

870125
242

UNIVERSIDAD AUTONOMA DE GUADALAJARA

Incorporada a la Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA DE PSICOLOGIA



TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MANUAL TEORICO PRACTICO DE PSICOLOGIA CLINICA

TESIS PROFESIONAL
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGIA
P R E S E N T A
YOLANDA MARGARITA AQUINO MEDINA
GUADALAJARA, JAL., 1989



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

I N D I C E :

| | Pag. |
|--|------|
| INTRODUCCION | 1 |
| | |
| CAPITULO I | |
| PROBLEMAS Y OBJETIVOS: | |
| <i>Situación problemática y justificación de la elaboración del manual</i> | 2 |
| <i>Límites de la investigación</i> | 2 |
| <i>Marco Teórico</i> | 3 |
| <i>Antecedentes del problema</i> | 3 |
| <i>Bases teóricas</i> | 3 |
| <i>Definición de términos básicos</i> | 4 |
| <i>Metodología</i> | 6 |
| <i>Marco de referencia conceptual y metodológico</i> | 6 |
| <i>Descripción del modelo de Jerrol Kemp</i> | 6 |
| | |
| CAPITULO II | |
| EL CAMPO DE LA PSICOLOGIA CLINICA: | |
| <i>Definición</i> | 9 |
| <i>Campos de acción</i> | 9 |
| <i>Antecedentes Históricos</i> | 10 |
| <i>Ralces históricas</i> | 10 |
| <i>Desarrollo</i> | 12 |
| <i>Evaluación</i> | 14 |
| <i>Sugerencias para las prácticas</i> | 15 |
| | |
| CAPITULO III | |
| PSICOLOGIA COMUNITARIA: | |
| <i>Definición</i> | 25 |
| <i>Inicios de la psicología comunitaria</i> | 25 |
| <i>Principios conceptuales</i> | 27 |

| | |
|--|----|
| Prevención de la psicología comunitaria | 29 |
| Definición de salud y enfermedad mental | 29 |
| Criterios de salud y enfermedad mental | 30 |
| Consecuencias sociales | 31 |
| Tratamiento para la prevención de la psicología co- munitaria | 32 |
| Técnicas de la terapia | 33 |
| Evaluación | 35 |
| Sugerencias para las prácticas | 37 |

CAPITULO IV

MODELOS DE LA PSICOLOGIA CLINICA:

| | |
|--|----|
| Definición | 42 |
| Importancia de los modelos | 42 |
| Precauciones de los modelos | 42 |
| Tipos de modelos | 43 |
| Modelo Psicodinámico | 43 |
| Erik Erikson | 44 |
| Alfred Adler | 45 |
| Carl Gustav Jung | 47 |
| Karen Horney | 51 |
| Crítica del modelo psicodinámico | 52 |
| Modelo de aprendizaje social | 53 |
| Formulaciones del modelo | 54 |
| Dollar y Miller | 55 |
| B.F. Skinner | 56 |
| Wolpe y Eysenck | 56 |
| Bandura | 56 |
| Mischel | 57 |
| Crítica del modelo de aprendizaje social | 58 |
| Modelo fenomenológico | 58 |
| Versiones del modelo fenomenológico | 59 |
| Kelly | 60 |

| | |
|---|----|
| Abraham Maslow | 60 |
| Fritz Perls | 62 |
| Carl R. Rogers | 63 |
| Viktor E. Frankl | 64 |
| Critica del modelo fenomenológico | 65 |
| Evaluación | 66 |
| Sugerencias para las prácticas | 69 |

CAPITULO V

EVALUACION EN PSICOLOGIA CLINICA:

| | |
|--|----|
| Definición | 70 |
| Planeación de la evaluación | 70 |
| Métodos de evaluación | 72 |
| Entrevista en psicología clínica | 72 |
| Objetivos de la entrevista | 73 |
| Situaciones de la entrevista | 74 |
| Etapas de la entrevista | 74 |
| Comunicación durante la entrevista | 77 |
| Las pruebas en psicología clínica | 78 |
| Típos de pruebas | 79 |
| La observación en psicología clínica | 80 |
| La observación naturalista | 80 |
| La observación controlada | 81 |
| Pasos para el informe psicológico | 82 |
| Evaluación | 83 |
| Sugerencias para las prácticas | 86 |

CAPITULO VI

LA INTERVENCION CLINICA:

| | |
|--------------------------------------|----|
| Definición de psicoterapia | 94 |
| Relación terapéutica | 94 |
| Técnicas | 95 |

| | |
|--|-----|
| Efectos indeseables de la terapia | 97 |
| Modalidades de la psicoterapia | 100 |
| Psicoterapia de grupo | 100 |
| Terapia familiar | 100 |
| Terapia Conyugal | 102 |
| Tratamiento del modelo psicodinámico | 102 |
| Técnicas | 104 |
| Variantes del psicoanálisis | 105 |
| Psicología individual de Adler | 106 |
| Tratamiento del modelo de aprendizaje social | 108 |
| Técnicas | 109 |
| Terapia cognitivo conductual | 114 |
| Técnicas | 116 |
| Terapia existencial | 117 |
| Tratamiento fenomenológico | 119 |
| Terapia Gestalt | 121 |
| Evaluación | 124 |
| Sugerencia para las prácticas | 127 |

CAPITULO VII

LA PSICOLOGIA CLINICA Y SU ACTIVIDAD PROFESIONAL:

| | |
|--|-----|
| Integración científica profesional de la psicología clínica | 129 |
| Principios de la capacitación en psicología clínica | 132 |
| Participación de la psicología clínica en el equipo interdisciplinario | 134 |
| Ética profesional | 135 |
| Características deseables del psicólogo clínico | 136 |
| Habilidades del psicólogo clínico | 136 |
| Características de personalidad del psicólogo clínico | 137 |
| Evaluación | 138 |
| Sugerencias para las prácticas | 140 |
| CONCLUSION: | 143 |
| BIBLIOGRAFIA: | 145 |

INTRODUCCION :

El siguiente Manual Técnico Práctico, ofrece un curso introductorio de la rama de la psicología clínica - en general, a todas aquellas personas que estén relacionadas de alguna manera con las ciencias de la humanidad, o que a su vez estén interesadas en el área.

El manual se basa principalmente en una recolección de libros que se relacionan con el tema.

Al finalizar cada capítulo se hace un cuestionario para comprobar si efectivamente se logró un aprendizaje ; al mismo tiempo se hacen las sugerencias para realizar prácticas en diferentes Instituciones relacionadas con el área clínica, con el fin de que la persona que esté manejando el manual logre tener una mayor comprensión de la rama de la psicología clínica, no tan sólo en la teoría , sino también en la práctica.

Se espera que este manual técnico práctico constituya un estímulo para que tanto estudiantes como profesionistas emprendan nuevas investigaciones, ya que la psicología clínica exige cada vez más nuevas perspectivas científicas y profesionales.

CAPITULO I

PROBLEMA Y OBJETIVOS

1.1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACION:

Elaboración de un manual teórico práctico de psicología clínica, para toda aquella persona que esté interesada en el área, o que esté de alguna manera relacionada con ésta, basándose en el modelo instruccional de Jerrol Kemp, con el propósito de lograr un mejor conocimiento de la rama de la psicología clínica.

1.2. SITUACION PROBLEMÁTICA Y JUSTIFICACION DE LA ELABORACION DEL MANUAL:

Conociendo la necesidad de un manual teórico práctico de psicología clínica para todas aquellas personas que se interesen en este campo, se pretende la elaboración del mismo, con el fin de que se tenga un conocimiento tanto teórico como práctico de la rama de la psicología clínica.

La necesidad surgió en base a investigaciones hechas, y a información recabada por profesionistas que se relacionan con el área.

El manual ofrece la ventaja de ser utilizado como libro de consulta, para todo tipo de personas que estén relacionadas de alguna forma con las ciencias humanas, o que tengan algún interés en este campo.

