente conveniente o responder un cuestionario o una entrevista a fin de presentarse de la mejor forma posible.

Corea: Trastorno motor caracterizado por movimientos irregulares involuntarios, similares al baile, de varios grupos musculares.

Cuasiexperimento: Estudios que no usan el azar en la asignación de sujetos a los grupos.

***Cultura:** Además de la definición de Herkovits (1949) que aparece en el capítulo 15, la cultura está representada "primero, como una combinación de productos sociales y materiales de la humanidad; segundo, ya se encontraba ahí cuando el individuo llegó al mundo y, tercero, es más de lo que está en las mentes de los individuos" (Moghaddam *et.al.*, 1993 p. 2).

***Cultura subjetiva:** Totalidad de maneras características de observar la parte humana del medio ambiente que prevalece o que se comparte ampliamente entre los miembros de esa cultura. La cultura subjetiva incluye las ideas, explicaciones y las normas políticas, religiosas, científicas, estéticas, económicas y

*Véase referencias en el capítulo 15.

*Véase referencias en el capítulo 15.

- sociales para juzgar los sucesos en el medio ambiente (Triandis, 1994).
- Custodia física:** Arreglo específico, resultante de un litigio de custodia, de tiempo pasado con cada padre.
- Custodia legal:** Determinación resultante de un litigio de custodia si uno de los padres tiene poderes de toma de decisiones, independientemente de la educación, la religión y la atención médica.
- Cruzar el límite:** Conductas que no son características de una relación profesional.
- Declaración de Helsinki:** Serie de normas éticas, que siguen el código de Nuremberg, detallando los derechos de los sujetos en experimentos humanos.
- Demandado:** En la ley civil, el individuo o grupo contra el cual el demandante finca la demanda; en la ley penal, un individuo acusado de un delito.
- Demandante:** Individuo que hace una demanda o peticiones a la corte.
- Dendritas:** Neurofilamentos receptivos de las neuronas, que contienen receptores donde se enlazan los neurotransmisores; también conocidos como *membrana posináptica*.
- Desinstitucionalización:** El proceso de mudanza de quienes padecen trastornos mentales de las instituciones y hospitales a la comunidad.
- Desunión:** Ocurre cuando la inflexibilidad de los límites familiares dan mucha independencia y no suficiente apoyo.
- Diagnóstico clínico:** Evaluación de un individuo en términos de las categorías y conceptos de la cuarta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV).
- Dilema ético:** Situación en que más de dos cursos de acción pueden ser justificados por los principios éticos.
- Dinamismo confuciano:** Característica cultural basada en los preceptos del filósofo chino Confucio. Enfatiza la aceptación de los padres y otra autoridad legítima; promueve la perseverancia, el esfuerzo y el ahorro, y afirma el carácter tipo familiar de la organización económica, social y política. Pensamiento explícitamente basado en los valores chinos; el dinamismo confuciano ha encontrado ser aplicable y comparable a través de otras culturas.
- Diplomado:** Quien ha pasado una prueba oral o escrita de alguna especialidad. Esto informa al público el nivel de competencia en su especialidad.
- Discinesia tardía (DT):** Movimientos involuntarios asociados con terapia neuroléptica crónica. Se caracteriza por chupar o morder los labios, movimientos coreótidados de la lengua y movimientos laterales de la mandíbula.
- Diseño A-B-A:** Véase *diseño inverso*.
- Diseño individual:** Diseño de investigación aplicada que determina las fuentes de variabilidad en el individuo.
- Diseño inverso:** Estudios en que el tratamiento alternativamente se le da y se quita al paciente para determinar el efecto sobre alguna conducta. También llamado *diseño A-B-A*.
- Diseño pre-text/post-text:** Es un diseño cuasi experimental en que la gente es evaluada antes y después de cada intervención. También llamado *estudio de pre-test/post-test grupo único*.
- Distancia social:** El grado en que una persona es reuente a establecer contacto social e interactuar con otra persona, a menudo de diferentes antecedentes étnicos o sociales, en una forma igualitaria, mutua, intensiva y afectiva.
- Distonía:** Una contracción de los músculos inducida por medicación (tradicionalmente cabeza, cuello, mandíbulas o extremidades), la cual puede ser breve o prolongada.
- Droga psicotrópica:** Droga que actúa en el cerebro causando cambios en el estado de ánimo o en la conducta.
- Educación en la salud mental:** En este tipo de educación, la gente adquiere conocimiento, habilidades y actitudes que contribuyen directamente a su salud mental y sus efectos sobre la salud mental de otros.
- Efectividad:** Intervención que funcionará en los pacientes, y procedimientos que se encuentran en la práctica real. Véase *Eficacia*.
- Efectos colaterales extrapiramidales (EPS):** Estos efectos se inician comúnmente después del comienzo de la terapia neuroléptica. Los ejemplos incluyen la distonía, la acatisia y el pseudo-parkinsonismo.
- Efecto Hawthorne:** El cambio en la conducta o en el desempeño de los sujetos del estudio debido simplemente al hecho de que saben que están en un estudio, y no a causa de la misma intervención.
- Eficacia:** Intervención que puede trabajar bajo circunstancias ideales. Véase *Efectividad*.
- Ego individualista:** También llamado ego referencial; el ego prevaleciente en la cultura occidental que se concibe como "el centro de conciencia, emoción, juicio y acción" (Landrine, 1992, p. 403).

Ego sociocéntrico: También conocido como *yo indicativo*. El ego que prevalece en las culturas colectivas. Semejante ego "incluye a otras personas y partes del mundo natural y sobrenatural" (Landrine, 1992, p. 407), "no es una entidad separada que pueda ser referida a o reflejada en aislamiento" (Landrine, 1992, p. 406), y "se manifiesta principalmente en patrones de roles sociales" (Draguns, 1995, p. 93).

Electroencefalografía (EEG): Método que utiliza electrodos en el cuero cabelludo para medir la actividad eléctrica general del cerebro. El encefalógrafo es el instrumento que produce los trazos gráficos del cerebro; éste es el electroencefalograma.

Emic: Método que enfatiza el carácter único de cada fenómeno y la característica de una cultura, y promueve su estudio sobre la base de los conceptos de ella misma.

Empatía: El proceso mediante el cual los pensamientos, sentimientos y emociones de una persona son entendidos desde el punto de vista de otra persona, se experimentan sobre el plano afectivo y después se comunican a la misma persona.

Enajenación de la escuela: Sentimiento de falta de pertenencia a la escuela por parte del estudiante.

Engaño: Mentir a propósito a los sujetos de una investigación acerca de la naturaleza o razón del estudio.

Ensayo controlado al azar: Véase *Experimento real*.

Entrevista: Intercambio verbal cara a cara en que el entrevistador intenta obtener información de las expresiones y opiniones, como parte de la evaluación del paciente.

Entrevista estructurada: Una entrevista guiada por un marco específico con temas y subtemas.

Epidemiología: Técnica que examina la ocurrencia y distribución de las condiciones de salud en la población.

Error estándar de medición: Referente al componente del error de medición encontrado en el resultado obtenido del niño. Reflejado por el uso de un intervalo de confianza alrededor del resultado obtenido a fin de estimar el margen de los resultados en que cae el verdadero resultado del niño.

Error tipo I: Conclusión errónea de que los resultados estadísticamente importantes se debían a la relación real entre variables o diferencias entre grupos, cuando de hecho era causado por un simple error de la muestra. También llamado *error tipo alfa*.

do de hecho era causado por un simple error de la muestra. También llamado *error tipo alfa*.

Error tipo II: Conclusión errónea de que no ha habido diferencia entre los grupos o relación entre variables, cuando de hecho había una. También llamado *error tipo beta*.

Escala de estimación conductual: Esta escala se usa para calificar la conducta directamente (es decir, presente vs. ausente) o a lo largo de una dimensión (es decir, nunca, ocasionalmente, poco frecuente, todo el tiempo).

Estado estable: Nivel de droga deseado en la sangre, que es alcanzado cuando la concentración total de la droga en los restos del plasma de la sangre no cambian.

Estereotipo: Conjunto de creencias acerca de un tipo de personas que dan una insuficiente atención a las diferencias individuales entre los miembros de un grupo (Brislin, 1993).

Estímulo condicionado: Un estímulo que provoca una respuesta cuando es apareado con un estímulo incondicionado.

Estímulo incondicionado: Estímulo que provoca automáticamente una respuesta incondicionada.

Estudio de cohorte: Véase *estudio de grupo de control no equivalente*.

Estudio de grupo de control no equivalente: Diseño cuasi experimental en que el grupo de control puede diferir del grupo experimental en una o más variables claves. *Ejemplo:* pacientes en terapia son comparados con gente con similar trastorno, pero que no han buscado terapia. También llamado *estudio de cohorte*.

Estudio de línea base múltiple: Diseño cuasi experimental en el cual un número de conductas distintas son medidas y el tratamiento apunta sólo a una de ellas.

Estudio de grupo único pre-test/post-test de un grupo: Véase *diseño pre-test/post-test*.

ETIC: Orientación que enfatiza la universalidad de los fenómenos psicológicos y sociales, y estimula su investigación y comparación a través de dos o más culturas.

Ética en el cuidado: Una orientación a la ética profesional que se basa en las características internas de la relación profesional, más que en la imposición de principios externos o abstractos.

*Véase referencias en el capítulo 15.

*Véase referencias en el capítulo 15.

Ética profesional: Reglas de la correcta conducta profesional.

Eucariote: Es una célula que tiene un núcleo enlazado a una membrana y unos organelos enlazados a ésta.

Eugenesia: La crianza selectiva de los seres humanos para la mejora de la especie.

Evaluación: Apreciación de las características, fortalezas y debilidades de una persona como una base para la toma de una decisión informada.

Evaluación conductual: Es una variedad de enfoques encaminados a la evaluación de la conducta para inferir rasgos o causas de la conducta.

Examen del estado mental: Entrevista semiestructurada diseñada para evaluar el funcionamiento intelectual y emocional actual del paciente.

Experimento real: Diseño de investigación en que los sujetos son colocados por el investigador ya sea en las condiciones experimentales o de control. También llamado *ensayo controlado al azar* (ECA).

Exposición: El enfrentamiento gradual con los estímulos temidos y los sucesos que llevan al cambio. Es un proceso crucial en la mayor parte de las terapias.

Factores (terapéuticos) comunes: Las variables universales que han sido unidas para cambiar la mayor parte de los sistemas psicoterapéuticos.

Familia de origen: La familia donde uno ha crecido.

Familia mezclada: Unidad familiar que contiene niños de diferentes padres biológicos que viven juntos, que son hermanastros y donde uno de los padres se casó con un adulto no relacionado con todos los niños.

Farmacocinética: Efecto del cuerpo en una droga. Incluye cuatro factores básicos: absorción, distribución, transformación y excreción.

Farmacodinámica: El efecto de la droga en el organismo (tanto deseable como indeseable).

Fidelidad: Regla ética de mantener una promesa.

Fijación social: El número o calidad de conexiones que tiene un individuo de importancia para los demás quien puede ofrecer ayuda.

Forense: Tiene que ver con cuestiones legales.

Grupos de apoyo, grupos de autoayuda o grupos de ayuda mutua: Grupos que incluyen individuos similares quienes juntos proveen asistencia y soporte emocional para los demás.

Habilitación: El proceso de incrementar la posibilidad de que la gente pueda controlar más activamente sus propias vidas.

Heterótrofo: Organismo que no puede sintetizar todos los compuestos orgánicos que necesitan, de modo

que debe alimentarse con materia orgánica que encuentra en el ambiente externo.

Histeria: Derivado de la palabra griega útero, la histeria fue pensada originalmente como un malestar de la mujer. Especialmente a finales del siglo XIX, los doctores estaban intrigados con un sinnúmero de síntomas que se consideraba que constituían la histeria, incluyendo ataques y parálisis. Otra clase de síntomas de la aflicción física específica, como los dolores de cabeza y sentimientos de entumecimiento, a una aflicción más generalizada, como la depresión o la fatiga extrema. Uno de los principales estudios iniciales de Freud fue intitulado *Estudios sobre la histeria*.

Historia natural: El curso más usual del trastorno, en ausencia de cualquier intervención, desde su comienzo hasta su remisión o muerte.

Imagen de resonancia magnética (IRM): Método para obtener imágenes de alta resolución y detalladas de todos los órganos, especialmente el cerebro, que emplea poderosos impulsos magnéticos analizados por computadora produciendo una imagen final.

Imperialismo ético: Imposición de los estándares éticos occidentales en grupos y culturas que tienen diferentes costumbres y creencias.

Inconsciente: Uno de los tres niveles de conciencia de Freud que se refiere a los deseos, fantasías, emociones e ideas que inspiran a la conducta, pero que ocurre fuera de la percepción de la persona.

Individualismo: "Pertenece a la sociedad en que los lazos entre los individuos se han perdido; todos están esperando analizarlos a él o ella y a su familia inmediata" (Hofstede, 1991, p. 51).

Inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS): Antidepresivos como la fluoxetina (Prozac) o la sertralina (Zoloft) que muestran especificidad en la inhibición en la recaptura de 5-hidroxitriptamina en las plaquetas o en el tejido del cerebro.

Integración de la psicoterapia: Un método relativamente nuevo de psicoterapia que consiste en cruzar los límites de sistemas terapéuticos separados, a fin de combinar los ingredientes más efectivos de cada uno para una terapia más poderosa.

Integración social: Involucramiento de las personas en instituciones formales de la comunidad (como organizaciones de trabajo), así como su participación en la vida social informal de la comunidad.

*Véase referencias en el capítulo 15.

Intrapsíquico: La interacción de fuerzas (a menudo en conflicto) en la mente de una persona.

Juicio actuarial: El tipo de juicio en que una fórmula empíricamente derivada se usa para predecir o diagnosticar la conducta.

Juicio clínico: El tipo de juicio en que el psicólogo clínico procesa información en su cabeza para diagnosticar o predecir la conducta.

Justicia: El principio ético de imparcialidad, lo que incluye tratar de la misma manera a los iguales.

Lesión personal: Término general que cubre casos en los cuales un demandante reclama daños físicos y/o psicológicos.

Libre consentimiento: Norma ética de que no debe coartarse a las personas, pública o secretamente, al participar en un estudio. Véase también *Consentimiento informado*.

Límites: Los parámetros o límites de una relación profesional. El concepto de límites ayuda a definir las conductas que son o no apropiadas en una relación determinada.

Lineamientos éticos: Pautas establecidas por una organización profesional independientemente de que constituyan arreglos y procedimientos apropiados.

Líquido cefalorraquídeo (LCR): Fluido que circula a través y alrededor del cerebro y la espina dorsal.

Lisosomas: Bolsas membranosas de enzimas destructivas que rompen las moléculas grandes hasta hacerlas más pequeñas.

Locura: El criterio varía por la jurisdicción. El defendido si es encontrado demente, no es criminalmente responsable del crimen y es recluido en un hospital mental en lugar del sistema de prisiones.

Manejo asertivo del caso: También conocida como manejo intensivo del caso o tratamiento asertivo comunitario: TAC Manejo del caso donde la cobertura de éste es lo suficientemente pequeña como para que quien lo lleva pueda proporcionar apoyo intensivo a los pacientes.

Manual o diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, cuarta edición (DSM-IV): Un manual preparado por la Asociación estadounidense de psiquiatría juntamente con otros grupos, en donde se listan los criterios de las diferentes enfermedades mentales.

Medicina conductual: La aplicación de la ciencia de la conducta para prevenir, diagnosticar y tratar enfermos y enfermedades.

Mejores intereses del niño: La norma actual por la que la corte determina un arreglo de custodia para el niño.

Meta-análisis: Una forma sistemática de combinar los resultados de muchos estudios para llegar a una estimación general de efectividad de una intervención.

Método proyectivo: Método de evaluación en que el examinado encuentra estímulos vagos, ambiguos y se le pide que proporcione una respuesta.

Mielina: Sustancia grasa que envuelve los axones de muchas de las neuronas, y por medio de eso las aísla permitiéndoles transmitir los impulsos más rápido que las fibras sin mielina.

Mitocondria: Organelos que tienen su lugar principal en la producción de ATF y pueden ser considerados como las plantas de poder de la célula.

Modelo de enfermedad diátesis-estrés: Una *diátesis* es una predisposición constitucional, genéticamente basada, hacia una enfermedad o trastorno en particular. *Estrés*, en este contexto, se refiere a cualquier factor o circunstancia ambiental que pueda tener un impacto negativo en uno, disparando así la enfermedad.

Muestra de estandarización: Un grupo grande de sujetos representativos de una población a la que se dirige una prueba.

Negligencia psicológica: Práctica que falla para entender la pauta ética y/o las reglas de un cuidado razonable en la profesión.

Neurofilamentos: Estructuras como hebras que son características especiales de las neuronas que les permite recibir y transmitir mensajes químicos, esto es, dendritas y axones.

Neuroglia: Literalmente, "pegamento del nervio". Células neuronales que respaldan la transmisión de neuronas tanto física como nutricionalmente. Hay dos tipos principales: (1) astrocitos, que son células relativamente largas en forma de estrella, que conectan las neuronas con el flujo de sangre del cerebro y también las fija en su lugar, y (2) oligodendroglia, la cual funciona principalmente para encajonar los axones en vainas aislantes llamadas *mielinas*, las cuales incrementan la rapidez con la que pueden conducir los impulsos.

Neuroléptico: Se refiere a los efectos de las drogas psicoactivas en el sistema nervioso. A menudo se refieren a drogas antipsicóticas que producen efectos colaterales que parecen trastornos neurológicos.

Neurona: Célula nerviosa que recibe, integra y transmite señales electroquímicas. Las unidades funcionales del sistema nervioso.

Neuropéptido: Pequeña proteína neurotransmisora, como la beta endorfina.

Neuropsicología: El estudio de la relación entre la función del cerebro y la conducta.

Neuro transmisor: Mensajero químico que es liberado por una neurona para excitar o inhibir a las neuronas adyacentes.

No malevolencia: Principio ético que prohíbe la inflicción de daño.

Norma de la persona razonable: Regla de consentimiento informado que requiere que los profesionales proporcionen el nivel de información a los pacientes, que desearía conocer un paciente razonable en circunstancias similares.

Normas de la práctica profesional: Reglas conscientemente entendidas que requieren los profesionales para proveer un nivel de información a los pacientes que proporcionan otros profesionales en la comunidad.

Normas para la atención: Consenso entre profesionales independientemente de las prácticas éticas y de procedimientos en la especialidad.

Núcleo: Organelo citoplasmático que usualmente ocupa la porción central de la célula. El núcleo guarda, duplica, transfiere y transcribe la información genética.

Nucleolos: Pequeños organelos esféricos encontrados dentro del núcleo de la célula que sintetiza el ARN ribosómico y ensambla subunidades de ribosoma.