1.3. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACION:

1).- No se puede profundizar demasiado en los te--

mas, ya que sólo es un curso introductorio de la psicología clínica.

2).- No se obtuvo la validez ni confiabilidad del manual, ya que puede ser utilizado por una diversidad de gente diferente, y esto lo hace complicado.

1.4. MARCO TEORICO:

1.4.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA:

A través de los últimos años, ha aumentado el interés que han tenido tanto profesionistas como estudiantes sobre la rama de la psicología clínica y su campo de acción, y se considera indispensable que todo profesionista que esté relacionado con el área, tenga un conocimiento de la psicología clínica.

Es por esto, que se ve la necesidad de elaborar un manual teórico práctico de psicología clínica, para aumentar el conocimiento de la misma.

1.4.2. BASES TEORICAS:

El notable desarrollo observado en el campo de la psicología clínica ha creado la fuerte necesidad de hacer un planteamiento amplio y completo de dicha disciplina. - la psicología clínica ya no se encuentra limitada a un solo aspecto de la salud mental, sino que, por el contrario, ocupa en la actualidad un lugar muy diferente y notable, que incluye un total compromiso en lo que se refiere al desarrollo y evaluación de las técnicas terapéuticas, a una participación activa en la comunidad, en los servi-

cios de organización y médicos, en la investigación que se lleva a cabo en relación con los trastornos psicológicos, en la realización de avances teóricos y metodológicos, y además una participación continua en la evaluación y medición clínicas.

Al tomar la decisión de escribir un manual teórico práctico sobre psicología clínica, tenemos como motivación intentar la integración de los aspectos científicos del campo y sus características profesionales de mayor aplicación; también se propone que sea sólo una introducción para que abarcara de una manera ecléctica todos los aspectos del área, e incluir así mismo ideas tanto clásicas como actuales.

Con el objeto de reducir el trabajo de emprender una reorganización y hacer un estudio retrospectivo y general de la psicología clínica, seguimos como guía un único principio, seguir fielmente el objetivo inicial, es decir, integrar los elementos científicos y profesionales que constituyen la psicología clínica. [5]

1.4.3. DEFINICIÓN DE TERMINOS BASICOS:

1).- Psicología: Es la ciencia que se ocupa de las relaciones mutuas entre el organismo y el medio ambiente, y se divide en varias ramas. [16]

2).- Psicología Clínica: Rama de la psicología que investiga y aplica los principios de la psicología a la situación única y exclusiva del paciente para reducir sus tensiones y ayudarlo a funcionar en forma eficiente, con mayor sentido, logrando una adaptación a la realidad. [1]

3).- **Psicología Comunitaria:** Es la prevención y tratamiento de las enfermedades mentales. [23]

4).- **Salud:** Es el estado mental normal de un individuo. [16]

5).- **Enfermedad Mental:** Es el estado anormal de la mente, con desequilibrio de una o más funciones. [16]

6).- **Paciente o Cliente:** Según Rogers, es la persona que viene activa y voluntariamente a buscar ayuda para resolver un problema, evita la connotación de que esté enfermo. [34]

7).- **Psicopatología:** Estudia la causa y origen de todas las enfermedades mentales. [16]

8).- **Modelos de la Psicología Clínica:** Es la descripción de varios pensadores que han abordado el tema de la conducta humana en general. [1]

9).- **Entrevista en la Psicología Clínica:** Es una conversación seria que propone un fin determinado, sirve para recoger datos. [28]

10).- **Pruebas en la Psicología Clínica:** Es una manera de observar y describir la conducta de una persona, en una situación tipificada. [3]

11).- **Psicoterapia:** Es un proceso que comprende relaciones interpersonales entre un terapeuta y uno o más pacientes, por medio del cual el terapeuta emplea métodos psicológicos, basados en un conocimiento sistemático de -

la personalidad humana para tratar de mejorar la salud mental de dichos pacientes. (1)

12).- Etica: Conjunto de normas que alientan o prohíben determinados tipos de conductas. (12)

1.5. METODOLOGIA:

1.5.1. MARCO DE REFERENCIA CONCEPTUAL Y METODOLÓGICO:

Enfoque metodológico para la elaboración del manual. (28)

MODELO DE JERROL KEMP:

METAS Y FINES GENERALES:

CARACTERÍSTICAS DE LOS ALUMNOS.

OBJETIVOS DIDÁCTICOS.

EVALUACION:

TEMARIO.

PRUEBA PREVIA.

ACTIVIDADES Y RECURSOS DIDÁCTICOS

SERVICIOS
AUXILIARES.

VALORACION.

1.5.2. DESCRIPCIÓN DEL MODELO DE JERROL KEMP:

1).- Metas y fines generales: Es la meta de la psicología clínica o los propósitos que se pretenden alcanzar.

2).- Características de los estudiantes: Es indis pensable conocer las características de las personas a quienes se aplicará el manual, tales como: nivel de edad, nivel de madurez, campo de atención, condiciones socioeco nómicas, grado de interés, etc.

En el caso de este manual, no se tomarán en cuenta las características ya que será para toda aquella persona que tenga alguna relación con las ciencias humanas, o que tuviese algún interés en el área clínica.

3).- Objetivos didácticos: Debe establecerse de antemano qué es lo que se espera que la persona que maneje el manual realice o aprenda y cuáles deben de ser sus cambios.

4).- Evaluación: Es la elección de los métodos de evaluación, que sirven para comprobar hasta qué grado ha logrado sus objetivos la persona que esté manejando este manual; en este caso, se hará por medio de un cuestionario al finalizar cada capítulo.

5).- Pre-evaluación: Es una prueba preliminar que permite determinar los requisitos necesarios para estudiar el tema en cuestión.

En el caso particular de este manual, se omite ya que puede ser utilizado por cualquier persona, porque se considera sólo una introducción del área clínica.

6).- Temario: Deben especificarse los temas o unidades que se desean cubrir a través del manual.

7).- Actividades y recursos didácticos: Es la selección de los medios y recursos que se eligen para que a

través de éstos se proporcionen las experiencias de aprendizaje y se alcancen los objetivos establecidos.

8).- Experiencias de aprendizaje: Es la recepción del contenido cultural, como su comprensión, retención y aplicación, proporcionándole las bases para su posterior transferencia.

En este caso, también se medirá por medio de un cuestionario al finalizar cada capítulo, y las sugerencias de prácticas que han sido cuidadosamente seleccionadas.

CAPITULO II

EL CAMPO DE LA PSICOLOGIA CLINICA

2.1. DEFINICION:

La psicología clínica es una área aplicada de la psicología general, que se ocupa de buscar, instrumentar e implementar los principios que llevan a una comprensión del carácter único de una persona, cliente, paciente, consultante, o como se le quiera llamar, que se encuentra en dificultades y cuyo objetivo fundamental es reducir el malestar que esa persona experimenta, ayudándola a funcionar de una manera más satisfactoria y adecuada, tanto para sí misma, como para las personas que constituyen su marco de referencia social. [33]

2.2. CAMPOS DE ACCION: [33] [1] [17]

2.2.1. Evaluación y Diagnóstico de Pruebas: Se hará por medio de entrevistas, observaciones directas, aplicación de pruebas de personalidad, inteligencia, aptitudes, etc.

2.2.2. Investigación Aplicada y Fundamental de Personalidad: Investigará psicología anormal, evaluación de técnicas de intervención clínica, psicopatología, etc.

2.2.3. Psicoterapia: Puede ser a nivel de individuos, -- grupos y familias (tanto en niños como en adultos).

2.2.4. Consultoría, Asesoría, Tutoría: Será de acuerdo a lo que requiera la persona, la organización, empresa, -- clínica, hospital, etc.

2.2.5. Enseñanza: En las escuelas, dando clases, dando - Orientación vocacional y escolar, haciendo programas, trabajando en departamentos psicopedagógicos, asesorando a - maestros, padres de familia, etc.

2.2.6. Administración: Administrando clínicas y hospitales, selección, entrenamiento y supervisión de no profesionales como por ejemplo enfermeras y personal auxiliar, técnicos, trabajadores sociales, ocupando un puesto de director, etc.

2.2.7. En la Comunidad: Su objetivo es mejorar los servicios de salud e higiene mental, hacer programas para la - comunidad, detectar problemas y prevenir dando intervenciones remediales.

2.2.8. Equipo Multidisciplinario: Aquí el psicólogo trabaja en conjunto con el Psiquiatra, Médico, Neurólogo, - Trabajador Social y otros según lo necesite el paciente.

2.3. ANTECEDENTES HISTÓRICOS:

2.3.1. RAÍCES HISTÓRICAS: (1)

Las raíces históricas de la psicología estaban en la filosofía y aunque muchos de los primeros psicólogos - se preocupan por problemas filosóficos como el de las relaciones entre espíritu y cuerpo, esta disciplina enfocó éstos y otros aspectos de la conducta humana por medio de la investigación, utilizando como método las armas poderosas de la ciencia, la observación y la experimentación.

En el momento en que comenzó a surgir, la psicología clínica, unos 17 años después de que Wundt fundara su

laboratorio, ya estaba establecida la tradición de la investigación experimental de la psicología clínica.

Gracias al éxito obtenido de los experimentos sobre sensaciones, percepción, memoria, asociación y aspectos de la conducta entre otras, la psicología clínica fue aceptada como una profesión cuyos expertos investigan y valoran los conocimientos clínicos de la conducta que se van adquiriendo, y en los modos que puede cambiar el comportamiento.

La tradición de investigación de la psicología experimental ha servido para el refinamiento de la psicología clínica.

Como la psicología clínica se ocupa de casos concretos, no pudo aparecer como especialidad hasta que se reconocieron las diferencias existentes entre los seres humanos.

La segunda fuente de interés por los individuos fue el estudio de la frenología que apareció por primera vez en Europa en los inicios del siglo XIX con los trabajos del anatomista Franz Gall y su discípulo Johan Spurzheim.

El método sistemático y su cruda taxonomía o clasificación de los rasgos humanos la hicieron famosa.

La frenología intentaba medir las características mentales o de comportamiento; a pesar de que fracasó la idea de Galton se dio cuenta que para explorar las características mentales se debe contar con medios sistemáticos y científicos de medición.

En 1869 Galton inicia el estudio de diferencias individuales que lo llevaron más tarde a crear pruebas de aptitudes.

En 1890 Cattell introduce el concepto de pruebas y mediciones mentales.

En 1905 Binet y Simon publican la primera prueba objetiva de Inteligencia. En 1921 se publica la prueba de Rorschach.

En 1954 la Asociación Psicológica Americana publica Normas para las pruebas psicológicas.

Las creencias acerca de los desórdenes conductuales, las explicaban en base a agentes sobrenaturales; pensaban que los individuos que actuaban en forma extraña eran poseídos por espíritus o demonios y el tratamiento consistía en distintas clases de exorcismo, incluyendo la trepanación (perforación de pequeños orificios en el cráneo) para permitir la salida de los malos espíritus.

Esto llamó la atención a los médicos y empezaron a buscar causas orgánicas y el tratamiento mejoró notablemente.

2.3.2. DESARROLLO: (1)

La psicología clínica nació con el primer laboratorio, llevado a cabo por Wilhelm Wundt en 1879.

En 1896 Witmer fundó la primera clínica de psicología.

Después de la Primera Guerra Mundial, se desarro--

ello el movimiento de las pruebas de grupo; unos años después se inventaron pruebas con una gran variedad de fines escolares incluyendo la medición de rendimiento y el diagnóstico.

En 1909 se fundó la primera clínica de orientación infantil en Chicago, para trabajar con niños delincuentes.

En 1938 Freud nos habla del desarrollo del psicoanálisis, lo cual introdujo muchos aspectos nuevos y significativos en la psicopatología; el resultado de estas teorías dinámicas de la personalidad fue un énfasis cada vez mayor sobre los factores psicológicos o psicogénicos de la patología de la conducta; estos antecedentes tan importantes, han contribuido al desarrollo de la psicología clínica.

Después de la Segunda Guerra Mundial, a causa del número cada vez mayor de individuos que necesitaban cuidado psicológico y rehabilitación y del número tan limitado de médicos disponibles para este tipo de trabajo el papel del psicólogo clínico recibió un impulso extraordinario; esto sirvió para dar a los psicólogos un rango oficial y un reconocimiento más adecuado.

Después de esto se establecieron programas específicos de entrenamiento al grado de Doctorado en Psicología Clínica.

SUGERENCIAS PARA LA REALIZACION DE DIFERENTES PRACTICAS :**PRACTICA No. 1**

OBJETIVO: Esta práctica tiene como finalidad que la persona que maneje el manual, conozca el campo de acción de la evaluación y el diagnóstico.

INSTRUCCIONES PARA LA REALIZACION DE LA PRACTICA: 2.2.1.

Acudirá a una clínica u hospital, para la realización de la siguiente práctica.

Investigará los siguientes puntos:

1).- ¿Qué es una evaluación clínica, y en qué consiste?

2).- ¿Con qué fin se hace la evaluación clínica?

3).- ¿Qué es un diagnóstico?

6).- *¿Cuándo se debe dar un diagnóstico?*

7).- *Mencione las experiencias que obtuvo al realizar la práctica.*

8).- *¿Qué conocimientos adquirió al terminar la práctica?*

9).- *¿Considera usted que es importante la evaluación y el diagnóstico en el área clínica?*

PRACTICA No. 2

OBJETIVO: Se pretende que la persona que maneje el manual, conozca el campo de la enseñanza y las funciones dentro de esta área.

INSTRUCCIONES PARA LA REALIZACION DE LA PRACTICA: 2.2.5.

Acudirá para la realización de la práctica a una escuela: primaria, secundaria y/o preparatoria.

Investigará los siguientes puntos:

- 1).- ¿Qué actividades se realizan en una primaria, secundaria y/o preparatoria?
- 2).- ¿Qué puestos se ocupan en una primaria, secundaria y/o una preparatoria?
- 3).- ¿Qué se hace en caso de que se detecte un alumno con problemas graves de personalidad u alguna otra enfermedad?

- 4).- ¿Qué otras funciones cree usted que se desempeñan -- dentro de una primaria, secundaria y/o preparatoria?
- 5).- ¿Qué otras funciones cree usted que se pueden desempeñar dentro de una primaria, secundaria y/o preparatoria, y que actualmente no se realizan?
- 6).- Anote sus experiencias al realizar la práctica.
- 7).- ¿Cuál es su opinión acerca del trabajo que se realiza en las escuelas?

PRACTICA No. 3

OBJETIVO: Se intenta que la persona conozca el trabajo que se realiza en el campo administrativo.

INSTRUCCIONES PARA LA PRACTICA: 2.2.6.

Buscarse una Clínica, Hospital, Institución, Asilo, Cárcel, Centro de rehabilitación integral, etc., para la realización de la práctica.

Investigará los siguientes puntos:

- 1).- ¿Qué funciones administrativas se pueden desempeñar dentro de la Institución?
- 2).- ¿Qué puestos se pueden desempeñar dentro de esta Institución?
- 3).- ¿Qué actividades se realizan dentro de esta Institución?

- 4).- ¿Con qué personal se pueden relacionar dentro de esta área?

- 5).- ¿Cuáles fueron los conocimientos que adquirió al realizar la práctica?

- 6).- ¿Qué experiencias le dejó la práctica?

- 7).- Mencione la importancia de la psicología clínica dentro del área administrativa.

- 4).- ¿En qué casos se trabaja en conjunto con el médico?
- 5).- ¿En qué casos se puede trabajar en conjunto con el -
psiquiatra?
- 6).- ¿Cuáles actividades incrementaría usted dentro de -
las funciones que se deberían de realizar y actual-
mente no se hacen?
- 7).- ¿Cuál es su opinión del trabajo que se realiza den-
tro de una comunidad?
- 8).- Mencione las experiencias y conocimientos que adquirió al realizar la práctica.