Ofrecimiento de pruebas: Regla que requiere que el abogado notifique a la corte el asunto legal que será abordado por el testigo experto.

Organelo: Un cuerpo discreto, formado en el citoplasma de la célula; literalmente, "órgano pequeño".

Paternalismo: La anulación de la autonomía de una persona por razones benéficas.

Perspectiva ecológica: La perspectiva que reconoce la existencia de la transacción entre la gente y el medio. Los individuos influyen en el medio en el que se encuentran y viceversa.

Placebo: Una intervención que se supone que no tiene ningún efecto terapéutico.

Poder: La habilidad de una prueba estadística para detectar una diferencia importante entre grupos o las relaciones entre sus variables, cuando de hecho existen. Definido como (1-beta).

Polarización: El estado de tener cualidades o poderes opuestos. La diferencia en carga electroquímica que se desarrolla entre la parte externa e interna de la membrana neuronal de modo que el interior está cargado negativamente en relación al exterior.

Política de la ciencia: Ciencia de hacer hallazgos desde la ciencia disponible y relevante a la política gubernamental, comunitaria y organizacional (por ejemplo, pública).

Política pública: Política a nivel comunitario o gubernamental que influye sobre dónde son asignados los recursos a fin de mejorar la calidad de vida.

Potenciación: La suma de una segunda droga para aumentar o estimular los efectos de la droga original (por ejemplo, agregar litio para potencializar los efectos antidepresivos de un inhibidor selectivo de la receptora de serotonina (ISRS)).

Potencial de acción: La reacción en cadena de sucesos que implica la pérdida temporal o la polarización inversa de un segmento del axón por un instante, iniciando la misma secuencia de repetición de los eventos en la porción adyacente del axón, lo que resulta en la liberación de neurotransmisores desde el nervio terminal.

Potencial de excitación posináptico (PEPS): Estímulo de despolarización que incrementa la probabilidad de que la neurona receptora se "dispare" o inicie un potencial de acción.

Potencial posináptico inhibitor (PPI): Estímulo que disminuye la probabilidad de disparo de la neurona, usualmente por la hiperpolarización de la célula.

Prevención primaria: Prevención que intenta anticipar un problema o que ocurra totalmente. La prevención primaria se refiere esencialmente a actividades que pueden promoverse en una población saludable para mantener o incrementar su salud.

Prevención secundaria: Cuando un trastorno como la depresión u otro problema ya existe y es aliviado lo más pronto posible.

Privilegio abogado-cliente: Una regla de ley que indica que lo que un cliente dice a su abogado es privilegiado, confidencial y no puede ser revelado.

Privilegio paciente-terapeuta: La información dada por el paciente al terapeuta no puede ser divulgada por éste sin el consentimiento de aquél. Hay algunas excepciones del privilegio definido por ley.

Problema de la gaveta del archivero: Por que hay muchos prejuicios respecto a sólo publicar estudios que muestran una importancia estadística, muchos

estudios con resultados nulos pueden ser "enterrados" en archivos, lo cual puede afectar los resultados de cualquier meta-análisis.

Procariote: Célula faltante de un núcleo enlazado a la membrana o de organelos enlazados a la membrana.

Proceso legal establecido: Proceso generado por la Constitución (en EE.UU.) que asegura que todo individuo tiene derechos bajo la ley y acceso a los procedimientos para obtener estos derechos.

Programas de entrevista estructurada: Entrevista que consiste de preguntas precisas y reglas a seguir, registrándolas como una ayuda para el diagnóstico clínico.

Protoplasma: Mezcla complejamente enriquecida de agua y sustancias orgánicas dentro de una célula que realiza las reacciones bioquímicas incontables, finalmente coordinadas e integradas que hacen surgir y mantienen la vida.

Prueba: Procedimiento estandarizado para mostrar una conducta y describirla en sus categorías o calificaciones.

Prueba con referencia a las normas: Una prueba en que el desempeño de cada examinado es interpretado en referencia a un ejemplo relevante de estandarización.

Prueba con referencia al criterio: Una prueba en que el objetivo es determinar dónde se situarán los examinados con respecto a unos objetivos educativos claramente definidos.

Prueba de aptitudes: Es una prueba diseñada para medir habilidades específicas o generales (inteligencia).

Prueba de logro: Una prueba diseñada para medir el grado de aprendizaje anterior de un tema.

Psicoanálisis: Sistema teórico y terapéutico que está construido en los fundamentos y trabajos del doctor Sigmund Freud. La terapia en este marco se enfoca en la comprensión y aceptación de las motivaciones inconscientes, temores y conflictos del paciente.

Psicodinámica: Teoría de la interacción de las fuerzas de un individuo, siendo la base para la comprensión de las motivaciones de la persona.

Psicodrama: Técnica de terapia grupal en que los participantes actúan un papel de sus propias vidas o las de los demás, para adquirir nuevos niveles de auto-comprensión.

Psicología clínica: Campo que integra ciencia, teoría y práctica, para entender, predecir y aliviar el desajuste, invalidez y disconformidad, así como para pro-

mover la adaptación humana, el ajuste y el desarrollo personal. La psicología clínica se centra en los aspectos intelectuales, emocionales, biológicos, psicológicos, sociales y de conducta del ser humano funcionando por vida, en diversas culturas y en todos los niveles socioeconómicos.

Psicología comunitaria: Rama de la psicología enfocada a los problemas sociales, a las instituciones sociales y a otros escenarios que influyen a grupos y organizaciones, así como a los individuos. La primera meta de la psicología comunitaria es la de optimizar el bienestar de la comunidades y sus ciudadanos con intervenciones alternativas e innovadoras.

Psicología de la salud: Área de la psicología que estudia cómo los factores psicológicos influyen sobre la salud, la enfermedad y las conductas relacionadas con la primera. Pone énfasis en la prevención de conductas que exacerban y/o contribuyen a una mala salud.

Psicología pediátrica: Campo de investigación y práctica concerniente a una gran variedad de temas de la relación entre el bienestar físico y psicológico de los niños.

Psicoterapia: El arte o ciencia del tratamiento de problemas psicológicos, conductuales y emocionales por un profesional capacitado y objetivo.

Psicoterapia vivencial: Sistema que se enfoca inmediatamente en el estado emocional y físico del paciente siendo el ingrediente crítico para el cambio.

Psicoterapia humanística: Término colectivo donde se describen estas terapias (vivencial, existencial Gestalt y centrada en el cliente); ese énfasis tiene como meta el incremento del potencial de la persona

Psicoterapias mediante manuales: Un método empíricamente impulsado a la psicoterapia, en el cual el terapeuta es dirigido específicamente por métodos y conceptos predeterminados y probados.

Rangos percentilares: El porcentaje de la muestra de comparación que el desempeño del niño ha superado

Receptor: Molécula, usualmente una proteína que esta presente en la superficie de una célula y es el sitio inicial de acción del agente biológicamente activo.

Redes: Confederaciones de organizaciones que tienen intereses en común como compartir la información y los recursos entre ellas.

Reformulación: Técnica terapéutica universal crucial para la terapia breve. Por lo general, el terapeuta induce cambios en la perspectiva, los cuales a menudo conducen a los pacientes a cambios correspondien-

- tes en actitud y conducta. Se observa especialmente para intenciones positivas detrás de la conducta problemática, la función positiva de los síntomas, o de sus consecuencias no intencionales positivas.
- Reforzamiento negativo:** La ocurrencia de una conducta asociada al retiro de estímulos, como en el escape y el aprendizaje de evitación.
- Reforzamiento positivo:** La ocurrencia de una conducta es seguida de un estímulo que resultará en la probabilidad creciente de la ocurrencia futura de esa conducta (por ejemplo, alabar a un niño por ser bueno).
- Reincidencia:** 1. Recaída o necesidad de regresar a la institución o a alguna forma de cuidado intensivo o tratamiento de algún trastorno en particular. 2. La frecuente repetición de una conducta (a menudo aplicable a la conducta criminal).
- Relación:** Mutua influencia entre dos o más personas. En psicoterapia, la relación terapéutica a menudo se considera la fuerza impulsora que hay detrás del progreso.
- Relación fiduciaria:** Relación caracterizada por la confianza; el paciente necesita confiar en un profesionalista sobre las bases del conocimiento de éste.
- Resistencia al tratamiento:** En psicoterapia, cualquier factor que evite o retarde el progreso terapéutico.
- Respaldo social:** Intercambio de recursos percibidos entre dos individuos por el proveedor o el destinatario para intentar aumentar el bienestar de éste.
- Respaldo social percibido:** El concepto de respaldo social en que un individuo se siente confiablemente conectado con los demás.
- Respuesta al dolor:** Sensación incómoda, malestar físico y/o sufrimiento que ocurre en varios grados de intensidad.
- Respuesta condicionada:** La respuesta a un estímulo condicionado es causada por el apareamiento de éste con el estímulo incondicionado.
- Respuesta incondicionada:** La respuesta producida por un estímulo incondicionado.
- Retículo endoplasmático:** Red de interconexiones de sacos, tubos, y canales en el citoplasma de la célula, que entraña la síntesis de varias biomoléculas y algún proceso de desintoxicación.
- Retraso mental:** Inteligencia general significativamente por debajo del promedio (CI por debajo de 70 a 75) en combinación con déficits en la conducta adaptativa y que comienza antes de los 18 años de edad.
- Ribosomas:** Organelo en que los aminoácidos son ensamblados en las proteínas.
- Sentido de comunidad:** Sentimiento acerca de la relación que sostiene un individuo con la comunidad. Incluye específicamente similitud con los demás en la comunidad, buena voluntad para reconocer y mantener la interdependencia con los demás, y el sentimiento de que uno es parte de una larga dependencia y de un todo estable.
- Series de tiempo interrumpidas:** Diseño cuasi experimental en que hay numerosas medidas de la variable dependiente sobre el tiempo, tanto antes y después de la intervención.
- Sesgo:** Cualquier factor, distinto a la intervención, que podría afectar los resultados del estudio actuando más en un grupo que en otro, por ejemplo, si se asignan pacientes más perturbados al grupo de tratamiento que al grupo placebo.
- Seudoparkinsonismo:** Rigidez muscular inducida por medicamento, disminución o falta de expresión facial, o retardamiento de movimientos voluntarios.
- Simulación:** Engaño o falsificación, usualmente de enfermedad mental cuando no hay ninguna, pero también se puede aplicar a negar problemas que de hecho existen.
- Sinapsis:** La unión de las membranas que transmiten y reciben las neuronas. Usualmente hueco físico a través del cual los neurotransmisores se difunden cuando son liberados.
- Síndrome de falsa memoria:** Término aplicado al "recuerdo" de acontecimientos que nunca sucedieron. Usualmente aplicado a la "recuperación de memoria" del abuso sexual infantil.
- Síndrome neuroléptico maligno (SNM):** Trastorno agudo de la termorregulación y control neuromotor asociado con la terapia neuroléptica. Los síntomas más frecuentes incluyen fiebre, rigidez muscular, cambios autónomos, y alteración de la conciencia.
- Síndromes vinculados con la cultura:** Grupos o modelos de síntomas psiquiátricos que se ha encontrado que ocurren exclusiva o predominantemente dentro de un grupo cultural o étnico, en una zona geográfica delimitada, o en una región específica del mundo.
- Soma:** El cuerpo de la célula que contiene el núcleo y muchos otros organelos citoplasmáticos y da punto de origen a los neurofilamentos, dendritas y axones.
- Sustitución:** Uso de una variable (por ejemplo, reportes personales de la conducta del fumador) como sustituta de otra variable (conducta real del fumador)

porque la segunda es muy difícil o intrusivo medirla directamente.

Sustituto: Persona que puede dar consentimiento en lugar del sujeto cuando éste es incapaz de dar el consentimiento por sí mismo; usualmente un miembro de la familia. Véase también *Abogado del paciente*.

Tamaño del efecto: La magnitud de la diferencia en los resultados, entre los grupos experimentales y de control, expresada en unidades de desviación estándar.

Tarea: Obligaciones diseñadas para facilitar el progreso entre sesiones. Considerado ampliamente, desarrolla habilidades o perturba el sistema en que el paciente funciona y en el que se supone que están "atorados".

Técnicas de relajación: Métodos de tratamiento que incluyen la regulación de la respiración, la relajación muscular y la imaginación mental para disminuir el sistema nervioso autónomo y, a su vez, incrementar la sensación de autocontrol y autorregulación.

Terapia breve: Terapia caracterizada por el uso planificado de conceptos y principios específicos de una manera prepositiva, enfocada. Enfatiza la eficiencia así como la eficacia. Bajo esta variedad de enfoques, la TB comparte un conjunto de características clínicas y una orientación del valor.

Terapia breve enfocada a la solución: Derivación particularmente económica de una terapia sistematizada. Enfatiza el uso terapéutico de preguntas construidas sobre excepciones a problemas, y transiciones rápidas a soluciones intrínsecas a un problema o a un paciente.

Terapia centrada en el cliente: Conocida también como terapia centrada en la persona o no directiva; este método fue desarrollado por el doctor Carl Rogers. La terapia pone énfasis en la reflexión por parte del terapeuta de los sentimientos y experiencias del paciente, para ayudar al cliente a crecer más allá de sus limitaciones psicológicas actuales.

Terapia cognoscitiva: Desarrollada durante mucho tiempo por los doctores Aaron Beck y Albert Ellis. Es un enfoque de psicoterapia que pone énfasis en la identificación y corrección de maneras de pensar irracionales y erróneas.

Terapia cognoscitiva conductual: Un enfoque a la psicoterapia que integra técnicas cognoscitivas y conductuales (véanse las definiciones separadas).

Terapia conductual: Un modelo de psicoterapia basado en conceptos y métodos derivados de la teoría del aprendizaje social, condicionamiento operante y condicionamiento clásico. Los individuos han aprendido a modificar la conducta patológica en formas directas.

Terapia conjunta: Dos o más miembros de la familia asisten juntos a una sesión psicoterapéutica.

Terapia de grupo: Psicoterapia en que varias personas participan juntas en un proceso de tratamiento con el terapeuta, y puede ser dirigido por dos terapeutas.

Terapia dinámica breve: Terapias por lo general distinguidas por la selección de pacientes funcionales motivados; el uso de la transferencia y la contra-transferencia; la confrontación y la interpretación del conflicto focal, intrapsíquico; y el énfasis en la importancia psicológica de la terminación.

Terapia estratégica: Se refiere comúnmente a intervenciones específicas iniciadas por el terapeuta diseñadas para problemas específicos. Considera que los problemas son mantenidos con frecuencia por los esfuerzos para cambiarlos. A menudo, los síntomas son tratados como si tuvieran una función. El cambio se efectúa sobre todo a través del tratamiento de un síntoma específico. Implícitamente sistemática e interpersonal.

Terapia estructural: Busca crear cambios en los problemas inmediatos por medio de procesos de alteración transaccional en un sistema familiar.

Terapia existencial: Enfoque psicoterapéutico que incorpora atención a las limitaciones en la existencia (muerte, separación, destino) que enfrentan las personas.

Terapia Gestalt: Modelo de terapia que utiliza la imaginación, el juego de rol y otras técnicas que ayudan al paciente a encontrar sentimientos profundamente arraigados y estados corporales. Introducida por el doctor Fritz Perls.

Terapia interpersonal: Explícitamente trata los problemas, en especial la depresión; como si fueran mantenidos por relaciones problemáticas.

Terapia no dirigida: Reflejo empático de los pensamientos y sentimientos del paciente, en lugar de proveer instrucciones o interpretaciones del terapeuta.

Terapia sistémica: Terapia que trata los problemas vía relación o interacción. Teoría de los sistemas que cuenta con ideas de que el todo es más grande que la suma de sus partes, que el sistema tiende a resistir el cambio (homeostasis), y que la parte cambiante de

un sistema afectará otras partes. Toda terapia deberá ser considerada propiamente sistémica.

Testigo experto: Quien por capacitación o experiencia puede proveer información a la corte, la cual no sería conocida normalmente por la persona lega, y puede proporcionar a la corte asistencia abordando por ciertos problemas.

Tomografía por emisión de positrones (TEP): Un método que usa detectores sensibles a la glucosa marcados radiactivamente y computadoras potentes que indican la actividad metabólica en regiones del cerebro.

Transcripción: El proceso mediante el cual el ADN crea moléculas de ARN. Una vez transcrito, el ARN participa en la síntesis de proteínas en un proceso conocido como translación.

Transferencia: En el psicoanálisis clásico, la proyección de sentimientos y deseos emocionales (a menudo de la niñez) sobre el analista, quien representa figuras importantes del pasado del paciente, como parientes, hermanos o maestros. La transferencia puede ser positiva o negativa y puede ocurrir en individuos fuera del marco terapéutico.

Transinstitucionalización: Noción de que un individuo pasa su vida moviéndose de una institución a otra.

Trastorno de aprendizaje: Trastorno de uno o más de los procesos psicológicos básicos implicados en la comprensión o el uso del lenguaje hablado o escrito, lo que resulta en una habilidad única para escuchar, pensar, escribir, memorizar, o para realizar cálculos matemáticos.

Triangulación: Referente al triángulo que ocurre cuando ambos padres rivalizan por la atención y lealtad de un niño.

Umbral de excitación (UE): Grado crítico de excitación o despolarización en el que se dispara una neurona en una forma todo o nada.

Validación ilusoria: Fenómeno de la prueba proyectiva en que el examinador ignora las instancias no confirmadas y se aferra a sus estereotipos preexistentes.

Validez: La magnitud en que una prueba mide lo que se pretende que mida.

Validez concurrente: Un tipo de validez relacionada con el criterio en el que las medidas de éste se obtie-

nen casi al mismo tiempo que las calificaciones de la prueba.

Validez de constructor Un tipo de validez que se refiere a la propiedad de las inferencias basadas en la prueba sobre el constructo, presumiblemente medido mediante una prueba.

Validez de contenido: Es un tipo de validez que se refiere a los reactivos de la prueba que son representativos de las conductas que se muestran en el diseño de la prueba.

Validez externa: El grado en que la relación causal que puede ser observada en un estudio puede ser generalizada a otros escenarios, personas, momentos y mediciones de los resultados.

Validez interna: La confianza con la que pueden hacerse las declaraciones acerca de la causalidad sobre la base del estudio. Dependiendo de (entre otros factores) la fortaleza del diseño de la investigación, del poder de las pruebas estadísticas y de la confiabilidad de las mediciones.

Validez predictiva: Tipo de validez relacionada con el criterio en que los resultados actuales de la prueba (por ejemplo, resultados SAT en la preparatoria) son efectivos al predecir un criterio futuro (por ejemplo, grados universitarios).

Validez relacionada con el criterio: Es un tipo de validez que demuestra cuándo una prueba es efectiva al estimar el desempeño de los examinados con la apropiada medición del resultado.

Ventana terapéutica: Un aspecto del monitoreo de una droga terapéutica (MDT) en que una droga es teóricamente más eficaz. Debajo de la cifra basal, a menudo medida en nanogramos/mililitros (ng/ml), el paciente no está en posibilidades de dar una respuesta. Por encima de la cifra máxima, el paciente va a experimentar efectos colaterales más serios o toxicidad.

Veracidad: Regla ética de decir la verdad.

Vida media: Tiempo que le toma a la concentración de un compuesto en un tejido disminuir en un 50%.

Violaciones a los límites: Daño causado por el cruce de los límites.

Virtud ética: Una orientación de la ética basada en las características ideales, personales y deseadas.

ÍNDICE DE NOMBRES

- Abbott, D., 95
Abernethy, D.R., 310
Abrami, P.C., 130
Abrams, D.B., 341
Abramson, H., 236
Achtetberg, J., 4, 5
Achterberg-Lawlis, J., 263
Ackerman, D.L., 315
Ackerman, N., 173
Adam, K.S., 121
Adams, A., 337
Adams, J.F., 194
Adams, R., 337
Adler, A., 16, 140, 164
Adler, C.S., 337
Adler, L.L., 393
Adler, N.E., 339
Agras, W.S., 267, 335
Al-Issa, I., 377-378
Alazvaki, A., 297-298, 302, 318
Albee, G.W., 18
Alexander, F., 143, 144, 187, 331
Alexander, J.F., 204, 205
Alfidi, R.J., 92
Allen, R.A., 335
Alleyne, E., 130
Allonso, A., 168
Altman, D.G., 339, 342
Alvarez, W., 186, 190
Amdisen, A., 314
Anastasi, A., 57
Anderson, C.M., 268
Anderson, J., 17
Anderson, K.O., 339, 340
Andrasik, F., 334, 337, 341
Andreasen, N.C., 40, 42
Andrews, R., 413
Angell, M., 133
Anker, Korten, A., 378
Ankney, C.D., 133
Apfel, N.H., 350
Aponte, H.J., 187
Aponte, J.F., 83, 102
Appelbaum, D., 82
Appelbaum, P.S., 89, 104
Applewhaite, G., 115
Arce, A.A., 352
Archer, R.P., 197, 198, 225
Ardila, A., 390
Arena, S.C., 341
Arizmendi, T.G., 200
Arkowitz, H., 256
Arntz, A., 114
Aronoff, G.R., 307
Arpin, J., 394
Arthur, G., 95, 103
Ascher, L.M., 204, 268
Asher, S.J., 243
Asken, M.J., 332
Astin, H.S., 21
Auerbach, A., 196, 268
Austad, C.S., 186
Austin, K.M.,
Autry, J.H., 116, 118
Axline, V., 234

Babani, L., 244
Bagby, R., 34
Baird, J., 11
Bakal, D.A., 331
Baker, L., 129
Baker, R.W., 35
Baker, T.B., 71
Baldessarini, R.J., 305, 309
Ball, T.J., 339
Balla, D.A., 73, 224
Ballenger, J.C., 307, 314

- Balogh, D.W., 95
 Balter, M.B., 310
 Baltimore, D., 342
 Bandler, R., 174
 Bandura, A., 148, 231, 268, 334, 339
 Banis, H.T., 244
 Bank, J., 341
 Banks, W.R., 417
 Barber, J., 156, 197
 Barber, T.X., 338
 Barker, R., 173
 Barkham, M., 193
 Barlow, D.H., 22, 34, 123, 125, 126, 154, 191, 198, 336
 Barnard, K.E., 350
 Barnes, J.M., 102
 Barrera, M., 361
 Barrett, R.M., 236
 Barroso, R., 393
 Barry, M., 133
 Basch, M.F., 199
 Basco, M.R., 154
 Bassos, C.A.,
 Bateson, G., 173, 198, 256
 Bauman, D.J., 363
 Baumohl, J., 359
 Baumrind, D., 86
 Baxter, L.R., 297-298, 302, 318
 Beardsley, R.S., 306
 Beasley, C.M., 320
 Beauchamp, T.L., 84, 85-86, 90, 92, 105
 Beauvais, R., 385
 Beck, A.T., 22, 150-151, 153, 154, 156, 195, 198
 Becker, J., 361
 Becker, M.H., 266
 Beckham, J.C., 341
 Beditz, J., 352
 Bednar, R.L., 206
 Beers, C., 7, 8
 Beidel, D.C., 114
 Beier, E.G., 200
 Belar, C., 339, 342
 Belcher, J.R., 357
 Belissimo, A., 333
 Bellack, A.S., 72
 Bellack, L., 226, 232
 Bellack, S.S., 226
 Belsey, E., 114
 Bemak, R., 393
 Ben-Porath, 118, 225
 Ben-Shakhar, G., 197
 Benedict, J.G., 83
 Benedict, R., 377
 Benet, L.Z., 305
 Benfield, R., 312
 Bengelsdorf, J., 364
 Bengen-Seltzer, B., 336
 Benjamin, R., 244
 Bennett, E.A., 404
 Bennett, M.J., 186
 Benowitz, N.L., 337
 Benson, H., 334, 336, 338, 342
 Benton, A.L., 62
 Berg, I.K., 195, 199, 202
 Bergin, A.E., 152, 189, 192, 193, 197, 199, 200
 Bergman, A.B., 244
 Bergman, J.S., 268
 Bergman, K.S., 297-298, 302, 318
 Bergman, S.S., 310
 Bergstrom, R.F., 323
 Berkman, A.S.,
 Berla, E.P., 413
 Berman, J.S., 236
 Bernard, H., 172, 177
 Bemard, J., 363
 Berne, E., 192, 377
 Bemheim, H., 11, 140
 Bernstein, D.A., 334
 Berrier, J., 130
 Berry, J.W., 391, 394
 Bershenyi, K., 103
 Bersoff, D.N., 92, 106
 Bertelson, A., 378
 Bessel, R., 11
 Beutler, L., 31
 Beutler, L.E., 153, 158-159, 194, 199, 200, 341
 Bielski, R.J., 316
 Bilby, R., 363
 Binder, J., 155, 188, 197
 Binder, S.L., 190
 Binet, A., 13, 51-52, 388
 Birbaumer, N., 340
 Bischoff, M.M., 201
 Black, D.W., 40, 42
 Blake, D., 34
 Blakely, C.R., 355
 Blakeslee, S., 175
 Blanchard, E.B., 331, 334, 334, 337, 341
 Blick, L.C., 243
 Bloom, B., 186, 187, 190, 192, 194, 195, 196, 197, 204, 206, 215
 Bloom, B.L., 350, 354
 Bloom, J.R., 336

- Bodkin, J.A., 316
 Bohart, A.C., 146, 157
 Bohm, R.M., 411
 Boll, T.J., 339
 Bologna, N.C.,
 Bolter, K., 186, 190
 Bond, G.R., 365, 366
 Bongar, B., 94, 186, 192, 199, 215
 Bonica, J. J., 34
 Boodoo, O., 389
 Booth-Kewley, S., 340
 Bootzin, R.R., 359
 Borduin, C.M., 197, 198
 Borkovec, T.D., 334, 337
 Bornemann, T.H., 393, 394
 Borow, H., 102
 Botterbusch, K.F., 365
 Botvin, G.J., 353
 Bouchard, T.J., 389
 Bouhoutsos, J., 98
 Bowen, M., 173
 Bowlby, J., 143
 Boykin, A.W., 389
 Boynton, K., 103
 Braaten, E.B., 90
 Bradley, R., 55
 Bramel, D., 118,
 Brasfield, T.L., 130
 Brehm, J.W., 256
 Breshgold, E., 254
 Bresler, C., 342
 Breuer, 8, 11
 Bricklin, R.M., 104
 Briere, J., 416
 Broadhurst, S., 363
 Brock G.W., 83, 88
 Broderick, C., 180, 198
 Brodsky, A., 99
 Brody, N., 389
 Bronfenbrenner, U., 350
 Bronner, A., 13
 Broskowski, A., 103, 185
 Brown, C., 363
 Brown, D.A., 337
 Brown, J.D., 354
 Brownell, A., 354, 360
 Brownell, K.D., 336, 337
 Brubaker, R.G., 120
 Bruce, M.L., 357
 Bruininks, R.H., 73
 Buchanan, R.W., 307
 Budman, S.H., 169, 186, 187, 188, 190, 193, 195, 199, 204, 215
 Budzynski, T.H., 334, 337
 Buelow, G.D., 103
 Bugental, J.F.T., 147-148, 254
 Bulatao, E.G., 193
 Bunney, W.E., 314
 Burger, G.K., 358
 Burgess, A.W., 242
 Burgio, L., 232
 Burlingame, G., 190
 Burnett R., 341
 Burns, B.J., 193, 194
 Burns, D.D., 189, 192, 204
 Burrows, G.D., 307
 Butcher, J.N., 66, 118, 187, 188, 190, 194, 196, 225, 387
 Butler, A.C., 22
 Butler, S.F., 190
 Bybee, D., 358
 Cabral, R.J., 342
 Cacioppo, J.T., 130
 Cade, B., 198, 199
 Callanan, R., 84, 87, 101
 Calsyn, R.J., 358
 Campbell, D.R., 55
 Campbell, D.T., 114, 116, 123, 336
 Campbell, M.M., 244
 Camps, D., 123, 124
 Caplan, G., 199, 360
 Carek, D.J., 233
 Carlson, C., 234
 Carlson, G.A., 313
 Carlson, N.R., 284, 287
 Carmen Luciano, M., 339
 Carne, W.F., 43, 45
 Carothers, J.C., 378
 Carpenter, R.H.S., 278-279, 282
 Carpenter, W.T., 307
 Carroll, J.L., 71
 Carroll, M.A., 81, 83, 91
 Carse, A.L., 106
 Carter, I., 337
 Carter, M., 89, 90
 Carter, R.T., 391
 Casas, J.M., 206, 385
 Cassel, J., 360
 Cattell, J.McK., 7, 8, 11, 12, 51
 Cattell, R.B., 69
 Caudill, M., 336, 338, 342
 Caudill, W., 385

- Ceci, S.J., 389
 Cerny, J.A., 154
 Chafete, M.D., 103
 Chalmers, T.C., 130
 Chambliss, D.L., 186, 192, 193, 341
 Chance, N.A., 378
 Chang, S.C., 381
 Chapman, J.P., 39, 72
 Chapman, L.J., 39, 72
 Charcot, J.M., 11, 140
 Cheng, S.K., 391
 Cheng, T.A., 379
 Chesney, M.A., 338
 Cheung, F.M.C., 379
 Chevron, E.S., 155, 197
 Chiarello, R.J., 323
 Chiauzzi, E.J., 268
 Childress, J.F., 84, 85-86, 90, 92, 105
 Christensen, A., 22
 Christensen, L., 123
 Christophersen, E.R., 236
 Chuang, O., 315
 Chung, R.C.Y., 393
 Church, J.O., 364
 Chwast, R., 244
 Cicchetti, D.V., 73, 224
 Claiborn, D.C., 90
 Clark, D.M., 198
 Clarke, G.N., 117, 118
 Claver, B.G., 393
 Clingempeel, W.G., 91
 Cloitre, M., 34
 Coccaro, E.F., 316
 Cohen, E., 358
 Cohen, F., 339
 Cohen, H., 226
 Cohen, J., 122
 Cohen, R.A., 130
 Colapinto, J., 174
 Cole, J.O., 316, 323
 Cole, N.S., 75
 Collins, J.F., 116, 118
 Comaty, S.B., 307
 Comba, L., 394
 Compton, W.M., 380
 Congett, S., 390
 Conners, C.K., 37
 Conoley, J.C., 54, 55
 Consoli, A.J., 158, 199
 Constantine, L.L., 285
 Constantino, G., 388, 392
 Cook, D.J., 125
 Cook, M.P., 369
 Cook, T.D., 114, 116, 123
 Cooke, G., 413, 416
 Cooke, M., 416
 Cooper, G.L., 319
 Cooper, J., 130, 378, 403
 Cooper, J.F., 185, 187, 188, 190, 192, 195, 196, 197, 198, 199, 203, 204, 205, 207
 Cooper-Lonergan, E., 169
 Coppel, D.B., 36
 Corey, G., 84, 87, 101, 168
 Corey, M.S., 84, 87, 101
 Corrigan, R., 36, 366
 Corsini, R.J., 186
 Costa, P.T., Jr., 67
 Cotter, P.R., 350
 Cowen, E.L., 349, 359
 Cox, G.B., 361
 Crago, M., 200
 Craig, C.R., 285
 Craske, M., 207
 Craven, S., 193, 194
 Cressler, D.L., 350
 Crisp, A.H., 119
 Crits-Christoph, R., 156, 197, 268
 Cross, W.E., 391
 Crouch, R.T., 83
 Csikszentmihalyi, M., 191, 203
 Cuevas, J., 337, 341
 Cullari, S., 260, 266, 268
 Cummings, N.A., 83, 104
 Curtis, H., 273, 277, 278, 279
 Cushman, R., 142, 163
 Dadds, M.R., 236
 Dahlstrom, W.G., 387
 Damlouji, N., 320
 Dana, R.H., 101, 388
 d'Apollonia, S., 130
 Dare, C., 252
 Dasberg, H., 197
 Dassel, S.W., 244
 Dattihio, F.M., 198
 Davanloo, H., 186, 192, 197-198
 Davenport, S.L.H., 244
 David, A., 115
 Davidson, G., 368
 Davidson, J.L., 352
 Davidson, M., 307
 Davidson, P.O., 263

- Davidson W.B., 350
 Davidson, W.S., 355
 Davis, C., 125
 Davis, K., 307,
 Davis, R., 117
 Davison G., 148-149, 150
 Dawber, T.R., 337
 Dawes, R., 22, 38-39
 Dawes, R.M., 74
 Day, J.D., 105
 Day, R., 378
 deGeus, E.J., 341
 DeGraaf-Kaser, R., 365
 de Haan, E., 121
 DeHoyos, A., 379
 DeHoyos, G., 379
 DeJong, C.R., 336
 DeLeon, R.H., 193
 Derner, G., 18
 DeRubeis, R., 117
 de Shazer, S. 185, 186, 199, 256, 268
 Desjarlais, R., 392
 DeVaugh-Geiss, J., 318
 DeWit, H., 310
 Dey, A., 356, 369
 Diamond, R.M., 358
 Diaz, L., 390
 Dickens, S., 34
 Dickersin, K., 122
 Dickter, D., 193
 DiClemente, C.C., 159, 199, 202, 261
 Dies, R., 172
 Diguier, L., 193
 DiMatteo, M.R., 264, 265, 266
 DiNardo, R., 34
 Dincin, J., 365
 Dinges, *ti.*, 396
 DiNicola, D.D., 264, 265, 266
 Dishman, R.K., 341
 Dix, D., 7, 8
 Dixon, W., 120
 Dobson, K.S., 198
 Docherty, J.R., 116, 118
 Dolan, Y.M., 188
 Dollard, J., 15
 Donaldson, S.R., 307
 Donenberg, G.R., 117, 122
 Donovan, J.M., 192, 195, 196, 197
 Dorner, S., 244
 Dornseif, B.E., 320
 Dougherty, C.J., 83
 Dougherty, S., 363
 Douvan E., 356
 Dowd, E.T., 256
 Doyne, E.S., 341
 Draguns, J.G., 375, 378, 379, 382, 385, 387, 388, 394
 Draine, J., 365
 Drotar, D., 244
 Dubbert, P.M., 338, 341
 DuBois, C., 387
 Dubovsky, S.L., 195
 Dudek, K.J., 362
 Duffy, K.G., 348, 349, 353, 356, 357, 359, 360, 369
 Duffy, L., 396
 Dugan, R., 123, 124
 Dumont, M.R., 357
 Dunbar, J.M., 265, 267
 Duncan, B., 186, 189, 192, 193, 202
 Dunn, L.M., 73
 Dunsmore, J., 341
 Dunson, K., 337
 DuPont, R.L., 307
 Durkheim, E., 379
 Durkin, H., 171
 Dvoskin, S.A., 365
 Eagle, M., 117
 Eber, H.W., 69
 Echemendia, R.J., 390
 Echtering, L.G., 364
 Eckert, R., 189
 Edgington, E.S., 123
 Edwards, A.L., 120
 Edwards, C.D., 225
 Edwards, S., 340
 Egan, J., 236
 Egeland, J.A., 384
 Ehrenwald, J., 6
 Eisenberg, L., 392
 Ekblad, S., 394
 Elias, M.J., 393
 Elkin, I., 116, 118, 197
 Elliot, C.H., 244
 Elliot, R., 157, 163
 Ellis, A., 150-151, 198, 232, 255-256
 Emmelkamp, P.M.G., 121
 Emory, G., 151, 154
 Emshoff, J.G., 355
 Enas, C.G., 323
 Engel, G.L., 339
 Ensor, A., 73
 Epperson, D.L.,

- Epstein, L., 338
 Erickson, M., 198, 256
 Erickson, R.H., 310
 Erikson, E.H., 216, 334
 Ernherg, A.M., 378
 Eshleman, S.K., 384
 Essau, C.A., 114
 Evans, J.H., 403
 Everitt, B., 115
 Everly, G.S., 334
 Eversole, D., 315
 Everstine, D.S., 91
 Everstine, L., 91
 Ewing, CP., 199
 Exner, J.E., Jr., 70, 226
 Eyde, L., 45
 Eysenck, H.J., 9, 114-115, 150

 Fairweather, G.W., 361, 368
 Falkin, S., 341
 Faller, K.C., 243
 Farid, N.A., 323
 Farley, O.W., 366
 Faust D., 38, 39, 74
 Fawcett, S.B., 355
 Fay, A., 255
 Feighner, J.P., 320
 Feldman, T.B., 422
 Feldstein, S., 32
 Felner, R.D., 350
 Fensterheim, H., 159-160
 Fenton, F.R., 378
 Ferenczi, S., 187
 Feraald, G., 8, 13
 Feung, H.K., 297-298, 302, 318
 Feurstein, M., 339
 Fhagen-Smith, R, 391
 Fiester, S.S., 116, 118
 Filskov, S., 39
 Fine, R, 253
 Fine, S., 206
 Finney-Owen, G.K., 191, 193
 Fiore, J., 361
 First, M., 34
 Fisch, R, 188, 203, 198
 Fischer, C.T., 45,
 Fish, J., 392
 Fisher, R, 95
 Fishman, H.C., 198
 Fitzgerald, D., 129
 Fitzpatrick, M., 97, 98, 99, 100, 107