PRACTICA No. 5

OBJETIVO: Tiene como finalidad que se conozca con qué -
profesionistas se puede trabajar dentro de la psicología -
clínica en un equipo multidisciplinario.

INSTRUCCIONES PARA LA PRACTICA: 2.2.8.

Acudirá a una clínica en donde se trabaje en un equipo -
multidisciplinario para la realización de la práctica.

Investigará los siguientes puntos:

- 1).- ¿Con cuáles especialistas se puede trabajar dentro -
de la psicología clínica?

- 2).- ¿Qué aportaciones pueden darle otros especialistas?

- 3).- ¿Qué importancia tiene el trabajar con otros espe- -
cialistas?

- 4).- ¿Considera usted apropiado trabajar en un equipo multidisciplinario?

- 5).- ¿Con cuáles otros especialistas se puede trabajar - dentro de este campo y actualmente no se hace?

- 6).- ¿Cuáles son los especialistas que más ayuda pueden brindar a las personas que se encuentran relacionadas - con la rama de la psicología clínica?

- 7).- Mencione sus conocimientos y experiencias adquiridos en la realización de la práctica.

CAPITULO III

PSICOLOGIA COMUNITARIA

3.1. DEFINICION:

Es el campo de la psicología que estudia los diferentes conjuntos de interacción social, las poblaciones y los individuos, que desarrolla y evalúa los métodos de intervención que propician a las adaptaciones entre personas y sus ambientes, que planea y evalúa los sistemas sociales y que a partir de dicho conocimiento y cambio busca aumentar la cantidad de oportunidades psicológicas que se ofrezcan al individuo. [40]

3.2. INICIOS DE LA PSICOLOGIA COMUNITARIA:

La fecha del nacimiento de la psicología de la comunidad es en mayo de 1965; en el transcurso de este mes, un grupo de psicólogos empeñados activamente en desarrollar los programas de salud mental de la comunidad se reunió en Boston bajo el patrocinio conjunto de la Universidad de Boston y el Centro de Salud Mental.

Caracterizaron a los psicólogos de la comunidad como 'Agentes de Cambio' analistas de los sistemas sociales, consultores sobre asuntos de la comunidad y estudios en general del hombre en relación con la totalidad de sus ambientes.

Al psicólogo de la comunidad se le apremió incluso a hacer uso de su preparación científica para crear conocimiento y promover los programas.

La conferencia de Boston generó mucha reflexión -

acerca de la psicología de la comunidad y estimuló al establecimiento de una división de la psicología comunitaria dentro de la Asociación Psicológica Norteamericana y la creación de varios programas Universitarios de entrenamiento.

Primero que nada se debe hacer una distinción entre la psicología comunitaria y la salud mental comunitaria.

La salud mental comunitaria es un subconjunto de actividades dentro de la psicología comunitaria que se dedica principalmente a la prestación de servicios de la salud mental a las poblaciones que a lo largo de la historia, no se han atendido de una manera eficiente por los profesionales de la salud mental.

La salud mental comunitaria se interesa principalmente con los servicios directos a los consumidores.

La psicología comunitaria persigue cambios más amplios del sistema social y cuyos efectos se pueden irradiar hasta los individuos.

En realidad la psicología comunitaria ha emergido dentro de un contexto en el que todas las profesiones de la salud mental han manifestado considerable interés por lo que concierne al papel de las fuerzas ambientales en la creación de los programas conductuales.

En los últimos años ha ido en aumento el interés del público por la higiene mental y ha habido más demandas verbales de servicio.

Se crearon grupos no profesionales para mitigar -

algunos trastornos mentales o para fomentar el interés por la investigación, el diagnóstico y el tratamiento. Entre estos grupos se encuentran: Alcohólicos Anónimos, Agencias para evitar los suicidios, Asociaciones Ciudadanas de Higiene Mental, además agencias comunitarias como: escuelas, parroquias, clubs, se han vuelto más conscientes de los aspectos de higiene mental.

En la actualidad la psicología comunitaria está en su adolescencia y da toda la impresión de que se convertirá en una disciplina madura e independiente.

La capacitación de los psicólogos comunitarios se ha convertido en una actividad importante de los programas de especialización en psicología. (40) (23) (24)

5.3. METAS DE LA PSICOLOGIA COMUNITARIA:

1).- Modificación de la conducta por medio de la detección y prevención de las enfermedades mentales.

2).- Realización de programas de higiene mental.

3).- Reeducar a la comunidad para el mejoramiento de la salud e higiene mental tanto individual, familiar, grupal y escolar.

4).- La meta final es ayudar a las personas a vivir más plenamente consigo mismas y con los demás. (40) (23)

3.4. PRINCIPIOS CONCEPTUALES:

a).- Adopción de una perspectiva psicológica: El psicólogo comunitario cree que la conducta no se puede

explicar solamente por medio de un análisis de los factores individuales. Es posible que el cambio en la conducta requiera ser precedido del cambio en el funcionamiento de las Instituciones sociales.

b).- *Búsqueda del cambio en el sistema social:* La intervención de los cambios en el sistema social, es que las Instituciones sociales importantes para la vida de las personas responda de una manera más activa y fructífera para el crecimiento de los individuos.

c).- *Importancia de la prevención:* El rasgo principal de la psicología comunitaria es la búsqueda de la prevención.

d).- *Enfoque sobre la intervención en crisis:* Es un servicio directo que ejerce una función principal en el trabajo de una gran cantidad de psicólogos comunitarios, existen muchos tipos de crisis que las personas enfrentan en su vida. La intervención es una técnica para ayudar a las personas a que manefen de una manera efectiva los problemas en el momento en que ocurren.

e).- *Proporción de una sensación psicológica de la comunidad:* Esta denominación fue dada por Sarason en 1974 y significa el fortalecimiento de la capacidad de una comunidad o subcomunidad para planear y crear su propio cambio.

Este cambio se hará en base a una ampliación de funciones profesionales, dar una psicología más activista y utilizando la investigación como forma de intervención. [1]

3.5. PREVENCIÓN DE LA PSICOLOGÍA COMUNITARIA:

Se caracteriza por 3 tipos de prevenciones:

1).- PREVENCIÓN PRIMARIA:

Implica la reducción y la eliminación final de los desórdenes mentales a través de la modificación de los factores patogénicos del ambiente o el aumento de los recursos personales de los individuos hasta el grado en que el desorden mental ya no suceda.

2).- PREVENCIÓN SECUNDARIA:

Se dirige a la reducción de la prevalencia de la enfermedad por medio de los esfuerzos coordinados de la detección inicial e intervención rápida y efectiva. Por este motivo son esenciales los instrumentos que permiten un diagnóstico confiable y válido en el transcurso de un problema tan pronto como sea posible para la prevención secundaria.

3).- PREVENCIÓN TERCIARIA:

Se dirige a la minimización de la gravedad de la enfermedad, las reducciones de las consecuencias a corto y a largo plazo del desorden y la detención de los trastornos de tal forma que se pueda recobrar la eficacia personal. (23)

3.6. DEFINICIONES DE SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL:

3.6.1. SALUD: Es un estado de completo bienestar físico, mental, social y no solamente la ausencia de enfermedad o invalidez.

La salud mental está íntimamente relacionada con nuestros pensamientos, sentimientos, palabras y acciones en la se-

guridad emocional, adaptarse a los problemas, superar los altibajos de la vida, los conflictos, las molestias y frustraciones cotidianas, así como afrontar las crisis físicas, mentales y emocionales con bastante éxito. (4) (13) (15)

3.6.2. ENFERMEDAD MENTAL: El término salud no puede excluir el de enfermedad. La enfermedad era considerada como el fenómeno patológico debidamente demostrable a través de la lesión orgánica, pero de forma paulatina se incorporaron a los esquemas clínicos los criterios funcionales psíquicos y ambientales que modificaron la concepción inicial de la enfermedad.