 Fleming, C.M., 385
 Flemming, T., 129
 Fleury, F., 394
 Flor, H., 340
 Fogel, B.S., 295
 Follette, V.M., 103
 Follette, W.C., 123
 Fong, K.T., 369 &
 Foote, F.H., 205
 Ford, M.E., 267
 Fordyce, W.E., 338
 Forsyth, D., 121, 392, 394
 Forsythe, Q.A., 340
 Forth, A., 206
 Fortune, W., 30
 Framo, J., 184, 334
 Frank, J.D., 200, 268, 141, 152
 Frank, L.K., 69
 Franz, S., 13
 Franzen, M., 337
 Freeman, A., 154, 195, 198
 Freeman, R.J., 359
 French, T., 143, 144, 187
 Frensch, RA., 202
 Freud, A., 142, 233
 Freud, S., 8, 11, 13, 14, 16, 140, 142, 143, 187, 216, 250-252, 331
 Frey, D.H., 91
 Friedel, R.O., 316
 Friedman, H.S., 340
 Friedman, R., 336, 338, 342
 Friedman, S., 188, 204, 215
 Friend, R., 118
 Friis, S., 72
 Frishman, W.H., 307
 Fromm, E., 16, 140, 142, 143
 Frost, R.O., 118
 Fruchter, B., 57
 Fuhriman, A., 190
 Fulkerson, S.C., 388
 Fuller, F.B., 71

 Gabbard, G.O., 96, 97, 99
 Gaelick-Buys, L., 267
 Galassi, J.P., 115
 Galassi, N., 115
 Galavotti, C, 342
 Gallagher, K.M., 21
 Galton, F, 8, 11-12, 51
 Galvin, M.D., 90
 Gamer, M.V., 117

ÍNDICE DE NOMBRES

- Ganet, M., 363
 Gannon, L.R., 337, 341
 Gansman, D., 323
 Gardner, E., 321
 Gardner, R.A., 416
 Gardocki, G.J., 306
 Garfield, S.L., 115, 153, 187,193,194
 Garner, D.M., 117
 Gartner, A.J., 342
 Gassner, S., 130
 Gazzaniga, M.S., 291
 Geffken, G., 244
 Geisendorfer, S.,
 Gelb, S., 5
 Gelenberg, A.J., 314
 Genest, M., 338
 Gentry, W.D., 332
 Giannetti, R., 34
 Giannetti, V.J., 186, 192, 205, 206, 215
 Gibbon, M., 34
 Gibbs, W.W., 195
 Gibson, C., 356, 369
 Gigerenzer, G., 122
 Gil, K.M., 341
 Gilbert, M., 206
 Giles, T.R., 201
 Gilligan, C., 106
 Gilmore, S.K., 236
 Ginter, M., 350
 Giordano, J., 86
 Gitlin, M.S., 195
 Glass, D.R., 116, 118
 Glass, G.V., 129, 152, 194
 Glenberg, A.J., 307
 Glick, I.D., 197
 Glickman, M., 362
 Glish, M., 349
 Glover, E., 252
 Goddard, H., 8, 13, 14, 52
 Gold, J.R., 138, 150, 153, 158,159, 160, 163
 Goldberg, A., 197
 Golden, C.J., 65
 Goldfried, M., 32, 148-149, 150, 158, 199, 207
 Golding, S.L., 83
 Goldman, H.H., 193, 194
 Goldman, R., 188
 Goldstein, A.R., 130, 268
 Goleman, D., 200
 Good, B., 392
 Good, W.V., 300
 Goodman, G.S., 94
 Goodman, R., 146
 Goodman, W., 34, 225
 Goodwin, F.K., 313, 319, 320
 Goodwin, J., 341
 Gootnick, J., 90
 Gordon, J.R., 268
 Gordon, R., 323
 Gorham, D., 38
 Gottlieb, M.C., 100
 Gottschalk, R.G., 355
 Gough, H.G., 55
 Gould, S.J., 11, 14, 279, 303
 Grady, K., 20
 Graham, J.R., 66, 225, 387
 Gray, L., 94
 Green, A.H., 242
 Greenberg, L., 32
 Greenberg, L.S., 145-146, 147, 156,157, 163
 Greenberg, M.D., 87
 Greenberg, R.R., 130
 Greenberg, S., 143, 144
 Greenblatt, D.J., 310
 Greenson, R.R., 252
 Greenspoon, J., 232
 Greenwald, A.G., 122, 129
 Gregory, R.J., 36, 42, 43, 45, 52, 56, 57, 71, 75-76
 Greist, J.H., 315
 Grieger, R., 198
 Griff, M.D., 234
 Griggs, R., 356, 369
 Grimley, D.M., 342
 Grinder, J., 174
 Grisso, J.T., 357
 Grisso, T., 407, 408, 420
 Groth-Marnet, G., 30
 Guidano, V.F., 156
 Guilford, J.R., 57
 Guilmette, T., 39
 Gulbinat, W., 378
 Gumaer, J., 83
 Gurman, A.S., 186, 187, 188, 190, 193, 195, 199, 204, 215
 Gustafson, J.R., 198
 Gustafson, K.E., 95
 Gustin, A.W., 130
 Gutheil, T.G., 96, 97, 99
 Guyatt, G.H., 125
 Guze, B.H., 297-298, 302, 318
 Gynther, M., 387

- Haas, L.J., 83, 89, 104
 Hadley, S.W., 116, 118
 Hagen, E.P., 52, 223
 Hakel, M., 20
 Haley, G., 206
 Haley, J., 174, 198, 234-235, 256, 257, 339
 Hall, C.C.I., 21
 Hall, G.S., 7-8, 13, 20, 339, 341
 Hall, H.V., 413
 Halpern, D.E., 389
 Halstead, W., 64-65
 Hamilton, J., 337, 341
 Hamsher, K., 62
 Han, S.S., 117, 122
 Handelsman, M.M., 83, 84, 90, 91, 103
 Hankin, J.R., 114
 Hanlon, T.E.,
 Hansen, A.M.D., 121
 Hanson, R., 363
 Hanston, P.D., 305
 Harbeck, C., 248
 Harding, A., 94
 Hardman, J.G., 125
 Hardy, C.J., 340
 Hardy, G.E., 193
 Hare-Mustin, R.T., 89, 90, 91
 Harris, J., 390
 Harrison, W., 321
 Hart, K., 39
 Hartley, D., 190, 194
 Hartmann, H., 253
 Hartsough, D.M., 364
 Harvey, W., 6
 Harwood, T., 31
 Hastie, C., 363
 Hawking, S.W., 172
 Hawton, K., 198
 Hayden, P.W., 244
 Hayes, S.C., 336, 339
 Haynes, R.B., 129
 Haynes, S.N., 36, 334, 336, 337, 341
 Hays, S., 20
 Hayward, R., 115
 Healey, W., 8, 13
 Hecker, L., 95
 Hedeker, D., 337
 Hedges, L.V., 129
 Hefferline, R.F., 146
 Heinrichs, D.W., 307
 Heinz, E., 337
 Heiser, R., 337, 341
 Held, B.S., 198
 Heller, K., 118, 350, 356
 Helzer, J.E., 380
 Hendrick, S.S., 97
 Hepeworth, J., 363
 Herbstein, J., 320
 Hernández, R., 384 -
 Hernstein, R., 221
 Hersen, M., 72, 123, 125, 126, 232, 248, 336
 Herskovits, M., 375
 Hervis, O.E., 205
 Hetherington, E.M., 177
 Heymann, G.M., 91
 Hidalgo, J., 306
 Higginbotham, H.N., 121, 392, 394, 395
 Hill, B.K., 73
 Hirschfeld, R.M., 320
 Hiskey, M.S., 73
 Hodges, W.F., 350
 Hodgson, A.B., 158-159
 Hodgson, R.I., 338
 Hoff, L., 182
 Hoffart, A., 72
 Hofstede, G., 381-383, 391
 Hofsteter, A.M., 384
 Hogan, D.B., 87
 Hoiberg, A., 339
 Holder, A., 252
 Hollingsworth, L., 14
 Hollister, L., 38
 Hollon, S.D., 198
 Holroyd, J.C., 99
 Holstrom, L.L., 242
 Holtzworth-Munroe, A., 204, 205
 Holub, E.A., 97
 Hoogduin, C.A.L., 121
 Hopson, J.L., 273
 Horn, J.L., 61
 Horn, J.R., 305
 Horney, K., 16, 140
 Horowitz, M.J., 190
 Hostetler, J.A., 383
 Houts, A.C., 236
 Howard, K.I., 186, 188, 194, 198, 199, 207
 Hoyt, M.F., 185, 186, 188, 190, 193, 198, 204, 215
 Huang, M., 194
 Hubble, M., 186, 189, 192, 193, 202
 Hubley, A., 35
 Hudson, P.O., 204
 Hug-Hellmuth, H., 232, 233
 Hugenholtz, H., 63

- Hughey, J., 356, 369
Hull, C., 15, 140
Humphrey, E., 180
Humphreys, K., 24
Hunt, H., 5
Hunter, J.E., 120
Hunter, M.A., 123
Hwu, H.G., 380
Hyman, S.E., 282, 285, 286-287
Hyne, S., 55
- Ibrahim, F.A., 391
Imber, S.D., 116, 118
Impara, J.C., 54, 55
Ivey, A., 32
Ivey, M., 32
Iwamasca, G., 369
Iwata, B., 31
- Jablensky, A., 378
Jackson, D., 173, 256
Jackson, R.W., 366
Jacobson, N.S., 22, 123, 194, 205, 334
James, M., 184
James, W., 7, 8, 339, 381
Jameson, R., 204, 205
Janet, R., 11, 140
Janicak, R.G., 307
Janis, I.L., 340
Jaremko, M.E., 232
Jason, L.A., 337
Jastak, S., 224
Javier, R.A., 392, 393
Jay, S.M., 244
Jefferson, J.W., 315
Jefferson, K.W., 130
Jenkins, R., 114
Jessell, T.M., 287
Jessup, B.A., 334
Jewell, D.R., 383
Jilek, W., 393
Joffe, R., 129
Johanson, C.E., 310
Johns, C., 307
Johnson, D.L., 352, 366
Johnson, H.G., 91
Johnson, L.D., 186, 188, 189, 191, 196, 203, 204, 205, 215
Johnson, P.W., 420
Johnson, S.B., 244
Johnsrud, C., 90
Johnston, M.B., 232
- Joiner, T., 120
Jones, E.E., 197
Jones, S.R.G., 118
Jongeward, D., 184
Jordan, A.E., 105
Jorgenson, L., 98
Jumper-Thurman, R., 385
Jung, C., 16, 140
Jurich, A., 194
Jurish, S.E., 341
- Kabasa, S.C., 342
Kaemmer, B., 387
Kagawa-Singer, M., 342
Kahn, H., 391
Kahn, R., 307
Kales, A., 310
Kalichman, S.C., 94
Kalous, T.D., 185
Kaltreider, N., 190
Kamin, L.J., 127
Kamphaus, R., 62, 248
Kandel, E.R., 287
Kane, J., 307
- Kanfer, F.H., 232, 267, 268
Kaplan, A.G., 89, 90, 91
Kaplan, H.I., 287, 293, 295
Kaplan, S.J., 242
Karoly, R., 232
Katayama, S., 381
Katcher, A.H., 336
Katranides, M., 337, 341
Katz, R., 318
Kaufman, A.S., 62
Kaufman, N.L., 62
Kaul, T., 206
Kaye, R.A., 364
Kazdin, A.E., 232, 336
Keefe, F.J., 22, 341
Kehrer, C.A., 195
Keita, G.R., 21
Keith-Spiegel, R., 82, 83, 86, 95, 97, 99
Kelleher, J.C., 21
Kellner, R., 115
Kelly, G., 140, 150
Kelly, J., 175
Kelly, M.P., 63
Kemp, R., 115
Kemper, M.B., 90
Kems, R.D., 338
Kendall, P.C., 115, 117

- Kenkel, M.B., 21
 Kertay, L., 97
 Kessler, L.G., 193, 194
 Kesson-Craig, R., 90
 Kibel, H., 168
 Kiesler, C.A., 20, 114, 352
 Kiesler, D.J., 155
 Kilbey, M., 327
 Kimball, R., 337
 Kimura, B., 381
 King, A.C., 339, 342
 Kingsbury, S.J., 186, 192, 193, 195
 Kinney, R., 366
 Kirby, R.J., 194, 205
 Kirk, J., 198
 Kirkpatrick, B.,
 Kirmayer, L., 379
 Kitchener, K.S., 83, 84, 97, 99, 106
 Klein, D.F., 316, 321
 Klein, E., 168, 171
 Klein, G.S., 142
 Klein, M., 216, 233
 Klein, R., 171, 210
 Kleiner, R., 147-148
 Kleinman, A., 379, 385, 387, 392
 Kleinman, J., 379
 Kleinmuntz, B., 39, 74
 Klerman, G.L., 155, 197
 Klesges, R.C., 337
 Kluckhohn, C., 375
 Klyver, N., 417
 Knapp, R.H., 381
 Knapp, S., 94
 Kniskern, D.R., 204
 Knowles, S., 323
 Ko, G., 307
 Kobos, J.S., 83
 Koch-Weser, J., 307
 Koeske, G., 361-362
 Kohn, A., 189
 Kohout, J.L., 21
 Kohut, H., 143, 144
 Koocher, G.R., 82, 86, 94, 99
 Koppitz, E.M., 226
 Kopta, S.M., 188, 189, 194
 Korman, M., 19, 376, 396
 Koss, J.D., 379
 Koss, M.R., 185, 186, 187, 188, 190, 193, 194, 196, 207, 215
 Kovaks, A.L., 90
 Kowatch, R.A., 337
 Kraemer, D.T., 361
 Kraemer, H.C., 335
 Kraepelin, E., 8, 11, 139, 299, 377
 Krafft-Ebing, R., 11
 Krause, M.S., 118, 188, 189
 Krauss, L.M., 172
 Kraut, A., 20
 Kraxberger, B.E., 342
 Kreilkamp, T., 188, 204
 Kristjansson, B., 35
 Kroeber, A.I., 375
 Kroon, M.B., 354
 Krug, S., 45
 Krupnick, S., 190
 Kruzich, J.M., 352
 Kuczmierczyk, A.R., 339
 Kulick, F.B., 413
 Kulka, R.A., 356
 Kumanyika, S.K., 342
 Kupfer, D.J., 315
 Kurtines, W.M., 205
 Kurz, R.B., 244, 245

 L'Abate, L., 268
 Labbe, E.E., 339
 Lacks, R., 337
 Lah, M.I., 71
 Laikan, M., 195
 Lakin, M., 83
 Lamal, R.A., 232
 Lamben, M.J., 152, 189, 191, 192, 193, 197, 199, 200, 204
 Land, J., 130
 Landau, R., 318
 Landrine, H., 381
 Langner, T., 380
 Langs, R., 253
 Langtiy, H.O., 312
 Lankton, C.H., 198
 Lankton, S.R., 198
 Lannon, R.B., 358
 Lansky, A., 342
 Lanyon, R.I., 74
 Lanza, M.L., 364
 Larsen, D.B., 306
 Laurent, J., 61
 Lavy, E., 114
 Lawson, A., 350
 Lawton, S.V., 82
 Lazar, S.G., 192, 197
 Lazarus, A.A., 150, 158, 255
 Lazarus, L.W., 195

- Leader, D.S., 369
 Leaf, P.J., 357
 Leary, M.R., 342
 Leber, W.R., 116, 118
 Lebra, T.S., 385
 LeDoux, J.E., 291
 Ledwidge, B., 232
 Lee, S.S., 97
 Leenaars, A.A., 363
 Leff, S., 3-4
 Leff, V., 3[^]1
 Lehman, A.K., 198
 Lehmann, S., 361
 Leibovich, M., 195
 Lelik, D., 39
 Lemburger, L., 323
 Lemsky, C., 336
 Leonard, B., 123, 124
 Lerman, H., 102
 LeShan, L., 190, 194
 Lester, D., 364
 Levant, R., 176, 178
 Levenson, E.R., 144
 Levenson, H., 186, 188, 190, 197
 Levenson, J., 307
 Levin, C., 350
 Levin, H., 130
 Levine, J., 307
 Levine, M., 94, 190
 Levine, R., 130
 Levy, R.L., 204, 255, 339
 Lewin, K., 16, 164
 Lewinsohn, R.M., 36
 Lewis-Fernández, R., 380
 Lex, B.W., 342
 Lezak, M., 62-63, 295, 390
 Liberman, B., 130
 Lichtenstein, E., 336-337
 Lidz, C.W., 89, 90
 Liebeault, A.A., 11
 Lieberman, J., 307
 Lieberman, M., 170, 172
 Liese, B.S., 154
 Limbird, L.E., 125
 Lin, T., 385
 Lindemann, E., 187
 Lindzey, G., 387
 Linehan, M.M., 195
 Lingle, D.W., 384
 Linney, J.A., 369
 Linskey, A.O., 101
 Liotti, G., 256
 Lipsey, M.W., 189
 Lipsitz, N.E., 83
 Lipton, M.A., 319
 Liss-Levinson, N., 89, 90, 91
 Litt, C., 244
 Litt, M.D., 267
 Locke, B.Z., 114
 Locke, E.A., 232
 Loehlin, J.C., 389
 Loftus, E.F., 420
 Logue, M.B., 202
 Lonberg, S., 32, 33
 Loo, C., 369
 López, S.R., 379, 384
 Lorion, R.R., 359
 Lounsbury, J.W., 369
 Loutitt, C.M., 17
 Lowman, R.L., 30
 Lowry, J.L., 194
 Lubin, B., 356, 369
 Luborsky, L., 117, 152, 155, 190, 193, 196, 268
 Luchetta, T., 341
 Luchins, A.S., 131, 132
 Luchins, E.H., 131, 132
 Lushene, R., 225
 Lykken, D.T., 192, 195, 206
 Lyman, R.D., 244, 245
 Lynch, J.J., 336
 Machado, P.P., 153
 Machover, K., 72
 Macias, C., 365
 MacKenzie, R.,
 MacKenzie, S., 323
 Madanes, C., 174, 204
 Maddi, S.R., 342
 Maddux, J.E., 243
 Maestas, D., Jr., 103
 Mahler, M.S., 143
 Mahoney, M.J., 187, 192, 196, 198, 232, 256
 Maier, G.J., 358
 Maiman, L.A., 266
 Malan, D.H., 187, 190, 192, 197-198
 Malgady, R., 388, 392
 Malinow, K., 336
 Mann, A.H., 114
 Mann, J., 186, 188, 190, 197
 Manning, M.M., 333
 Mansky, R.A., 315
 Mar, M.H., 340

- Marcus, B.H., 341
 Marecek, J., 89, 90, 91
 Margolin, G., 88
 Markides, K.S., 342
 Markowitz, J.A., 197
 Markus, H.R., 381
 Marlan, A., 336
 Marlatt, G.A., 268
 Marmar, C., 32, 190
 Marriotta, J.C., 297-298, 302, 318
 Marsella, A.J., 378, 394
 Marshall-Goodell, B.S., 130
 Martin, J.E., 338, 341
 Martin, W.L., Jr., 91
 Martínez, D., 194
 Masek, B.J., 265, 338
 Maslow, A.H., 145
 Mastboom, J., 362
 Masters, K.S., 204
 Masur, R.T., 332, 339, 340
 Matarazzo, J.D., 26, 74, 87, 339
 Mathews, A., 340
 Matthews, W.J., 198
 Maxmen, J.S., 192, 195
 Maxwell, A., 206
 May, R., 147-148, 254
 May, R.B., 123
 Mayer, J.R., 355
 Maynard, H., 350
 Mayne, T.J., 19
 McArthur, D.S., 226
 McCaughey, B.G., 364
 McClellan, A.T., 196
 McClelland, D.C., 381
 McCrady, B.S., 195
 McCrae, R., 67
 McCullough, L., 195
 McDonald, J.J., 413
 McDowell, L., 35
 McEvoy, L., 380
 McGaw, B., 129
 McGoldrick, M., 86
 McGrath, R.J., 321
 McGuire, J., 95
 McIlroy, W., 125
 McKibbin, K.A., 129
 McLain, J., 90
 McMahon, S.D., 337
 McMain, S., 420
 McMurray, R.G., 340
 McNamara, J.R., 95
 McNemar, Q., 130
 McPherson, M.W., 7, 13
 McSweeney, A.J., 359
 Meara, N.M., 105
 Meares, E.R., 369
 Mechanic, D., 114, 332
 Mednick, M.T., 21
 Meehl, R., 38-39, 74, 201
 Meichenbaum, D.H., 232, 265, 266, 267, 335, 338
 Meisel, A., 89, 90
 Meisel, R., 186
 Meisol, R., 194
 Mellinger, G.D., 310
 Melton, G.B., 94
 Melzack, R., 338
 Mendoza, J.L., 123
 Menkey, H., 334
 Menninger, K.A., 253
 Menzies, R., 420
 Mercer, J.R., 389
 Mesmer, A., 10
 Messer, S., 158
 Messer, S.B., 158, 187, 192, 193, 197, 198, 215
 Messick, S., 57
 Metraux, G.S.,
 Metton, O., 404
 Meyer, R.G., 313
 Meyers, A., 331
 Meyers, A.W., 337
 Meyers, H.F., 342
 Michael, S.T., 380
 Milan, A.M., 403
 Miles M., 170, 172
 Miley, A.D., 358
 Milgram, S., 132
 Miller, N.E., 332
 Miller, R., 90, 194, 352, 358
 Miller, S., 186, 189, 192, 193, 202
 Miller, S.D., 195, 196, 199, 202
 Miller, T.I., 152
 Millman, R.B., 353
 Millon, T., 56, 68, 339
 Mills, M.E., 336
 Mintz, J., 268
 Minuchin, S., 198
 Mischel, W., 148
 Mitchell, J.R., 305
 Mitchell, S., 143, 144
 Mobley, M.J., 418
 Mohl, R.C., 194
 Moline, M.E., 90

- Monahan, J., 83
 Monette, D.R., 336
 Monroe, L.J., 337
 Montagu, M., 6
 Montouri, J., 225
 Moore, D., 339
 Moras, K., 190, 194
 Moreno, J., 165
 Morgan, C., 15
 Morin, C.M., 337
 Morishima, J., 379, 385
 Morrison, J.K., 353
 Morrow, B.R., 358
 Morrow, G.R., 90
 Morse, G.H., 358
 Morton, S.G., 12
 Moses, J., 340
 Moss, R.A., 75
 Motto, J., 29
 Mount Zion Psychotherapy Research Group,
 192
 Mowbray, C.T., 358, 365
 Mowrer, O.H., 15
 Mukherji, R.R., 393
 Mullaney, D.G., 337
 Mulvey, E., 91
 Munford, R., 297-298, 302, 318
 Munion, W.M., 138
 Munjack, D.J., 255
 Munoz, R., 36
 Munsinger, H., 127
 Muñoz, M.A., 393
 Muñoz, R.R., 349
 Muran, J.C., 195
 Murphy, H.B.M., 378
 Murray, C., 221
 Murray, H., 15
 Muscettola, G., 319,
 Myers, D.G., 191
 Myers, R., 342

 Nagalingam, R., 130
 Nagleri, J., 72
 Nagy, L., 34
 Nagy, T.F., 105
 Nakano, K., 338
 Nanni, C., 122
 Napoli, D., 14, 15, 16
 Nasrallah, H.A., 195
 Nathan, T., 386, 392
 Neale, M., 365

 Neff, D.F., 341
 Neisser, U., 389
 Nelson, P.D., 87
 Nelson, R.O., 336
 Nelson, S.E., 300
 Nester, E.J., 282, 285, 286-287
 Netz, K., 337
 Neufeld, R.W., 334
 Neufeldt, S.A., 153
 Newman, C.F., 154, 157, 186, 195, 199
 Newman, R., 104
 Niaura, R.S., 341
 Nichols, M.R., 232
 Niemeier, D.L., 192
 Nieri, D., 95
 Nietzel, M., 30
 Nilsen, D., 55
 Nolan-Hoeksema, S., 189, 192, 204
 Norcross, J.C., 19, 21, 157, 186, 187, 192, 193, 199, 202,
 207
 Norman, G.R., 114-115, 122, 125

 O'Brien, C.P., 191, 196, 198, 199, 200, 204
 O'Brien, S., 236
 O'Connor, K.J., 233
 O'Leary, K.D., 150
 O'Leary, V., 20
 O'Neal, J.H., 297, 298, 299
 Oberg, K., 393
 Ogles, B.M., 189, 190, 204
 Ohnishi, H., 391
 Olbrisch, M.E., 339
 Olfson, M., 193
 Oliver, J.M., 357
 Olivero, J.M., 363
 Olmstead, M.P., 117
 Olsen, B., 72
 Omer, H., 190
 Opler, M.K., 380
 Oriel, L.J., 255
 Orley, J., 394
 Orlinsky, D.E., 186, 188, 189, 198, 199, 207
 Orłowski, B., 364
 Orman, D.T., 120
 Ots, T., 379
 Orto, S., 90
 Oullete Kobasa, K., 342
 Overall, J.E., 38
 Overdijk, W.I., 354
 Overton, S., 337
 Owen, S.V., 391

- Packer, I.K., 410
 Paleg, K.,
 Palinkas, L.A.,
 Pallak, M.S.,
 Pamagua, F.A., 101
 Paolino, T.J., 232
 Papero, D., 173
 Pardie, L., 341
 Paredes, R., 363
 Paris, J., 279
 Parisi, S., 30
 Parloff, M.B., 116, 118
 Parmelee, W.M., 71
 Partridge, K., 386
 Pasteur, L., 7
 Patteson, D.M., 350
 Paul, S., 190
 Payton, C.R.,
 Peake, T.H., 197, 198
 Pearce, L., 86
 Pedersen, P.B., 390
 Pekarik, G., 188, 191, 193, 194, 195, 195
 Peller, J.E., 199
 Peltzer, K., 379, 392
 Peoples, C., 234
 Pérez-Vidal, A., 205
 Perkins, D.V., 95
 Perloff, R., 389
 Perls, R., 146, 165, 170, 254
 Perris, C., 154
 Perry, N.W., 339
 Persons, J.B., 117, 194, 199
 Pervin, L.A., 267
 Peters, T., 191
 Petersen, L., 224, 248
 Peterson, D.R., 18, 27
 Petty, R.E., 130
 Pezdek, K., 417
 Pfeiffer, S., 72
 Pfeiffer, W.M., 378, 391-392
 Phares, E.J., 21
 Phelps, L., 73
 Phelps, M.E., 297-298, 302, 318
 Phillips, E.L., 193
 Piaget, J., 150
 Piedmont, R.L., 67
 Piercy, F.R., 194
 Pilkonis, R.A., 116, 118
 Pincus, H.A., 193
 Pine, F., 143
 Pinel, R., 6, 8
 Pion, G.M., 21
 Pisciotta, A.V., 307
 Plake, B., 391
 Pogrebin, M.R., 359
 Polifka, J.A., 369
 Pollack, J., 195
 Pollack, M.H., 311
 Polster, E., 170
 Polster, M., 170
 Polusny, M.A., 103
 Pope, K.S., 43-44, 97, 98, 99, 103
 Popplestone, J.A., 7, 13
 Porter, F.S., 243
 Porter, N., 102
 Post, R.M., 314, 315, 319
 Postlewait, J.H., 273
 Powles, W., 165
 Prange, A.J., Jr., 319
 Preston, J., 297, 298, 299
 Price, K.P., 341
 Price, L., 34
 Price, R.H., 350, 356, 359
 Prichard, D.A., 413
 Prien, R.F., 315
 Primavera, J., 350
 Prince, M., 13
 Prince, R., 378
 Prochaska, J.O., 21, 159, 195, 199, 202, 261, 342
 Propst, R.N., 362
 Puente, A., 390
 Pulos, S.M., 197
 Quick, E., 196
 Quitkin, F.J., 316, 321
 Rabkin, J.G., 321
 Rachman, S., 338
 Rafferty, J.E., 71
 Raimy, V.C., 18, 138
 Rajab, M.H., 120
 Ramírez, S.Z., 101
 Ramos, D., 133
 Ramsden, M.F., 129
 Ramsey, T.B., 361
 Randles, R., 98
 Rank, O., 16, 187
 Rapee, R.M., 236
 Raphelson, M., 364
 Rapoport, J.L., 225, 319
 Rapp, S., 30
 Rappaport, J., 350

- Raskin, R., 145
 Rasmussen, S.A., 34, 225
 Raue, R.J., 150
 Rautkis, M.E., 361-362
 Rayner, R., 216, 230
 Reding, G.R., 364
 Reedy, R., 363
 Rees, A., 193
 Regoli, R.M., 359
 Reich, W., 252
 Reid, D.B., 63
 Reid, W.J., 199
 Reimherr, R.W., 323
 Reinharz, S., 350, 356
 Reiser, M., 417
 Reisman, J., 7, 12, 13, 16
 Reitan, R.M., 62, 64-65, 413
 Reitman, D., 130
 Rennie, T.A., 380
 Repucci, N.D., 91
 Reschly, D.J.,
 Revenstorf, D., 123
 Reviere, S.L., 97
 Reynolds, C.R., 75, 225, 248
 Reynolds, S., 193
 Rheinberger, A., 123, 124
 Rhode, D.L., 350
 Rhodes, K., 341
 Rice, L.N., 145-146, 147, 156, 157, 163
 Richard, M.T., 63
 Richards, R., 32, 33
 Richelson, E., 319
 Richmond, B.O., 225
 Rickels, K., 323
 Ridde, M.A., 225
 Ridley, C.R., 384
 Ridley-Johnson, R., 244
 Riedel, S., 361
 Rifkin, A., 321
 Riger, S., 350, 356
 Riley, G.E., 342
 Riordan, M., 341
 Ritzler, B.A., 388
 Roberts, G.E., 226
 Roberts, M.C., 243, 244, 245, 248
 Roberts, S., 340
 Robertson, G., 45
 Robertson, L., 32
 Robertson, J., 349
 Rockert, W., 117
 Rodichak, I.D., 341
 Roesch, R., 359
 Rogers, C.R., 9, 17, 32, 140, 145-146, 152, 165, 234, 253
 Rogers, R., 34
 Rogler, L.H., 392
 Roitman, D.B., 355
 Roland, A., 381
 Roper, B.L., 118
 Rorschach, H., 52, 69
 Rosenbaum, J.F., 311
 Rosenbaum, L.K., 350
 Rosenbaum R., 193, 198
 Rosenbeck, R.A., 365
 Rosenhan, D.L., 258, 355
 Rosenman, R.H., 338
 Rosenthal, R., 83, 129, 133
 Rosnow, R.L., 133
 Rosodo, J.W., 393
 Ross, L.V., 236
 Rosselli, M., 390
 Rossi, J.S., 341
 Rossi, P.H., 358
 Roth, L.H., 89, 90
 Rotter, J.B., 9, 71, 140
 Rounsaville, B.J., 155, 197
 Routh, D.K., 11, 12, 15, 216
 Rubin, D.B., 129
 Rubin, S.S., 192
 Rudd, M.D., 120
 Rudy, T., 30
 Rumberger, R.W., 350
 Rush, A.J., 151, 154
 Rushton, J.R., 133
 Rutan S., 168
 Ryan, N.C., 129
 Ryburgn, M., 61
 Sabin, J.E., 186
 Sachs, J.S., 190, 192
 Sacks, H.S., 130
 Sadock, B.J., 287, 293, 295
 Saeki, C., 102
 Safran, J.D., 156
 Saint Augustine, 139
 St. Lawrence, J.S., 130
 Salina, D., 337
 Salkovskis, P.M., 198
 Salovey, R., 198, 267,
 Salter, A., 9, 148
 Salzam, C., 306
 Sampson, S., 192
 Samstag, L.W., 195

- Sanders, D.H., 350
 Sandler, I.N., 361
 Sandler, J., 252
 Sanua, V.D., 385
 Sarason, I.G., 332
 Sarason, S.B., 18, 350, 352
 Sartorius, N., 378
 Satir, V., 174
 Sattler, J.M., 52, 61, 75, 216, 221, 223, 240-242, 248
 Saunders, N.L., 341
 Sawyer, D., 189
 Sayette, M.A., 19
 Saywitz, K.J., 94
 Scaglione, R., 420
 Schaap, C., 121
 Schaefer, C.E., 233
 Schafer, R., 253
 Scharfetter, C., 393
 Schartzer, J.E., 362
 Scheidlinger, S., 168, 204
 Scher, S.J., 130
 Schiffer, R.B., 298
 Schlossberger, E., 94-95
 Schmale, A., 90
 Schmidt, F.L., 120
 Schmidt K.A., 193
 Schmidt, L.D., 105, 206
 Schmidt, N., 355
 Schmitt, N., 32
 Schnable, R., 336, 338
 Schnee, S.B., 358
 Schneeweiss, R., 310
 Schneider, H.G., 81, 83, 91
 Schneider, J.A., 335
 Schoenholtz-Read, J., 167
 Schofield, W., 339
 Schoonover, S C., 314
 Schoop, R.F., 420
 Schow, M., 314
 Schrader, S.S., 198
 Schultz, D.F., 363
 Schwankovsky, L., 122
 Schwartz G.E., 331
 Schwartz, J.H., 287
 Schwartz, J.M., 297-298, 302, 318
 Schwartz, M.S., 347
 Scott, L., 83
 Seaman, H., 105
 Searight, H.R., 357
 Sears, R., 15
 Sedlmeier, R., 122
 Seekins, T., 355
 Seelau, E.R., 403
 Segal, L., 198
 Segal, S.P., 359
 Segal, Z.D., 156
 Seiden, R.H., 91
 Seidman, E., 350
 Seitz, V., 350
 Selby, V.C., 341
 Selekmán, M.D., 194, 195, 197, 204, 205
 Seligman, M.E.R., 153, 332
 Selin, C.E., 297-298, 302, 318
 Serpell, R., 389
 Sesak, R.M., 89,90
 Sexton, T.L., 268
 Sexton-Radek, K., 336, 337, 341
 Seyle, H., 332
 Sgroi, S.M., 243
 Shader, R.I., 310
 Shadish, W.R., 359
 Shaffer, W.F., 201
 Shakow, D., 17
 Shapiro, D., 193
 Shapiro, D.A., 193, 200
 Shaw, B.F., 198
 Shaw, J., 151,154
 Shea, T., 116, 118
 Shear, M., 34
 Sheffield, B.F., 115
 Shefler, G., 197
 Shelton, B., 341
 Shelton, J.L., 204, 255
 Sher, K.J., 202
 Sheridan, E.R., 87, 339
 Sheridan, K., 95
 Sherner, L.B., 305
 Sherwood, L., 285
 Shiang, J., 185, 186, 187, 190, 193, 207, 215
 Shiang, S., 186, 192, 199
 Shinn, M., 361
 Shirley, A., 130
 Shlein, J.M., 146
 Sholomskas, D., 34
 Shriqui, C.L., 195
 Shulman, K.I., 323
 Shumaker, S.A., 354, 360
 Shure, M.B., 349, 366
 Sibulkin, A.E., 114
 Siegel B.A., 407
 Siegel, M., 92
 Siegman, A., 32

- Siever, L.J., 316
 Sifneos, P.S., 192, 197
 Silber, L., 355
 Silver, B.V., 337
 Silverman, C., 359
 Sime, W.E., 354
 Simek-Morgan, L., 32
 Simon, T., 13, 52
 Singer, B., 190, 193
 Singer, D., 171
 Singer, J.E., 339
 Skinner, B.F., 230
 Slaiku, K.A., 363
 Sledge, W.H., 190, 194
 Sleek, S., 97
 Slovenko, R., 415
 Smith, D.E., 97, 98, 99, 100, 107, 310
 Smith, M.L., 129, 152, 194
 Smithson, E., 310
 Smyrnios, K., 194, 205
 Sobel, D., 342
 Sadowsky, G.R., 391, 396
 Sokolov, S., 129
 Solomon, R., 365
 Somborg, D.R., 90
 Sonne, J.L., 97
 Sonnenberg, S.M., 192, 197
 Soo-Hoo, T., 349
 Sotsky, S.M., 116, 118
 Southam-Gerow, M.A., 117
 Sowell, T., 206
 Sparrow, S.S., 73, 224
 Speed, J.L., 186
 Speer, R., 356, 369
 Spence, K.W., 140
 Spence, J., 20
 Spiegel, D., 336
 Spielberger, C.D., 225
 Spitzer, R., 34
 Spitznagel, E.L., 380
 Spivack, G., 349, 366
 Sports, T., 323
 Spreen, O., 62
 Srole (Strole), L., 380
 Stack, L.C., 358
 Stackhaus, J., 123, 124
 Staley, S., 420
 Stanley, J.C., 336
 Starcevic, V., 379
 Stark, M., 253
 Startup, M., 193
 Steadman, H.J., 365
 Stein, D.M., 191, 192
 Stein, R., 362
 Steinberg, M., 34
 Steketee, O., 118
 Stenmark, D.E., 369
 Steptoe, A., 340
 Stern, D., 143
 Stem, W.L., 52, 388
 Sternberg, R.J., 389
 Stethem, L.L., 63
 Stewart, D., 361
 Stewart, E.C., 376
 Stewart, J.W., 316, 321
 Stewart, S., 268
 Stiles, T.C., 193
 Stitzel, R.E., 285
 Stockton, M., 337
 Stone, G.C., 339
 Stone, G.L., 90
 Stone, W., 168
 Stoyva, J.M., 337
 Strachey, J., 144
 Strasburger, L.H., 98
 Strean, H.S., 253
 Street, W.J., 332
 Streiner, D.L., 114-115, 121, 122, 125, 129, 130, 133
 Stricker, G., 158, 160
 Strickland, B., 20
 Strupp, H.H., 118, 153, 155-156, 188, 190, 197
 Stuart, R., 180
 Stulman, D.A., 120
 Stunkard, A.J., 337
 Sturgis, B.J., 420
 Sturr, J.R., 381
 Stuss, D.T., 63
 Sue, D.W., 91, 101-102, 395
 Sue, S., 83, 206, 379, 383, 385, 387
 Suissa, S., 120
 Sukel, H.L., 404
 Sulhvan, H.S., 140, 143
 Sullivan, T.J., 91, 336
 Summerfelt, A.T., 307
 Sundberg, W.D., 395
 Svartberg, M., 193
 Swanson, C.D., 95, 103
 Sweet, A. A., 150
 Swerdlik, M., 61
 Swift, C., 350
 Swonger, A.K., 285