En conclusión se puede decir que la enfermedad es un estado de malestar físico, mental y social. (4) (13) (15)

3.6.3. CRITERIOS DE SALUD Y ENFERMEDAD MENTAL:

3.6.3.1. CRITERIO DE SALUD:

Se toma en base a enfermedad mental; las condiciones que se tomaron en cuenta para determinar los criterios son las siguientes:

- a).- Ausencia de enfermedad.
- b).- Conducta normal.
- c).- Adaptación al ambiente.
- d).- Unidad de la personalidad.
- e).- Percepción correcta a la realidad.
- f).- Mezcla armoniosa y óptima de los diversos elementos del aparato mental que culmina en funcionamiento óptimo.
- g).- Funciones autónomas libres del conflicto del yo.

- h). - Adaptación al stress situacional.
- i). - Ausencia de patología.
- etc.

3.6.3.2. CRITERIO DE ENFERMEDAD MENTAL:

Para poder determinar su definición fue necesario tomar en cuenta lo siguiente:

- a). - El modelo médico: Que implica una causa orgánica.
- b). - Otros modelos suponen la enfermedad como síntoma de una sociedad enferma, o que se deben a alguna lesión del sistema nervioso central, otras por infección o trastornos circulatorios y muchos no tienen base orgánica.
- c). - La no adaptación al ambiente.
- d). - Mala integración de la personalidad.
- e). - No percepción correcta de la realidad.
- f). - Conflicto del yo en las funciones autónomas.
- g). - Conducta anormal.
- h). - Patología manifiesta.
- i). - Mala adaptación al stress situacional.

[4] [13] [15]

3.6.4. CONSECUENCIAS SOCIALES:

Las consecuencias sociales de la enfermedad mental, a través de los años han aumentado, ya que se le ha ido dando cada vez más importancia a los problemas que están ocasionando, debido a las exigencias que éstos presentan, dentro de la sociedad.

Se puede decir que las consecuencias sociales presentan problemas psicosociales, éticos y legales, afectan

el núcleo familiar, provocando un desequilibrio y una inestabilidad emocional en los miembros de ésta; así mismo se ven afectadas otras áreas como son el nivel académico, el nivel económico, el área laboral y social, ya que son personas que no rendirán frutos a la sociedad, sino por el contrario requerirán de tratamientos y grados. Estas personas afectan de alguna manera a la sociedad, porque son una carga para ella, además de que acarrearán serios problemas, dependiendo de la enfermedad mental que la persona presente.

Así mismo se ven afectados los valores y las influencias religiosas, entre otras cosas.

Todo eso nos exige poner un remedio a las necesidades que se presentan tratando de evitar futuras consecuencias más graves que pudieran presentarse.

Esto se hace por medio de la prevención primaria, secundaria y terciaria para tratar de fomentar un desarrollo psicológico saludable dentro de la sociedad. (40) (23)

3.7. TRATAMIENTO PARA LA PREVENCIÓN EN LA PSICOLOGIA COMUNITARIA: (PREVENCIÓN SECUNDARIA)

3.7.1. PSICOTERAPIA BREVE Y DE EMERGENCIA:

Nace en base al psicoanálisis y su teoría psicoanalítica ortodoxa. Es una terapia rápida aplicada en situaciones especiales de crisis y exigencia. Es una forma de aprendizaje y reaprendizaje, tiene como función principal la reestructuración del yo, que se encuentra debilitado; se enfoca generalmente a la eliminación del síntoma que -

está produciendo la crisis.

Sus principios básicos son la comunicación, insight y la elaboración. El tiempo de duración es de 5 a 6 sesiones por lo regular, aunque en ocasiones el tiempo depende del problema.

En esta terapia se seleccionan objetivos y problemas en lugar de pacientes; se puede utilizar en cualquier tipo de pacientes. [20] [23]

3.7.1.2. TECNICAS DE LA TERAPIA:

- a). - Interpretación: El terapeuta interpreta el impulso que el paciente ha estado negando o reprimiendo.
- b). - Insight: El terapeuta lo facilita, en caso de que el paciente no lo tenga.
- c). - Apoyo: Consiste en estar a disposición del paciente cuando éste lo solicite, dar apoyo en la toma de decisiones.
- d). - Incremento de la autoestima: Es el fortalecimiento del yo, mediante el aumento de la autoestima, el terapeuta debe de ser sincero y espontáneo.
- e). - Catarsis mediata: Es la salida del impulso, con el fin de que éste se haga ego-sintónico, al mismo tiempo se le da seguridad al paciente.

Se deberá mantener una transferencia positiva de principio a fin.

La forma de evaluar los logros que el paciente va teniendo es por medio de la prueba de realidad, desensibilización de señales, el sentido de realidad, el control y regulación de los impulsos, etc.

La meta de la terapia es el intento por manejar la situación psicodinámica del individuo para que continde -
funcionando.

Se recomienda como medidas adjuntas a la terapia : las drogas, intervención ambiental, la terapia electroconvulsiva, familia, amigos, empleos, rehabilitación ambiental, hospitalización, viajes, vacaciones, etc.

Actualmente se practica mucho la psicoterapia breve y de emergencia en la comunidad, ya que facilita el -
trabajo, por ser bastante práctica y rápida. [20] [?]

EVALUACION:

Lea cuidadosamente las preguntas y trate de contestar lo que aprendió después de haber leído el capítulo.

1).- ¿Qué significa la psicología comunitaria?

2).- ¿Cuál ha sido el desarrollo de la psicología comunitaria?

3).- ¿Cuáles son las metas de la psicología comunitaria?

4).- Mencione por lo menos 3 principios de la psicología comunitaria.

5).- Explique los 3 tipos de prevenciones en la psicología comunitaria.

6).- Defina a la salud mental.

7).- Defina la enfermedad mental.

8).- Mencione los criterios de salud y enfermedad mental.

9).- Especifique cuáles son las consecuencias sociales -
que considera más importantes.

4).- ¿Qué se hace en dado caso de que se detecte algún problema grave ya sea de personalidad, neurótico o psicológico?

5).- ¿Cómo trabajan en conjunto los médicos, enfermeras, psicólogos, psiquiatras, promotores, etc., dentro de la comunidad?

PRACTICA No. 2

OBJETIVO: Tiene la finalidad de que se conozca la labor que se desempeña en una escuela dentro del campo de la psicología clínica.

INSTRUCCIONES PARA LA PRACTICA:

3.5. Buscá una clínica para la realización de la práctica.

Investigá los siguientes puntos:

1).- ¿Qué tipo de ayuda le puede brindar una clínica de la comunidad a una escuela?

2).- ¿Cómo se pueden prevenir las necesidades de la escuela?

3).- ¿Con qué fin se brinda ayuda a la escuela?

- 4).- ¿Cuál es el objetivo de los programas de prevención escolar?

- 5).- ¿Qué otras labores se pueden realizar dentro de la escuela y actualmente no se hacen?

- 6).- ¿Cómo considera usted la intervención clínica en la comunidad, dentro de la escuela?

- 7).- Mencione las experiencias y conocimientos que adquirió al realizar la práctica.

PRACTICA No. 3

OBJETIVO: Tiene como finalidad que se conozcan los criterios de salud y enfermedad mental.

INSTRUCCIONES PARA LA PRACTICA:

3.6.3.1., 3.6.3.2. Acudirá a alguna biblioteca con el fin de investigar los criterios que pueden ser tomados en cuenta para determinar lo que es la salud y la enfermedad mental. (Se puede tomar como consulta los libros que se mencionan en la bibliografía).

CAPITULO IV

MODELOS DE LA PSICOLOGIA CLINICA

4.1. DEFINICION:

Son descripciones a pequeña escala de las formas - en que varios pensadores han abordado el tema de la conducta humana dentro de la psicología clínica.