- Szpocnik, J., 205
 Szuba, M.P., 297-298, 302, 318
 Tabachnick, B.G., 97
 Takeuchi, D.T., 357
 Talaga, M., 297, 298, 299
 Talbott, J.A., 357
 Tallent, N., 26, 30, 43, 44, 45
 Talmon, M., 187, 193, 198,
 Tanaka-Matsumi, J., 378, 379, 394, 395
 Tassinary, L.G., 130
 Tatsuoka, M.M., 69
 Taube, C.A., 193, 194
 Taylor, C.B., 335
 Taylor, J., 106
 Taylor, S.E., 340
 Tchividjian, L.R., 342
 Tebes, J.K., 361
 Teders, S.J., 341
 Tellegen, A., 225, 387
 Terman, L.M., 8, 14, 52, 61, 388
 Tershko, O., 361-362
 Tesar, G.E., 311
 Thadani, D., 363
 Theobald, D.E., 337
 Thomas, S.A., 336
 Thompson, C.E., 388
 Thompson, S.C., 122
 Thorensen, C., 339
 Thorndike, R.L., 52, 223
 Ticknor, C., 194
 Todd, T.C., 195, 205
 Tombaugh, T., 35
 Topp, J.E., 380
 Toro, R.A., 365
 Tortu, S., 353
 Tracey, T.J.G., 201
 Treat, S., 203, 205
 Trepanier, K.L., 118
 Triandis, H.C., 376, 381, 382, 391
 Tricamo, E., 321
 Trimble, J.E., 385
 Trae, R.H., 91
 Tratt, S.D., 256
 Trzepacz, P.T., 35
 Tseng, W.S., 385
 Tuke, William, 6,
 Tulkin, S.R., 339
 Turna, J.M., 244
 Tunks, E., 333
 Turk, D.C., 30, 265, 266, 267, 338, 340
 Turner, S.M., 114
 Tursky, B., 341
 Tymchuk, A.J., 83
 Uhde, T.W., 314
 Ulenhuth, E.H., 310
 Urbina, S., 389
 Ursano, R.J., 192, 197
 Vaccarino, J.M., 91
 Vachss, A., 192, 195
 Vaillant, G.E., 115
 Vajner, R., 244
 van den Hout, M., 114, 121
 van der Veer, G., 394
 Van Doornen, L.J., 341
 VandeCreek, L., 94
 VandenBos, G.R., 193
 Varney, N.R., 62
 Varni, J.W., 244
 Vasquez, M.J.T., 99, 103, 106, 385
 Vaux, A., 361
 Veroff, J., 356
 Vesper, J.H., 83, 88
 Vestergaard, R., 314
 Vinogradov, W., 166
 Visher, E., 176, 178
 Visher, J., 176, 178
 Voolkart, E.H., 332
 Vorspan, R., 363
 Wachtel, E.R., 159
 Wachtel, P.L., 159, 163
 Wack, J.T., 338
 Wade, J.B., 337
 Wade, T.C., 71
 Walfish, S., 369
 Walker Dilks, C.J., 129
 Walker, S.E., 323
 Wall, P.O., 338
 Wallace, C., 30
 Wallach, M.S., 153
 Wallander, J.L., 244
 Wallerstein, J., 175
 Wallerstein, R., 190
 Wallin, W., 14
 Walsh, D., 30
 Walsh, M.R., 5,
 Walter, H.I., 236
 Walter, J.L., 199
 Walters, R., 148
 Wandersman, A., 350, 356

- Wang, J., 62
 Ward, J., 106
 Ward, M., 323
 Ward, N.G., 192, 195
 Warman, R.E.,
 Warner, R., 114
 Warren, C.S., 187, 192, 193, 197, 198, 215
 Wasmer, D., 365
 Wassef, A., 101
 Waterman, R., 191
 Watkins, J.T., 116, 118
 Watkins, N., 123, 124
 Watsky, E.J., 306
 Watson, J.B., 140, 216, 230
 Watzlawick, R., 198, 203
 Weakland, J., 198, 256
 Weakland, S.H., 188, 203
 Weatherman, R.F., 73
 Weathers, R., 34
 Webb, J., 365
 Webster, C.D., 420
 Wechsler, D., 52, 59, 223
 Wedding, D., 186
 Wedgwood, R.J., 244
 Weeks, R., 182
 Weeks, G.R., 203, 205, 268
 Weil, G.R., 226
 Weinberg, R.B., 364
 Weinberger, J., 152
 Weiner, I.B., 22
 Weiner-Davis, M., 191, 199
 Weinstein, H.P., 67
 Weishaar, M.E., 198
 Weiss, B., 117, 122
 Weiss, L., 339
 Weiss, S.M., 331, 339
 Weiss, S.R.B., 315
 Weissman, M.M., 155, 197
 Weisz, J.R., 117, 122
 Welfel, E.R., 83
 Well, G.L., 403, 420
 Wells, K.C., 236
 Wells, R.A., 185, 186, 190, 191, 192, 194, 205, 206, 215
 Wender, P.H., 323
 Wendt, H.W., 381
 Wesley, G.R., 81, 83, 91
 Wesson, D.R., 310
 West, S.G., 121, 392, 394
 Westermeyer, J., 393
 Whetsel, D., 103
 Whiston, S.C., 268
 Whitaker, C., 173, 174
 Whitley, B.E., Jr., 95
 Whitman, T., 232
 Wickersham, D., 120
 Wiens, A.N., 31
 Wilcox, K.T., 244
 Wilcoxon, L.A., 232
 Williams, G.T., 90
 Wilk, J., 200, 204
 Wilkinson, G.S., 224
 Willan, A., 125
 Williams, C.L., 66, 225
 Williams, D.A., 341
 Williams, J., 34
 Williams, M.H., 413
 Williams, R.E., 199, 388
 Williamson, D.A., 337
 Willner, H.S., 90
 Wilner, S., 190
 Wilson, C., 334, 336
 Wilson, D.B., 189
 Wilson, G.T., 150, 198, 336
 Wilson, R.R., 391
 Winegar, N., 103
 Winett, R.A., 339, 342
 Wing, R., 338
 Winick, B.J., 409
 Winnicott, D.W., 144
 Winston, A., 195
 Winter, M.E., 305
 Wissler, C., 51
 Witheridge, T.F., 365
 Witmer, L., 8, 11, 12-13, 24, 243
 Wittchen, H-U., 114
 Wittig, A.F., 95
 Wittkower, E.D., 378
 Wilkinson, W.H., 363
 Wogan, M., 153
 Wolber, G.J., 43, 45
 Wolberg, L.R., 192, 198
 Wolf, S.M., 104
 Wolff, S.M., 342
 Wolfson, D., 64, 413
 Wolpe, J., 148-149, 168
 Wong, F.Y., 348, 349, 353, 356, 357, 359, 360, 369
 Wong, N.W., 361
 Wood, D., 323
 Woodcock, R.W., 51, 73
 Woodring, J., 339
 Woodward, C.A., 133
 Woodworth, R., 52

- Woody, G.E., 196
Woolen, R.L., 323
Wortman, C., 339
Wright, F.D., 154, 195
Wright, L., 20, 243, 244
Wright, T.L., 333
Wrightsman, L., 30
Wundt, W., 7, 8, 11, 51
Wysocki, T., 341

Yalom, L., 147-148, 166, 170, 172, 186, 191, 206
Yapko, M., 199
Yates, B.T., 342
Yates, D., 14

Yeh, E.K., 380, 385
Yerkes, R., 14, 17, 52
Yontef, G., 147
Young, D.M., 200
Young, K., 206
Youngren, M., 36

Zane, N., 206
Zeig, J.K., 138, 198
Zeiss, A., 36
Zerubavel, E., 89, 90
Zuniga, M.E., 392
Zuttermeister, R., 336, 338

ÍNDICE ANALÍTICO

- Abnormal Psychology, Journal of* (Prince), 13
- Abogado del paciente, 431
- Abreacción, 143, 233, 424
- Abuso de sustancias, 336, 353, 362-363
y la terapia breve, 195
- Abuso infantil, 94, 242-243, 245, 415-416, 419, 425
- Abuso sexual (véase Abuso infantil)
- Acinesia, 424
- Acoplamiento ambiente-persona, 424
- Acreditación, 14-15, 19
- Aculturación, 102, 424
- Adaptación a la cultura, 424
- Adenositrifosfato (ATF), 275, 277, 283, 424
- Adherencia al tratamiento/no adherencia, 263-268, 338-339
- Administración de veteranos, evaluación y la, 27
y la psicología clínica, 9, 20
- Administración del cuidado mental, 156, 245
definición del, 426
problemas éticos y, 103-105
y la terapia breve, 186
- Agotamiento, 120-121, 427
- Albergue, 358
- Aleatorización, 425
- Alfa, 424
- Alianza nacional para la enfermedad mental (ANEM), 354
- Amalgamamiento, 235, 428
- Amnesia, 424
- Análisis factorial, 424
- Análisis funcional, 424
- Antecedente ético (véase Minorías)
- Antidepresivos, 298-299, 302, 314, 315-319, 321-322, 323
efectos colaterales de los, 319
- Aparato de Golgi, 276, 282, 429
- Apoyo decretado, 360, 424
- Apoyo social, 354, 360-363, 434
- Apoyo social percibido, 360, 431
- Acinesia, 424
- Asilos (véase también Institucionalización) para dementes, 6-7
- Asociación de psicología científica y aplicada (APCA), 20
- Asociación estadounidense de psicología clínica (AEPC), 9, 14
- Asociación estadounidense de psicoterapia de grupo, 166
- Asociación estadounidense en retraso mental, 73
- Asociación estadounidense para la psicología aplicada (AE-PA), 9, 17
- Asociación estadounidense para la psicología de aplicación y preventiva, 10, 20
- Asociación nacional de la salud mental, 7
- Asociación estadounidense de psicología (APA), 1, 17, 20, 348 (véase también índice onomástico)
acreditación (certificación) de problemas y la, 14-15, 19
código ético de la, 81-83, 88, 89, 93, 98, 100, 105, competencia profesional y la, 87-88, 217, 305
estructura de la, 10
historia de la, 7-8, 15-16, 17, 20
mujeres en la, 17
y la diversidad cultural, 376
y la psicofarmacología, 324-327
y la psicología infantil, 216-217, 236
y las pautas de la investigación, 131-132
y los problemas sociales, 353
- Asociación estadounidense de psiquiatría, 9
- Aspectos éticos, 80-81, 130-134
administración del cuidado mental y la, 103-106, 186
- Autoplática, 335-336
- Autoplática positiva, 335
- Autonomía, 85-86, 92, 98, 130, 348, 424
- Axón y terminal, 282, 283-285, 425,
- Base de datos, computarizados, 128-129
- Basic Family Therapy* (Barker), 173
- Bell Curve, The* (Herrnstein y Murray), 133
- Beneficencia, 84-85, 425
- Beta, 425
- Biomoléculas, 425
- Biorretroalimentación, 24, 334-335, 337, 341, 342
- Brujería, 5-6
- Calificaciones equivalentes a la edad, 220, 425
- Calificaciones equivalentes al grado escolar, 220, 429
- Cambio social, 352-356, 432
- Cambio, teorías del, 143-145, 146-147
- Capacidad disminuida, 410-411, 427
- Capacitación clínica, 18-19 (véase también Psicólogos clínicos)
- Capacitación para las habilidades de la vida (LST), 353

- Carga genética, 303
- y depresión, 296
- Casos de la corte:
 - Canterbury vs. Spence*, 90
 - Cobbs vs. Grant*, 92
 - Daubert vs. Merrell Dow Pharmaceuticals*, 405
 - Dusky vs. United States*, 407
 - Frye vs. United States*, 404, 405
 - Jackson vs. Indiana*, 409
 - Jenkins vs. United States*, 404
 - Miranda vs. Arizona*, 409
 - Tarasoff vs. Board of Regents of California*, 94, 414
 - White vs. North Carolina State Board of Examiners of Practicing Psychologists*, 105
 - Wickline vs. State of California*, 104
- Castigo negativo, 231, 430
- Castigo positivo, 432
- Células, estudio de las (citología), 274-278, (véase también Neuronas)
- Centro de asistencia infantil de Filadelfia, 174
- Centrosomas, 277, 425
- Cerebro (véase también Conciencia)
 - cognición y el, 279-281
 - daño del, 289
 - desarrollo en el útero del, 287-288
 - desarrollo posnatal del, 288-289
 - disfunción (mínima), 239
 - emociones y el, 279
 - en los adultos, 289-293
 - estructura del, 278-281, 289-293
 - evolución del, 278-281
 - mapeo del (neuroimágenes), 328
 - metal, y efectos sobre el, 300-301
 - psicopatología y el, 296-300
 - química del, 281-287
 - transmisiones neurales en el, 281-287
 - y la enfermedad física, 300-302
- Certificación, problemas de, 20 (véase también Acreditación)
- Certificación/descertificación, 409- 410, 425
- Changing with Families* (Sati, et. al), 174
- Choque cultural, 393-394, 427
- Científico/psicólogo clínico, 433
- Citoesqueleto, 275-276, 282, 427
- Citoplasma, 274, 275-276, 282, 287, 427
- Client Centered Therapy* (Rogers), 9
- Clinical Psychology* (Lowitt), 9
- Clínicas universitarias, 13 (véase también Psicología comunitaria)
- Cloropromazina (CPZ), 113-114
- Clubes psicosociales o casas club, 362-363, 366, 432
- Código de Nuremberg, 130, 431
- Coeficiente alfa, 57, 426
- Coeficiente de inteligencia (CI), 222, 241-242
- Cognitive Therapy of Depression* (Beck, et.al.), 154
- Colaboración, 426
- Colección de datos, y evaluación, 28
- Colectivismo, 382-383, 426
- Comisión nacional conjunta sobre la discapacidad del aprendizaje (CNCDA), 239-240
- Compensación a trabajadores/LSC y los, 413
- Competencia, 87-88, 92
- Competencia civil, 415, 426
- Competencia criminal, 407-409, 427,
- Complacencia, 25, 117, 338, 426
- Compuestos orgánicos, 431
- Conciencia (véase también Cerebro)
 - evolución de la, 272-278
- Conciencia, y resistencia, 262
- Condicionamiento clásico, 230, 426
- Condicionamiento instrumental (véase Teoría operante)
- Condicionamiento pavloviano, 229-230
- Conditional Reflex Therapy* (Salter), 9
- Conducta adaptativa, 424
 - pruebas para la, 224-224
- Conducta agresiva, predicciones de la, 420
- Conducta antisocial, y la terapia breve, 195
- Conducta no verbal, evaluación y, 32, 431
- Conductismo, 140-141, 255, 258
- Conferencia de Boulder (1949), 18-19
- Confiabilidad, 220-221, 433
- Confiabilidad de forma alternada, 221, 426
- Confiabilidad de la prueba, método por mitades (fórmula Spearman-Brown), 57
- Confiabilidad test-retest, 57, 220-221, 435
- Confidencialidad, 86, 92-95, 421, 426
 - y el abuso infantil, 94
 - y el deber de proteger, 94-95
 - y la terapia de grupo, 167-168
- Confinamiento civil, 426
- Conjoint Family Therapy* (Satir), 174
- Consejo estadounidense de examinadores en psicología profesional (CEEPP), 9, 19, 39
- Consejo nacional de psicólogas, 17
- Consentimiento informado, 43, 88-92, 428 (véase también Libre consentimiento)
 - en estudios de investigación, 130-134
- Constructo de validez, 58-59, 221, 426
- Consumer Reports* (revista), 152
- Contratos, en terapia familiar, 180- 181
- Contratransferencia, 427
- Controles históricos, 113, 429,
- Conveniencia social, 433

- Corea, 425
- Craneología, 12
- Criminología (véase Psicología forense)
- Criterio-referencial de la prueba, 53-54, 427,
- Cruzar el límite, 96-97, 426
- Cuasi experimento, 426
- Cuidadores, 361-362
- Cultura, 375-377, 427 (véase también Psicología transcultural)
- y la enfermedad mental, 380-381
- y la psicoterapia, 141-142, 375, 390, 391-396
- Cultura subjetiva, 376,434
- Cumulative index of nursing and allied health literature* (CINAHL) {base de datos computarizados}, 128
- Custodia física, 432
- Custodia legal, 415, 419, 430
- Daño físico, protección del, 94-95
- Daño personal, 419, 432
- daños psicológicos y, 411-416
- Declaración de Helsinki, 130, 427
- definición de la, 187-188, 425
- eficacia de la, 186, 193, 194
- enfoques de la, 196-199
- historia de la, 187
- límites de la, 195
- modelos de la, 190-192
- multiculturalismo y la, 206-207
- procedimiento fuera de línea de la, 199-204
- seguro de la salud y la, 185-186, 194
- valores compartidos de la (principios generales de la), 188-190
- y la terapia de grupo, 204-206
- Delincuentes juveniles, 174
- Demandado, 427
- Demandante, 432
- Dendritas, 282, 283, 288, 427
- Depresión (episodios de depresión mayor/EDM) 10, 296-297, 312
- Desunión, 234, 427
- Desarrollo infantil, 14
- Desensibilización, 149
- en diferentes culturas, 378-379
- psicología de la salud y la, 340-341
- terapia cognoscitiva y la, 154-155
- terapia interpersonal y la, 197
- y la psicofarmacología, 315, 320, 322-323, 324
- Desinstitucionalización, 355-356, 357, 427
- Deterioro de la audiencia, prueba para, 73
- Diagnóstico clínico (véase también Evaluación)
- definición del, 426
- y las referencias, 29-30
- Dictionary of Behavioral Assessment Techniques* (Hersen y Bellach), 72
- Dieta, 337
- Dilema ético, 83, 428
- Dinamismo confuciano, 426
- Diplomado, 427
- Discapacidades, gente con (véase Poblaciones especiales)
- Diseño A-B-A, 123-125,424
- Diseño individual, 427
- Diseño inverso, 427
- Diseño pre-test/post-test, 114, 122, 425
- Disfunción sexual, 319
- Dicinesia tardía (DT), 308, 309, 318, 435
- Distancia social, 384,434
- Distonía, 427
- Diversidad cultural, 83, 100-103, 350, 376-378 (véase también Antecedente étnico; Multiculturalismo)
- comunicación y la, 101
- problemas éticos y la, 102-103
- y la Asociación estadounidense de psicología, 376
- y la terapia familiar, 182-183
- Divorcio (véase también Terapia familiar), 175-176
- divorcio y, 175-176
- evaluación y, 235
- familias mezcladas y, 176-179
- historia de la, 173-175
- terapia breve y, 204-206
- y la terapia de parejas, 179-183
- y los niños, 234-236
- Dolores de cabeza, 337, 341
- Dopamina, 286
- y la esquizofrenia, 299-300
- y la psicofarmacología, 307, 318
- Drogas ansiolíticas, 306, 309-312
- adicción y las, 310-311
- sobredosis de, 310
- Drogas hipnóticas, 312-313
- Drogas neurolépticas (tranquilizantes), 306-309,431
- efectos colaterales de las, 307
- Drogas psicoactivas (véase también Psicofarmacología; Drogas psicotrópicas)
- Drogas psicotrópicas, 298-300
- adicción y las, 310-311
- antidepresivas, 314. 315-319, 321-322, 323
- definición de las, 433
- drogas ansiolíticas y, 306, 309-312,
- drogas hipnóticas y, 312-313
- drogas neurolépticas (tranquilizadores) y, 306-309
- efectos colaterales y las, 307, 319, 322, 324
- estabilizadores del estado de ánimo/antimaniaco y las, 313-315