Cada modelo describe cómo se desarrolla la conducta y se vuelve problemática; todos ejercen una influencia en cuanto a evaluación, tratamiento e investigación.

El modelo clínico puede ayudar a organizar las -- ideas que se tengan acerca de la conducta humana, guiar - decisiones y funciones clínicas y facilitar la comunicación. [1]

4.2. IMPORTANCIA DE LOS MODELOS:

Realza los aspectos positivos de cualquier aproximación sistemática a la psicología clínica, puede ser muy valioso al ayudar al clínico a organizar tanto sus ideas_ como sus acciones y comunicárselas en un lenguaje común y fácil, ayuda al psicólogo clínico a llevar un orden en - aquello que pudiera ser un caos. [1]

4.3. PRECAUCIONES DE LOS MODELOS:

El psicólogo clínico debe tener mucho cuidado al - manejar los modelos ya que puede adoptar una perspectiva_ rígida, ortodoxa y cerrada a otra idea nueva.

Cegarse a un solo modelo, puede reducir el funcio-

namiento clínico a un nivel automático.

Debe tomarse en cuenta que los modelos no constituyen una entidad completa y cada uno está expuesto a variaciones. (1)

4.4. TIPOS DE MODELOS:

4.4.1. MODELO PSICODINAMICO:

Surgió principalmente de los trabajos de Freud, - los supuestos básicos que se observaron era que los procesos inconscientes desempeñan un papel importante en la determinación de la conducta.

Freud habló de 3 agentes psicológicos: el ello, el yo y el super yo; éstos interactúan siempre que se tiene un conflicto; el funcionamiento del adulto lo determina la efectividad de la solución del conflicto en las diversas etapas psicosexuales de desarrollo y el conflicto psicológico da lugar a la ansiedad que el yo trata de reducir, empleando mecanismos de defensa.

Cuando las exigencias de las 3 estructuras psicoanalíticas entran en conflicto y el individuo es incapaz de resolverlas, los teóricos afirman que su resultado es la base fundamental de los trastornos psicológicos. Freud también tomó en cuenta el término consciente e inconsciente para su teoría.

El modelo es dinámico porque enfoca la interrelación constante de los pensamientos y sentimientos íntimos expresados por el ello, el yo y el super yo.

Este modelo no hace demasiado énfasis en las causas fisiológicas de los trastornos psicológicos y concede más importancia a las experiencias de las personas en la infancia. [18] [38]

4.4.1.1. ERIK ERIKSON:

Erikson desarrolla las etapas psicosexuales de Freud, pero pone el acento en los terminantes sociales del desarrollo de la personalidad.

Erikson cree que los conflictos principales en la vida temprana sólo parcialmente están causados por la frustración de instintos sexuales. Muchos conflictos resultan de la oposición entre las necesidades y los deseos del niño y las expectativas y limitaciones de su medio cultural.

No ve el ego como un servidor impotente de instintos básicos o como una marioneta del medio ambiente todo poderoso, sino más bien como un elemento en toda la personalidad, que media entre las necesidades del organismo y las demandas del medio y las coordina.

Divide los ciclos de la vida en ocho etapas, cada una de las cuales enfrenta el individuo a una tarea importante de desarrollo.

Las ocho etapas son básicamente: Confianza frente a Desconfianza, Autonomía frente a Vergüenza y Duda, Iniciativa frente a Culpa, Competencia frente a Inferioridad, Identidad frente a Dispersión de actividades, Intimidad frente a Aislamiento, Generatividad frente a Estancamiento e Integridad del ego frente a Desesperación.

Cada una de estas etapas plantea al individuo una crisis de desarrollo; esto es, un punto crucial en la vida, en que hay que enfrentarse a nuevos problemas y resolverlos.

La superación añade al ego una dimensión de fuerza aumentada, en tanto que el fracaso lo hace más vulnerable. (10)

4.4.1.2. ALFRED ADLER:

Adler fue el primer teórico que describió el funcionamiento psicológico del hombre como el producto combinando factores orgánicos e impulsos psicológicos dirigidos hacia un fin y su conducta es el resultado de procesos dinámicos.

El hombre tiene una necesidad de aperebirse a sí mismo subjetivamente como una unidad; esto es la base de un sentido de identidad, autoestima y autoaceptación.

Adler nos habla de los siguientes conceptos principalmente en su teoría. (10)

PRINCIPIOS MOTIVACIONALES BASICOS DE ADLER:

AUTORREALIZACION.

↑
YO CREATIVO.

↑
FICCIONES ORIENTADORAS.

↑
ESTILO DE VIDA.

NORMAL

Deseo de ser querido por los demás. La propia vida.

Ser respetado en el trabajo por los compañeros y los superiores.

Buscar un cónyuge afectuoso para una vida armoniosa.

ANORMAL

Deseo de ser querido por todo el mundo.

Ser totalmente perfecto.

Ser admirado y distinguido por los compañeros y superiores.

Buscar un matrimonio con felicidad perfecta.

ATENUADO POR EL INTERES SOCIAL.

AFÁN DE SUPERIORIDAD

COMPETENCIA

NORMAL

Autoperfección.

Valen

Carrera productiva

Participación en la vida pública.

Amor en la familia.

ANORMAL

Dominador.

Ser atendido, protegido, eximido.

↑
INFERIORIDAD.

Adler postula que debido al complejo de inferiori-

dad que existe en el hombre, este tiene un impulso que -- es el de la superación.

Menciona que en primer lugar, el hombre debe com-- pensar sus sentimientos de inferioridad mediante relaciones satisfactorias y seguras.

En segundo lugar debe luchar por la superioridad - estableciendo un estilo de vida que le permita nuevas experiencias.

Y por último debe crear un yo completo, que es la autorealización.

4.4.1.3. CARL GUSTAV JUNG:

Disentía de Freud en su concepto del inconsciente, como molde original de la personalidad y no simplemente - de la parte reprimida.

Jung consideraba que la aproximación simbólica a - los sueños y otras manifestaciones inconscientes eran los medios más aptos para comprender el lenguaje de la psique y descubrir su dinámica. (10)

Nos habla de los siguientes aspectos:

RASGOS DE LA ANIMA Y EL ANIMUS:

ANIMA:

NORMAL

Mantiene al hombre en con- tacto con sus emociones ;

ANORMAL:

Hace que el hombre sea insigni- ficante y mediocre, le hace -

Le ayuda a ser creativo y espontáneo.

Le hace más intuitivo.

Le ayuda a ser sensible a las necesidades y los sentimientos de otros. -
Le hace correcto en sus relaciones tanto con -
hombres como con mujeres.

clínico y amargado en relación con su suerte en la vida.

Le hace irritable y excesivamente preocupado por cuestiones Interpersonales.

Le hace chismoso y entrometido en los asuntos ajenos.

Le hace afeminado e inseguro en las relaciones sociales.

ANIMUS:

NORMAL

Hace que la mujer se - - oriente, según la realidad. Hace que se oriente en los problemas.
Produce una orientación equilibrada.

Determina una conducta - orientada en fines. Hace a la mujer capaz de inspirar, para que sea creativa, la anima en el hombre. La ayuda a establecer un sentimiento de - identidad e integridad.

ANORMAL

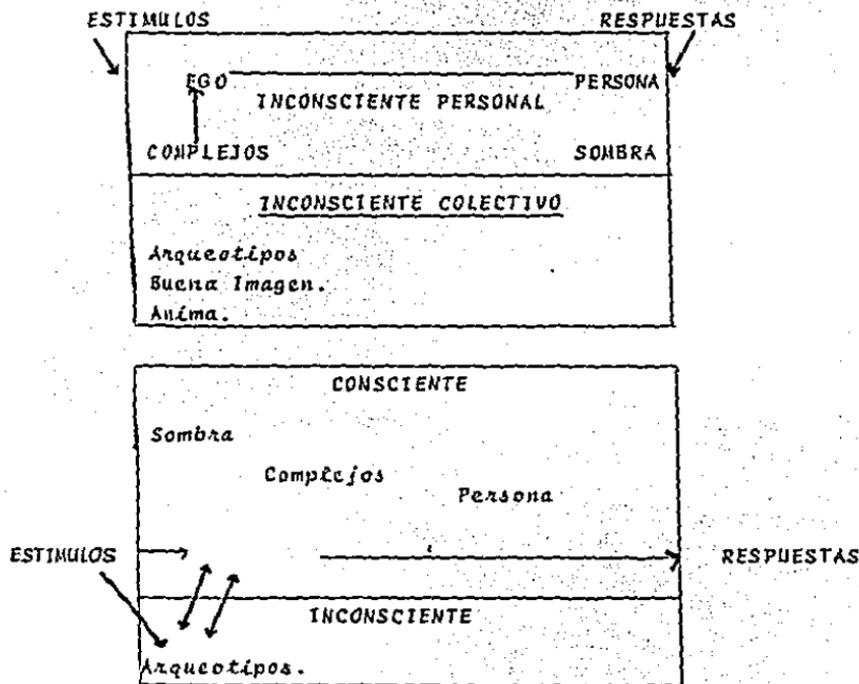
Hace a la mujer emocional e - irracional. La hace morbida-mente introspectiva.
Produce emociones incontroladas y fragmentación de la personalidad.

Produce conductas desorganizadas y disociadas.
Hace que la mujer sea fuertemente obstinada y rivalice - con los hombres, hace que trate de despojar al hombre de - su función, causando problemas con su sentimiento de - - identidad femenina.

Le hace estable.
Le proporciona seguridad
en sí misma y aplomo.

La hace polemizante, negativa,
irritable e irracional, la ha-
ce sentirse inferior e insegura.

A medida que aumenta la comprensión de su persona por el individuo, el dominio consciente se ensancha para abarcar muchas áreas anteriormente inconscientes de la psique. Se produce así un intercambio libre entre el consciente y el inconsciente en personas individuales.



DEFINICIONES DE ALGUNOS CONCEPTOS EMPLEADOS POR JUNG:

Complejo: Red de pensamientos, sentimientos y actitudes a los que conglere coherencia una disposición central.

Inconsciente Colectivo: Contenidos psíquicos fuera del reino de la consciencia, que son comunes a la humanidad en general, no propios de una persona en particular. Jung, introdujo el término, creía que el inconsciente colectivo se hereda y deriva de la experiencia colectiva de la especie, trasciende las diferencias culturales y explica las analogías entre las ideas mitológicas antiguas y las proyecciones arcaicas primitivas observadas en algunos pacientes que no habían tenido nunca contacto con estas ideas.

Persona: [la personalidad social]: La máscara que se lleva en las relaciones con los demás y que está condicionada en gran parte por las expectativas culturales.

Sombra: Los aspectos de la personalidad que se trata de ocultar.

Inconsciente Personal: Los impulsos, deseos y recuerdos que el ego no puede integrar; acumulados después del nacimiento mediante experiencias individuales.

Arquetipos: Predisposición para determinadas experiencias.

Animus: Arquetipo del hombre en la mujer, rasgos masculinos en la mujer.

Aníma: Arquetipo de la mujer en el hombre, rasgos

femeninos en el hombre.

Yo: El elemento que controla la personalidad una vez que la individualización ha tenido lugar, núcleo de la personalidad entera.

Ego: Centro de la conciencia, experimentado subjetivamente.

Símbolos: Mecanismos que desencadenan una emoción o motivo, permiten al individuo tener experiencias que en otra forma, serían imposibles.

Sublimación: El hallazgo de salidas aceptables para impulsos peligrosos.

JUNG pensaba que el yo no es el mejor ejecutor para crear una personalidad individualizada, considerada más bien que se produce una mezcla de todos los conceptos anteriormente mencionados, cuando todas estas fuentes internas son reconocidas y aceptadas ese 'yo' viene a ser la base de la personalidad efectiva.

4.4.1.4. KAREN HORNEY:

Centró su atención casi exclusivamente en los aspectos neuróticos de la personalidad.

Consideraba a la neurosis como una cuestión de grado.

Identificó 10 necesidades neuróticas y derivó de éstas más adelante tres orientaciones con respecto a las relaciones sociales.

NECESIDADES NEUROTICAS:

- Afecto y aprobación.
- Compañero dominante en la vida.
- Explotación de los demás.
- Prestigio.
- Admiración personal.
- Ambición en materia de logro personal.
- Autosuficiencia e Independencia.
- Poder.
- Límites de vida estrechamente confinados.
- Perfección e insaciabilidad.

Necesidades Neuroticas Principales:

- Acercamiento de la gente.
- Alejamiento.
- Hostilidad.

Nos habla a su vez de la integración del yo real - y del yo ideal.

El yo real es lo que una persona es (su verdadero yo), y el yo ideal es lo que la persona desea ser. El funcionamiento humano eficiente exige que la persona logre una integración del yo real y el ideal, en la cual el yo real sea aceptado y el ideal sea una guía útil para el crecimiento y mejoramiento constantes. [10].

4.5. CRITICA DEL MODELO:

a).- Las ideas e hipótesis psicodinámicas tales como el id, ego y super ego, proyección, motivación incons-

ciente y represión, están constituidas por abstracciones vagas que es difícil o casi imposible verificar de manera científica.

b).- Las experiencias clínicas de Freud con un número reducido de pacientes de la clase alta de Viena a finales del siglo pasado y principios de éste, conformaron el fundamento completo de su enfoque.

c).- Las concepciones psicoanalíticas presentan de masiada importancia al lado negativo del carácter humano (es decir instintos agresivos y sexuales). La influencia de la sociedad y la cultura sobre el comportamiento, aspecto que ha provocado el rechazo por muchas personas de la teoría de Freud y continúa siendo un elemento de preocupación.

d).- La perspectiva psicoanalítica representa un sistema cerrado que tiende a ser inflexible y a no dejarse influir por la información contradictoria.

e).- El modelo psicodinámico facilita de una forma exagerada el que cualquier conducta sea interpretada como indicadora de una motivación inconsciente y la patología relacionada, y por lo tanto puede realmente crear problemas.

f).- Debido a que la aproximación de Freud es un subtipo del modelo médico, el enfoque de Freud es compatible y ayuda a perpetuar un sistema de diagnóstico que no es confiable ni válido. [1]

4.6. MODELO DE APRENDIZAJE SOCIAL:

El Modelo de Aprendizaje Social se centra en la -

conducta directamente y su relación con las condiciones ambientales que le afectan.

La conducta se ve influida por el aprendizaje que se lleva a cabo mediante un contexto social.

Los antecedentes culturales o subculturales de cada individuo se consideran como parte de su historia exclusiva de aprendizaje.

El modelo de aprendizaje social tiene como meta comprender las inconsistencias intraindividuales y otros fenómenos impredecibles en términos de la especificidad conductual. [21]

4.6.1. FORMULACIONES DEL MODELO:

a). - Toma como objeto de la clínica a la conducta mensurable.

b). - Se acentúa la importancia de la influencia ambiental sobre la conducta en oposición a otras influencias supuestas o hereditarias.

c). - Los métodos y procedimientos de la ciencia experimental se emplean con los medios principales para ampliar el conocimiento acerca de la conducta, su evolución, desarrollo y modificación.

d). - La evaluación clínica y las funciones del tratamiento están íntimamente ligadas con los resultados de la investigación experimental realizada con seres humanos y animales.

4.6.2. DOLLAR Y MILLER:

Parten de la suposición de que los seres humanos - no vienen al mundo con instintos sino con necesidades primarias que deben ser satisfechas.

Postularon que la gente adquiere pulsiones aprendidas o secundarias.

Consideraron que la indecisión o ambivalencia de una persona era el resultado de tendencias de aproximación o evitación incompatibles en lugar del producto de un conflicto entre el id y el super ego.