- historia de las, 9-10
- inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO) y las, 322-323
- inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina (ISRS), 319-321, 322
- psicoestimulantes, 323-324
- sobredosis de, 310
- tasas de complacencia y las, 314
- Educación en salud mental, 353, 430
 - medios de comunicación, uso de, y la, 349
- Efectividad, 428 (*véase también* Eficacia)
- Efectividad en los estudios de investigación, 113-122
- Efecto Hawthorne, 429
- Efectos colaterales extrapiramidales (ECE), 428
- Eficacia, 122, 236, 428 (*véase también* Efectividad)
 - y el reporte por escrito, 44
- Ego, concepto transcultural del, 381
- Ego individualista, 381-383, 428
- Ego sociocéntrico, 428
- Ejemplo de estandarización, 53, 218, 434
- Ejercicio (acondicionamiento físico), 338-339, 341
- Electroencefalografía (EEG), 293, 296, 428
- Emic, 377, 389, 428
- Emigrantes europeos, 15-16
- Emociones, 279
- Empatía, 384, 428
- Enajenación de la escuela, 424
- Enfermedad de Parkinson, 286
- Enfermedad del corazón, 338
- Engaño, 427
- Enfermedad física (trastornos), 300-302
 - y estrés, 332-333, 341
- Enfermedades mentales (Trastornos mentales):
 - estrategias de intervención para las, 359-366
 - ofensores criminales y las, 410-411
 - problemas sociales de las, 357, 358-359
 - y la psicología comunitaria, 355-362
 - y la psicología transcultural, 378
- Ensayo de asignación aleatoria controlada (EAC), 115-116, 118, 122
- Entrevista, 430
 - confiabilidad de la, 32-33
 - y evaluación, 31-35, 386-387
- Entrevista estructurada, 32-34, 434
- Epidemiología, 114, 428
- Epidemiología del SIDA, 342
- Epinefrina, 286
- Error del tipo I, 121, 435
- Error del tipo α , 118, 120, 435
- Error estándar de medición, 220, 428
- Escala de conductas de apoyo social, 361
- Escala de calificación del comportamiento, 37, 331-332, 428
- Escala de inteligencia de Stanford-Binet (RE-SB), 59 cuarta edición, 61-62, 223
- Escala revisada de ansiedad manifiesta infantil (RCMAS), 225
- Escala Vineland sobre la madurez social, 73
- Escala Yale-Brown de obsesión-compulsión para niños (YBOCS-C), 225
- Escalas (*véase* Pruebas psicológicas)
- Escalas/medición (*véase* Pruebas psicológicas)
- Escalas sobre la conducta independiente (SIB), 73-74
- Escalas Vineland de conducta adaptativa (EVCA), 73, 224-225, 239
- Escuela profesional de psicología de California, 10, 19
- Esquema de eventos placenteros (PES), 36-37
- Esquizofrenia, 9, 10, 11
 - y la psicofarmacología, 299-300, 306-307, 309
 - y la terapia breve, 195
- Estabilizadores del estado de ánimo/antimaniacos, 313-315
- Estadística:
 - y los estudios de investigación, 121-130
 - y predicción, 22
- Estado estable, 434
- Estados Unidos, psicología en, 7-8, 13-14, 21
- Estereotipo, 384-385, 434
- Estímulo ihcondicionado, 435
- Estímulos condicionados, 426
- Estrés, como disparador de enfermedades, 303, 332-334, 341
- Estudiantes, como sujetos de investigación, 130-131
- Estudio de cohorte, 114, 122, 428
- Estudio de grupo de control no equivalente, 114-115, 428
- Estudio de grupo único pre-test/post-test, 114-115, 428
- Estudio de línea base múltiple, 125-126, 128, 428
- Estudios de investigación, 121-130 (*véase también* Efectividad)
 - diseño de los, 113-118, 122-127
 - en la psicología infantil, 236-237
 - ética y los, 130-134
 - importancia estadística de los, 121-130
 - reducción de los, 120-122
 - resultados y los, 118-120, 152-154
 - y la psicología comunitaria, 369-370
- Estudios sobre la histeria* (Breuer y Freud), 8
- Ethical Principles of Psychologists and Code of Conduct* (APA), 82, 84-86, 88, 89, 421
- Ethical Standards for Psychologists* (APA), 9-10

- Ética, 377, 428
- Ética de la virtud, 105-106
- Ética en el cuidado, 106, 429
- Ética profesional, 80-87, 429
- Eucariote, 274, 277, 429
- Eugenesia, 11-12, 429
- Evaluación 22 (*véase también* Pruebas)
 - colección de datos y, 28
 - conducta y, 36-38, 72, 425
 - de minorías, 385-391
 - definición de, 27-28, 424
 - ejemplos de, 45-48, 227-229
 - en la neuropsicología, 295-296
 - entrevista y, 31-35, 386-387
 - fases de la, 28-29
 - historia de la, 26-27
 - juicio clínico y, 29, 38-39
 - medicina conductual y, 333-334
 - para niños, 217-229, 235
 - problemas legales y la, 30, 42, 43
 - referencias y, 29-30
 - reporte de la, 43-48, 90
 - teoría conductual y, 160
 - teoría y, 30-31
 - y el DSM, 40-43, 201
 - y la psicología forense, 419
 - y la terapia familiar, 235
- Evaluación industrial, 30
- Evaluación de pruebas, 55-57
- Examen del estado mental (EEM), 429
 - en evaluación, 28, 34-36
- Experiencia emocional-correctiva, 144, 233
- Experiencia Yo-usted, 147
- Experimento real, 115-116, 429
- Exposición, 429
- Factores (terapéuticos) comunes, 152, 157, 429
- Familia de origen, 429
- Farmacocinética, 305, 429
- Farmacodinámica, 305, 429
- Federación mundial para la salud mental, 21
- Fenomenología, y resistencia al tratamiento, 253-254
- Fidelidad, 86, 429
- Fijación social, 356, 429
- Filosofías orientales, 165
- Fórmula Sperman-Brown (confiabilidad de la prueba de la división por mitades), 57
- Fourteen ounces of prevention* (APA), 353, 366
- Freudianismo, 197-198, 331 (*véase también* Teoría psicodinámica)
 - historia del, 11
 - y la resistencia al tratamiento, 250-253
- Grupos de apoyo, 434
- Grupos de aprendizaje cooperativo (GAC), 123
- Grupos de autoayuda, 337 (*véase también* Grupos de apoyo)
- Grupos de ayuda mutua (*véase también* Grupos de apoyo)
- Grupos de capacitación (*véase* Grupos T)
- Grupos T, 164
- Habilitación, 350-351, 429
- Hablar de uno mismo, 96-97, 102
- Heterótrofo, 429
- Hipnotismo, 11
- Histeria, 429
- Historia natural, 430
- Hormonas, 286,
 - y estrés, 278
- Hospitales mentales, 13 (*véase también* Institucionalización)
- Identity, youth and crisis* (Eriksson), 216
- Imágenes de resonancia magnética (IRM), 62, 294-295, 328, 429
- Imperialismo ético, 133, 429
- Inconsciente 142-145, 435
 - (*véase también* Teoría psicodinámica)
 - resistencia *e*, 251-252
- Index medicas* (base de datos computarizados), 128
- Individualismo, 429
- Infantes (*véase también* Psicología infantil)
 - abuso de, 94, 242-243, 245, 416-417, 419
 - ansiedad y temor en los, 230
 - casos de custodia de los, 415-416, 419
 - como ofensores criminales, 409-410
 - en familias mezcladas, 175-178
 - problemas médicos y los, 244-245
 - psicología comunitaria y los, 366-367
 - trastornos de aprendizaje en los, 239-241
 - y los estudios de investigación, 132
- Inferencia, y evaluación, 28
- Ingreso complementario de seguridad (SSI), 76
- Inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina (ISRS), 310, 311, 313, 316, 319-321, 322, 429 (*véase también* Serotonina)
 - e interacciones droga-droga, 320
 - efectos colaterales del, 319
- Inhibidores de la monoaminooxidasa (IMAO), 322-323
 - efectos colaterales y los, 322
- Inhibitions, symptoms and anxiety* (Freud), 251
- Inmigrantes, estudios de los, 14
- Institucionalización (*véase también* Asilos)
- Instituto de investigación mental, 188
- Instituto nacional de salud mental (INSM), 17-18
- Institutos nacionales de salud (LNS), 131

- Oficina para la protección contra los riesgos de inversión (OPRR), 131, 133
- Integración de la psicoterapia, 157-160, 171,
definición de la, 433
terapia de grupo y la, 170-172
y la resistencia al tratamiento, 258-261
y la terapia breve, 199
- Integración social, 357, 434
- Integrative solutions* (Weeks y Hof), 182
- Intervención en crisis, 199
- Intrapsíquico, 262, 430
- Inventario de ansiedad rasgo-estado para niños (STAI-C), 225, 340
- Inventario de personalidad NEO, edición revisada (NEO PI-R), 66-67
- Inventario de la personalidad para niños (PIC), 227
- Inventarios de reporte personal, 66-69
- IRM funcional (IRMF), 294-295, 328
- Journal of family psychology*, 176
- Juicio actuarial, 430
en evaluación, 29, 38-39
- Juicio clínico, 430
- Lenguaje, y psicoterapia del, 132-133, 242, 393 (*véase también* Imperialismo ético)
- Ley de los centros de salud mental de la comunidad de 1963, 355, 356, 363
- Ley pública (L.P.) 94-142, 239, 240
- Libre consentimiento, 429 (*véase también* Consentimiento informado)
- Límite (concepto de la Gestalt), 171
- Límites (en la relación terapeuta-paciente) 96-97, 430
- Lincamientos éticos, 84-86, 431
- Líquido cefalorraquídeo (LCR), 295, 429
- Lisosomas, 276, 277, 430
- Locura, 430
- Locus ceruleus (LC), 298-299
- Maduración, 233
- Manejo asertivo del caso, 365-366, 427
- Manejo del estrés, 354-355 (*véase también* Relajación)
- Maniaco-depresivo (*véase* Trastorno bipolar)
- Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* /DSM (Asociación psiquiátrica americana), 9-10, 26-27, 34, 40-43, 379, 383, 412
confiabilidad del, 42-43
problemas legales y el, 412
psicología transcultural y el, 379-380, 383
y el retraso mental, 238
y la evaluación, 40-42
y la programación de la entrevista estructurada, 34
y la psicología infantil, 236-237
y las discapacidades de aprendizaje, 240
- Manuales, la psicoterapia mediante, 117, 154-156, 432
- Medicamentos que se venden sin receta (SR), 301, 312, 313 (*véase también* Drogas hipnóticas)
- Medicina conductual, 302-303, 425 (*véase también* Psicología de la salud)
educación y capacitación para la, 339,
eficacia de la, 336-339
estrés y la, 332-334
investigación en la, 336-339
psicólogos clínicos y la, 333-334
y el tabaquismo, 336
- Medicina psicosomática, 331
medición/pruebas de 221-227
problemas psicométricos y la, 218-221
teoría del aprendizaje y la, 229-231
teorías del desarrollo y la, 218
terapia psicodinámica en la, 232-234
tratamiento cognoscitivo conductual en la, 232
y minoría de niños, 241-242
- Medidas por el reporte de los padres, 226-227
Listado de la conducta infantil (CBCL), 226-227
- Meditación, 164
- Medline (base de datos computarizados), 128
- Mejores intereses del niño, 430
- Memoria, 288
- Mental Measurements Yearbook*, 54
- Meta-análisis, 127-130, 430
- Metal, efecto tóxico del, 300-301
- Método proyectivo (en evaluación), 22, 69-72
definición del, 69, 432
técnica de entrevista del, 226
técnicas de dibujo del, 226
- Mielina (vaina), 283, 285, 430
- Mind that found itself, A* (Brees), 7, 8
- Minorías (étnicas y raciales), 101, 385 (*véase también* Psicología transcultural)
problemas del tratamiento en las. 132-133, 358
y la prueba de CI, 241-242, 388-390
y la psicoterapia, 390-391, 391-397
y los procedimientos de evaluación, 385-391
- Mitocondria, 276, 277, 430
- Modelo de enfermedad diatesis-estrés, 303, 430
- Modelo médico de enfermedad, 11, 22, 244-245, 331
- Modelo orgánico de enfermedad (*véase* Modelo médico)
- Modificación de la conducta, 236
- Monitoreo personal, 36, 256
- Movimiento del potencial humano, 164
- Mujeres, en la psicología, 6, 17
- Multiculturalismo (*véase también* Psicología transcultural)
psicología clínica y el, 382-385
y la terapia breve, 206-207

- Naturaleza en contraste con la crianza, 303, 381
- Negligencia, 83, 105, 414
- Negligencia psicológica, 432
- Neurociencia, 280, 281-288
 métodos de investigación y diagnóstico en la, 293-296
- Neurofilamentos, 282, 431
- Neurogénesis, 287
- Neuroglia, 281,430
- Neuroimagen (trazado de mapas cerebrales), 328
- Neurología, 11 (*véase también* Neuropsicología)
- Neuronas (células nerviosas), 281, 282, 283-285, 287,288,431
- Neuropéptido, 286, 431
- Neuropsicología, 23
 definición de la, 431
 evaluación en, 295
 y la ley del daño personal, 413
- Neurotransmisores, 281-282, 284, 285-287
 aminoácido y los, 26
 definición de los, 431
 y la psicopatología, 297
- Neurotransmisores de los aminoácidos, 286
- No malevolencia, 84, 85, 97, 433
- Norepinefrina, 286, 287, 298
- Norma de la persona razonable, 90, 433
- Norma de la práctica profesional, 89-90, 432
- Normas para la atención, 433
- Núcleo, 276, 277, 283, 289,431
- Nucléolo, 276, 277, 431
- Obesidad, 337
- Odisea* (Homero), 4
- Ofrecimiento de pruebas, 431
- Organelos, 274, 275, 277, 278, 431
- Organización para el mantenimiento de la salud (HMO), 156
- Organización Mundial de la Salud (OMS), 130
 y la enfermedad mental, 378
- Paciente, responsabilidad del (*véase* Adherencia al tratamiento)
- Paciente no hospitalizado y, 165-16
- Pagos, métodos de, 98-99
- Paternalismo, 86, 431
- Percepción del consumidor, y la psicoterapia, 153
- Perspectiva ecológica, 350, 427
- Persuasion and healing* (Franks), 141
- Placebo, 118, 129,431
- Poblaciones especiales, prueba para las 72, 73
- Poder, 431
- Polarización, 282,283-284, 431
- Policía y psicología forense, 417
- Política de la ciencia, 356,432
- Política pública, 355-356, 370, 433
- Potencial de acción, 281, 285,424
- Potencial humano, 140
- Potencial postsináptico excitatorio, 284-285, 286, 428
- Potencial postsináptico inhibitorio (PPI), 282, 284-285, 286, 429
- Potencialización, 432
- Prejuicio, 22
- Prevención primaria de, 349-350, 431
- Prevención secundaria, 349-350, 431
- Prevención, y psicología comunitaria, 349-350
- Primera Guerra Mundial, psicología y la, 14, 52
- Principles of psychology* (James), 7, 8
- Privilegio abogado-cliente, 431
- Privilegio paciente-terapeuta, 92, 93, 431
- Problema de la gaveta del archivero, 431
- Problemas de clase, 102
 problemas económicos y los, 20
 relación con los pacientes y los, 29, 32, 43-44,81-83, 84-86,144
 trabajo gubernamental y los, 15-16, 18,
 y la diversidad cultural, 101-103
 y la psicofarmacología, 305, 324-327
 y la terapia de grupo, 166
- Problemas legales (*véase también* Casos de la corte; Psicología forense)
 conducta ética y los, 82-83
 consentimiento informado de los, 88-89, 90-92
 daños neuropsicológicos y los, 413
 de ofensores juveniles, 409-410
 en criminología, 406-411, 417-419
 en evaluación, 23, 30, 42, 43, 90
 enfermedad fingida y los, 414-415
 estado mental y los, 410-411
 hostigamiento/discriminación y los, 413-414
 negligencia y los, 414
 reglas federales de evidencia y los, 404-405
 y la ley civil, 411-414, 419
- Problemas psicométricos, en la psicología infantil, 218-221
- Procariote, 273, 431
- Procedimiento de ingreso, 205
- Proceso legal, 431
- Programas de entrevistas estructuradas, 33-34, 434
- Programas de capacitación a los padres, 236
- Protoplasma, 275,432
- Proyecto Vanderbilt de psicoterapia, 155-156
- Prueba (*véase* Prueba psicológica)
- Prueba de aptitud, 424
- Prueba de 16 factores de la personalidad (16PF), 57, 68-69
- Prueba de inteligencia, 51-52, 54, 62, 222, 239, 240-241, 388-390 (*véase también* Stanford-Binet; escalas Wechsler)

- Pruebas Slosson de inteligencia, 59
- Prueba de CI (*véase* Prueba de inteligencia)
- Prueba de la mancha de tinta de Rorschach, 9, 31, 52, 69-70, 226
- y las minorías, 387-388,
- Prueba de Apercepción Temática (TAT) 9, 15, 70-71
- y las minorías, 387
- Prueba de aprendizaje verbal y auditivo de Rey, 65
- Prueba de frases incompletas de Rotter (RISB), 71
- Prueba Peabody de vocabulario con imágenes, edición revisada (PPVT-R), 73
- Prueba con referencia a las normas, 53, 431
- Prueba/escalas Wechsler, 39, 59-61, 62, 216, 222-224, 238
- Escala de inteligencia para adultos (WAIS-ÚI), 59-61
- Escala de inteligencia para adultos, revisada (WAIS-R), 59-61, 64, 65, 222
- Escala de inteligencia de Bellevue, 9
- Escala de inteligencia para niños (WISC-IH), 216, 218-219, 220, 222, 240
- Escala de inteligencia para niveles preescolar y primaria, revisada (WPSSI-R), 59-61, 222
- Escala de memoria, revisada (WMS-R), 63-64, 65
- Prueba de logro de rango amplio (WRAT), 224
- Prueba del logro de Woodcock Johnson, revisada (WJ-R), 221, 223, 229, 239
- Prueba de logro individual (WIAT), 223-224, 239, 240-241
- Pruebas de logro, 54, 223-224, 432
- Pruebas de personalidad, 54, 65-72, 225-227
- Pruebas de análisis factorial, 56-57, 223
- Pruebas de criterio empírico, 56
- Pruebas neuropsicológicas, 54, 62-66, 390
- Pruebas psicológicas, 51-79
- abusos de las, 75-76
- Batería de pruebas Kaufman de evaluación para niños, (K-ABC), 62
- Batería de pruebas neuropsicológicas Halstead-Reitan, 64-65
- Batería neuropsicológica Luria-Nebraska (LNNB), 65
- computadoras y, 74, 76
- construcción de las, 55- 57
- de aptitudes, 54
- definición de las, 52-54, 435
- enfoques conductuales a las, 72
- enfoques proyectivos a las, 69-72
- Escala breve de clasificación psiquiátrica (BPRS), 38
- Escala de competencia comunitaria, 357
- Escala de estimación conductual, 37-38, 428
- Escalas diferenciales de habilidades
- Escalas McCarthy de habilidades para niños, 59
- evaluación de las, 57-59
- futuro de la, 76-77, 389-391
- guía para la, 389-391
- inteligencia en las, 51-52, 54, 59-62, 221-223, 239, 240-241, 388-390
- Inventario clínico multiaxial de Millón (MCMI-III), 68
- Inventario de las conductas socialmente respaldadas (ISSB), 361
- Inventario de depresión de Beck, 340
- Inventario multifásico de la personalidad de Minnesota (MMPI), 9, 52, 56, 65, 66-67, 68, 220, 225, neurológicas, 54, 62-66, 390
- orígenes de las, 51-52
- para logros, 54, 232-224, 424
- para niños, 219-227
- para poblaciones específicas, 72-73
- personalidad de las, 54, 65-72, 225-227
- prejuicios en las, 74-75
- problemas culturales y, 390-391
- Prueba Army alfa, 14, 52
- Prueba Army beta, 14, 52
- Prueba Hiskey-Nebraska de aptitudes de aprendizaje (H-NTLA), 73
- Prueba de inteligencia Binet-Simon, 8, 13
- Prueba breve de inteligencia, de Kaufman (K-BIT)
- Prueba de dibujo de la figura humana (DAP), 72
- Prueba sobre la conducta de evitación, (BAT), 72
- resultados de las, 219-221
- Sistema de clasificación para los temas de consulta (SCTC), 32, 33
- tipos de, 53-55
- y la psicología forense, 419-420
- y las minorías, 387
- Psicoanálisis (*véase también* Freudianismo)
- definición del, 432
- historia del, 13, 140-141
- y la teoría psicodinámica, 142-145
- Psicodinámicas cíclicas, 159
- Psicodrama, 165
- Psicoestimulantes, 323-324
- efectos colaterales de los, 324
- Psicofarmacología, 305-328
- e insomnio, 309, 312-313
- educación y capacitación en la, 305-306, 325-327
- psicólogos clínicos y, 324-327
- y el retiro del alcohol, 309
- y el síndrome agresivo orgánico (SAO), 306
- y el síndrome de Tourette, 306, 308
- y el trastorno bipolar, 306, 313-315
- y el trastorno de pánico, 298-299, 309

- y el trastorno por déficit de atención (TDA/TDAH), 309, 323-324, 326
- y el trastorno desafiante oposicionista (TDO), 324
- y el trastorno obsesivo compulsivo (TOC), 306, 311, 316, 318, 319, 321
- y la depresión, 315
- y la enfermedad mental, 356-357
- y la esquizofrenia, 299-300, 306-307, 309
- y los episodios de depresión mayor (EDM), 315, 320, 322-323, 324
- Psicología (*véase también* Psicólogos clínicos; Psicoterapia):
 - como ciencia, 7
 - divulgación de la, 14
 - en Estados Unidos, 7-8, 13-14, 21
 - gobierno y, 16
 - historia de la, 2-23
 - oportunidades de la carrera en la, 15-16, 369-370,
 - política y, 16
 - tendencias futuras en la, 23-24
 - y el ejército, 14, 16-17, 52
- Psicología clínica
 - definición de la, 1-2, 426
 - historia de la, 10-17
 - tendencias en la, 23-24
 - terapia breve y la, 185-207
 - y el trabajo del gobierno, 15
 - y las drogas psicotrópicas, 10
- Psicología comunitaria,
 - definición de la, 348-349, 426
 - familias y la, 366-367
 - futuro de la, 369-370
 - lecciones de la, 368-369
 - metas de la, 348, 349-352
 - y el cambio social planeado, 352-356
 - y el trastorno mental, 356-366
 - y la política pública, 355-356, 370
- Psicología de la salud, 10, 302-303 (*véase también* Medicina conductual)
 - definición de la, 339, 429
 - investigación y la, 339-342
 - y los grupos minoritarios, 342
- Psicología forense, 30, 358, 403-422 (*véase también* Aspectos legales)
 - antecedentes de la, 404-405
 - definición de la, 403-404, 429
 - educación y entrenamiento para la, 405-406
 - en casos legales, 420
 - en situaciones no clínicas, 420-421
 - evaluación y prueba en la, 419
 - ley civil y la, 411-416, 419
 - predicciones de comportamiento futuro y la, 420
 - y criminología, 406-411, 417-419
- Psicología infantil (*véase también* Psicología pediátrica)
 - enfoques familiares a la, 234-236
 - estudio de caso de la, 237-238
 - estudios de eficacia y la, 236-237
 - evaluación psicológica del niño, 217-229
 - historia de la, 216-217
- Psicología jungiana, 140
- Psicología pediátrica, 243-245, 432
- Psicología transcultural, 375-397 (*véase también* Multiculturalismo)
 - evaluación y la, 385-391
 - historia de la, 377-380
 - problemas y conceptos de la, 381-385
 - y los trastornos mentales, 387
- Psicólogos clínicos:
 - como consultores legales (testigos expertos), 421
 - competencia de los, 87-88, 217,
 - conducta ética y los, 80-86, 87-100
 - educación de los, 13, 15, 18-20, 21-22, 217-218, 325, 369
 - juicio clínico de los, 29
 - y los niños, 245 (*véase también* Psicología infantil; Psicología pediátrica)
- Psiconeuroinmunología (PNI), 302-303
- Psicoterapia:
 - definición de la, 138-139, 433
 - evaluación de la, 112-134
 - historia de la, 11, 13, 112-113, 139-141;
 - investigación en la, 152-155,
 - lenguaje y, 132-133, 24, 393
 - niños y, 390-391, 391-397,
 - problemas culturales y la 141-142, 375, 390, 391-396
 - tendencias futuras en la, 154-155, 395-397,
 - tipos de, 186
- Psicoterapia dinámica de tiempo limitado (PDTL), 155-156, 188, 197
- Psicoterapia existencial, 147-149
 - definición de la, 428
 - historia de la, 140
 - resistencia al tratamiento y la, 254, 258
 - terapia de grupo y, 170
- Psicoterapia psicodinámica asimilativa, 160
- Psicoterapia vivencial, 140-141, 145-152 (*véase también* Psicoterapia centrada en el cliente; Psicoterapia humanista), 428
- Psicoterapia humanista, 140, 141, 145-152, 155-156, 429
- Psicoterapia integradora (*véase integración de la psicoterapia*)
- PsychInfo (base de datos computarizada), 128

- Psychological Abstracts* (base de datos computarizados), 128
- Psychological Bulletin* (revista), 127
- Psychological Clinic, The* (Witmer, editor), 8, 12
- Psychological Racketeers* (Yates), 14
- Racismo, 12
- Rangos percentilares, 425
- Razonamiento ético, 83-84, 86-87, 88, 103
- Reacción, 256
- Relaciones duales, 97-100 (*véase también* Violación de los límites; Relaciones sexuales)
- Receptores, 282, 432
- Reformulación, 257, 433
- Redes, 432
- Referencias, 29
- y los casos médicos, 29-30
- Reforzamiento negativo, 149, 231, 432
- Reforzamiento positivo, 230, 432
- Registro nacional de proveedores para el cuidado de la salud*, 10, 19
- Regla del síntoma, 257
- Reincidencia, 357-358, 433
- Relación fiduciaria, 81, 429
- Relación paciente-terapeuta, 29, 32
- aspectos legales de la, 88-99, 90-91
- confidencialidad en la, 86, 92-95, 421
- consentimiento informado y la, 88-92
- en evaluación, 32, 43-44
- en terapia breve, 192, 193, 200-204
- investigación y la, 153-154
- relaciones sexuales en la, 95-96, 98, 99 (*véase también* Límites)
- y conductismo, 150
- y la adherencia/no adherencia al tratamiento, 268
- y la conducta ética, 81-83, 84-86, 93, 99, 106
- y la psicología humanista, 147, 148, 150
- y la psicoterapia cognoscitiva, 151
- y la teoría psicodinámica, 144
- Relaciones, 433
- padre-hijo, 143, 366-367
- Relaciones sexuales, 95-96, 98, 99
- Relajación, 24, 433
- técnicas para la, 334-335 (*véase también* Manejo del estrés)
- y la enfermedad física, 336-337
- y la psicología comunitaria, 349-350
- Religión, y psicología, 4-6
- Reporte escrito, y evaluación, 43-48
- Represión, freudianismo y, 250-251
- Resistencia al tratamiento, 249-268 (*véase también* Adherencia/no adherencia al tratamiento)
- conductismo y, 254-255
- definición de la, 249-250, 435
- enfoques fenomenológicos a la, 253-254
- estudio de caso de la, 262-263
- freudianismo y, 250-253
- modelo integrado de la, 258-261
- terapia cognoscitiva y, 255-256
- uso del paciente de la, 262
- y los factores extrapersonales, 261
- y los factores interpersonales, 261
- y los factores intrapersonales, 260-261
- Respuesta al dolor, 338, 341, 433
- Respuesta condicionada, 433
- Respuesta incondicionada, 433
- Resultado:
- amplitud del, 119
- en estudio de investigación, 118-120, 152-154, 182
- factores étnicos y el, 395
- y la terapia breve, 191, 201-202, 204
- Resultados discretos, 118-120
- Retículo endoplásmico, 276, 433
- Retraso mental, 430
- diagnóstico del, 238
- prueba para el, 73
- Ribosomas, 276-277, 433
- Resultados continuos, 118-120
- Salud física y psicología clínica, 23-24
- Salud mental, como problema mundial, 21
- Salud pública, y epidemia de SIDA, 342
- Second chances* (Wallerstein y Blakeslee), 175
- Segunda Guerra Mundial, psicología y la, 16-17, 26-27, 130
- Seguro de gastos médicos, 20, 185, 194
- Sentido de comunidad, 351-352, 433
- Serie de tiempo interrumpidas, 125-127, 433
- Serotonina, 286, 302 (*véase también* Inhibidor selectivo de la recaptura de serotonina ISRS)
- y el trastorno obsesivo compulsivo, 306
- y la depresión, 316
- Sesiones, número de, 117-118, 186-188
- Sesgo, 116, 121, 431
- Seudoparkinsonismo, 308, 432
- Simulación, 414-415, 430
- Sinapsis, 282, 285, 287, 433
- Síndrome agresivo orgánico (SAO), 306
- Síndrome de falsa memoria, 417, 433
- Síndrome de Tourette, 306, 308
- Síndrome neuroléptico maligno (SNM), 307-308, 309, 433
- Síndromes vinculados con la cultura, 433

- Sistema de evaluación pluralístico multicultural (SOMPA), 389
- Sistema nervioso central (SNC), 286-287, 288, 289-291, 301
desarrollo en el útero del, 287
y la psicofarmacología, 310, 311, 318, 323
- Sistema nervioso periférico, 287
- Sociedad para el estudio psicológico de los problemas sociales (SPSSI), 17
- Solución de problemas, 198
- Soma, 281, 282, 433
- Suicidio, 363-364, 379
y evaluación, 29
- Surviving the breakup* (Wallerstein y Kelly), 175
- Sustitución, 119-120, 433
- Sustituto, 166, 434
- Tabaquismo, 337
- Tamaño del efecto (TE), 121-122, 129-130, 428
- Tarea de adición serial auditiva moderada (PASAT), 63
- Tareas, 434
en terapia breve, 203-204
- Técnica terapéutica, 143-144, 146-147
- Técnicas de adquisición de habilidades, 335-336
capacitación para las habilidades de la vida (LST), 353
- Técnicas de oraciones incompletas, 226
- Técnicas paradójicas, 257
- Temas, 388
- Temas concernientes a los negros, 388
- Teoría de campo, 164
- Teoría de la comunicación, 256-256
historia de la, 12-13
- Teoría de la estructura relativa, 143-144
- Teoría del aprendizaje, 140, 229-231
- Teoría del aprendizaje social, 231
- Teoría general de sistemas (TGS), 171
- Teoría operante, 230-231
- Teoría psicodinámica, 30, 142-145, 155
relación cliente-paciente, 144
terapia breve y, 197-198
y psicología infantil, 232-234
y terapia de grupo, 168
- Teorías del desarrollo, 218
- Terapia a corto plazo, 155, 156, 186, 187 (*véase también* Terapia breve)
- Terapia a largo plazo, 188
- Terapia breve (TB), 185-207, 434
- Terapia dinámica breve, 434
- Terapia breve enfocada en la solución, 434
- Terapia breve prescriptiva, 199
- Terapia centrada en el cliente (rogeriana), 145-146, 434
definición de la, 426
historia de la, 140-141
para niños, 234
resistencia al tratamiento y la, 253-254, 258
- Terapia cognoscitiva, 150-152, 426
y la resistencia al tratamiento, 255-256, 258
- Terapia cognoscitiva conductual, 140, 149, 156, 339
definición de la, 426
factores culturales y la, 394-395
para niños, 232
terapia de grupo y la, 168-170
y la terapia breve, 195, 198-199
- Terapia con fármacos
y la depresión, 155, 312
- Terapia conductual, 148-150, 159-160 (*véase también* Conductismo; Teoría del aprendizaje)
definición de la, 425
para niños, 229-231
- Terapia personal constructivista, 140
- Terapia de grupo, 166-172
historia de la, 164-165
investigación en la, 172
tendencias en la, 172
terapia del paciente extemo y la, 165-166
y la terapia breve, 204-206
y la terapia del paciente interno, 165
- Terapia de juego, 233-234
- Terapia de acatamiento al tratamiento, 115-116
- Terapia de parejas, 175, 179-183
y la terapia breve, 204-206
- Terapia de una sesión (TSS), 198
- Terapia ecléctica (*véase* Integración de la psicoterapia)
- Terapia en crisis, 363-364
- Terapia estratégica, 198-199, 256-257, 434
- Terapia estructural, 198, 434
- Terapia familiar, 173-179
- Terapia Gestalt, 141, 146-147
definición de la, 429
y la resistencia al tratamiento, 254, 258
y la terapia de grupo, 164-165, 170
y los institutos de capacitación, 170
- Terapia interpersonal (TIP), 196, 434
- Terapia multimodal, 158
- Terapia racional emotiva (TRE), 141, 150-151, 335
grupo terapéutico y, 169-170
y la resistencia al tratamiento, 255-256
- Terapia rogeriana (*véase* Terapia centrada en el cliente)
- Terapia sensible al tiempo, 188 (*véase también* Terapia breve)
- Terapia sistémica, 158-159, 256-257, 258, 434
- Terapia transteórica, 158
- Tesis psicógena, 11
- Testigo experto, 434

- Tipos de personalidad (Tipo A, etc.), 34
- Tomografía (*véase* Tomografía computarizada)
- Tomografía axial computarizada (TAC), 62, 293-294, 299
- Tomografía computarizada (TC), 62, 293-294, 299
- Tomografía por emisión de positrones (TEP), 294, 296, 328, 435
- Toxicidad, efectos de la, 300-301
- Transcripción, 435
- Transferencia, 435
- Transinstitucionalización, 357, 435
- Trastorno bipolar, 11
y la psicofarmacología, 306, 313-315
y la terapia breve, 195
- Trastorno por déficit de atención (TDA/THDA), 309, 323-324, 326
- Trastorno de estrés postraumático (PTSD), 412
- Trastorno de pánico, 298-299
y la psicofarmacología, 298-299, 309
- Trastorno obsesivo compulsivo (TOC), 225, 297-298, 302
y la psicofarmacología, 306, 311, 316, 318, 319, 321
- Trastorno desafiante oposicionista (TDO), 324
- Trastornos de ajuste, 412
- Trastornos de aprendizaje, 239-241, 427,
- Trastornos de la personalidad, 195
- Trastornos de la tiroides, 301
- Trastornos del sueño (insomnio), 337
y la psicofarmacología, 309, 312-313
- Trastornos metabólicos, 302
- Trastornos suprarrenales, 301
- Tratamiento asertivo comunitario (TAC), 365-366 (*véase también* Manejo asertivo del caso)
- Triangulación, 235, 435
- Umbral de excitación (UE), 282, 284-285, 435
- Utilización de la revisión, 103-104
- Validación ilusoria, 72, 435
- Validez aparente, 221
- Validez, 57-59, 221, 435
de estudios de evaluación, 116-117
- Validez concurrente, 58, 221, 435
- Validez de contenido, 58, 221, 435
- Validez de criterio, 221
- Validez predictiva, 58, 435
- Validez externa, 116-117, 435
- Validez interna, 116-117, 435
- Ventana terapéutica, 435
- Veracidad, 86, 435
- Vida comunitaria, 357-358, 365
- Vida media, 435
- Violación a los límites, 96-98, 99-100, 435

La presente obra fue impresa bajo demanda por vez primera en los talleres de
Publidisa Mexicana SA de CV en el mes de abril de 2006.

Publidisa Mexicana SA de CV
Calzada Chabacano N° 69, Planta Alta
Colonia Asturias Deleg. Cuauhtémoc
06850 México DF
www.publidisa.com