Entre estos dos conflictos el más difícil y potencialmente problemático es la variante de doble evitación-aproximación, en la cual cada opción de actuar tiene características positivas y características negativas muy claras.

Señalaron a su vez la importancia de los conflictos de ansiedad y desórdenes conductuales utilizando la teoría de aprendizaje.

Analizaron el conflicto neurótico formulando la tendencia de aproximación de una persona hacia un miembro del sexo opuesto puede encontrarse desviada debido a una tendencia simultánea de evitación, la cual estaba acompañada de una gran angustia psicológica que podría requerir en última instancia de la intervención terapéutica destinada al fortalecimiento de las tendencias de aproximación, reducción de tendencias de evitación o ambas. (10) (1)

4.6.3. B.F. SKINNER:

Es un partidario convencido del behaviorismo y ha desarrollado procedimientos activos de refuerzo que él y sus estudiantes han aplicado a muchos aspectos del control de la conducta en una diversidad de situaciones.

Skinner sostiene que puede controlar la conducta del ser humano con la misma eficacia con que pueden hacerlo con los animales.

El método se basa principalmente en un estímulo o refuerzo positivo, estímulo negativo y castigo (E - R).
[10] [1]

4.6.4. WOLPE Y EYSENCK:

Condicionamiento clásico: Estudian la comprensión y eliminación del sufrimiento humano en especial de la ansiedad; este enfoque no niega la importancia del reforzamiento operante y el castigo en el moldeamiento de la conducta normal y problemática, pero sí acentúa el aprendizaje que ocurre a través de la asociación de los estímulos condicionados e incondicionados.

Tanto el condicionamiento operante como el clásico, pueden estar implicados en la aparición de patrones conductuales específicos. [10] [1]

4.6.5. BANDURA:

Se basa en el aprendizaje mediante la observación, nos dice que aprendemos observando la conducta de un modelo.

Este aprendizaje comprende todos los tipos de conducta de emulación tales como la imitación y la identificación.

El aprendizaje humano e inclusive el de los animales superiores consiste en imitar la conducta de los demás.

La noción de identificación de Freud es en realidad de clase de aprendizaje de observación.

Durante todo el transcurso de la vida tenemos modelos que copiar, el éxito o el fracaso en numerosos aspectos de la vida dependen de un determinado medio cultural del aprendizaje de observación. [10] [1]

4.6.6. MISCHEL: (Terapia Conductual).

Propuso un conjunto de capacidades cognoscitivas y conductuales que, en su opinión constituyen la base del funcionamiento humano eficiente.

Según Mischel cada nueva situación exige nuevas tácticas para la acción pero ciertas capacidades conductuales y estrategias cognoscitivas son siempre necesarias para que la persona sea capaz de seleccionar el curso de acción óptima.

Las aptitudes son las capacidades específicas requeridas por las diversas situaciones, mientras que los sistemas y planes autoreguladores son las capacidades subyacentes que permiten a la persona fijar metas, seleccionar comportamientos específicos y regular esos planes y acciones en forma autónoma. [5]

4.7. CRITICA DEL MODELO DE APRENDIZAJE SOCIAL:

a).- La aproximación del aprendizaje reduce a los seres humanos a un conjunto completo de respuestas adquiridas que se derivan de una relación mecanicista con el ambiente. Esta perspectiva es muy estrecha y tiende a excluir las influencias genética, fisiológica, constitucional y otras que no se basan en el aprendizaje y, lo que es más importante, deja de dar suficiente importancia a la existencia subjetiva y la posibilidad de cada persona para el desarrollo positivo.

b).- El modelo de aprendizaje social sólo se puede aplicar a ese campo limitado de la actividad humana en que el comportamiento se puede medir; por lo tanto no puede conceptualizar o mejorar de una manera adecuada los problemas humanos de una naturaleza compleja e interna.

c).- Los principios del aprendizaje en los que se basa el modelo del aprendizaje social no están bien establecidos y los mismos teóricos del aprendizaje no se ponen de acuerdo acerca de dichos principios.

d).- Las aproximaciones del aprendizaje social a la psicología clínica no son tan especialmente científicas o validadas con la claridad que le adjudican sus defensores. Muchos de los procedimientos de evaluación y tratamiento que representan el modelo, se basan más en la experiencia clínica que en la investigación experimental. (1).

4.8. MODELO FENOMENOLOGICO:

Rechaza las suposiciones anteriores de los otros -

2 modelos y afirma que la conducta de cada ser humano en cualquier momento está determinada principalmente por la percepción del mundo que tenga el individuo.

Las teorías fenomenológicas suponen que cada persona es única y por lo tanto tendrá diferentes percepciones. (1)

4.3.1. VERSIONES DEL MODELO FENOMENOLÓGICO:

a).- A los seres humanos se les considera como personas activas, pensantes, que son responsables de una manera individual por las cosas que hacen y completamente capaces de elaborar planes y elegir opciones sobre su comportamiento.

b).- El modelo reconoce la existencia de necesidades biológicas restando importancia con determinantes de la conducta y su desarrollo. Supone que cada persona nace con una potencia para el desarrollo y que ésta proporciona el motor de conducta.

c).- Menciona que nadie puede comprender a otra persona a menos que hubiese percibido el mundo a través de sus ojos.

Rechaza el concepto de enfermedad mental, y el uso de etiquetas peyorativas por la conducta problemática, supone que toda actividad humana es normal, racional y comprensible cuando se le considera desde el punto de vista de la persona que está observando.

d).- A las personas no se les debe tratar como objetos psicológicos sino como seres humanos y nuestros semejantes. (1)

4.8.2. KELLY:

Teoría del Constructo personal: Su teoría dentro del campo fenomenológico no se considera tan importante como la de otros teóricos.

La teoría es extremadamente compleja; se basa en la suposición singular y fundamental de que la conducta humana está determinada por lo que él denomina los constructos personales o formas de anticipar al mundo.

Kelly creía que los individuos actúan de acuerdo con su conjunto único, de expectativas acerca de las consecuencias del comportamiento y por lo tanto de los constructos o anticipaciones de las personas acerca de la vida conformaban su realidad y guían su conducta.

La validación de los constructos personales constituyen la meta principal de cada ser humano; según Kelly la conducta problemática se desarrolla cuando una persona crea constructos imprecisos muy simplificados o erróneos en algún otro sentido.

Kelly consideraba que las personas podían aprender a cambiar sus constructos personales y a la vez los patrones de respuesta que emanaban de ellos. (10)

4.8.3. ABRAHAM MASLOW:

Fundamenta su teoría en las necesidades fisiológicas, de seguridad, afecto, afiliación y estimación; estas a su vez a la autorrealización.

JERARQUIA DE NECESIDADES DE MASLOW:

1. Necesidades Fisiológicas.
 - " de alivio, sed, hambre.
 - " de sueño.
 - " de actividad sexual
 - " de alivio, dolor, desequilibrio.
2. Necesidades de seguridad.
 - " de protección.
 - " de ausencia de peligro.
 - " de orden.
 - " de un futuro previsible.
3. Necesidades de afecto y afiliación.
 - " de amigos.
 - " de compañeros.
 - " de una familia.
 - " de identificación con un grupo.
 - " de intimidad con un miembro del sexo opuesto.
4. Necesidades de estimación.
 - " de respeto.
 - " de confianza basada en la buena opinión de los demás.
 - " de admiración.
 - " de confianza del individuo a sí mismo.
 - " de aceptarse el individuo a sí mismo.
5. Necesidades de autorrealización.
 - " de realizar el individuo sus capacidades personales.
 - " de desarrollar el individuo sus posibilidades.
 - " de hacer aquello para lo cual se está mejor capacitado.
 - " de desarrollo y expansión.

Maslow nos habla de la autorrealización mencionando

que no es un punto fijo, sino un proceso en marcha de - ser, en que la persona aprecia e integra todos los aspectos de vida psicológica y social, nadie se autorealiza, - jamás totalmente, pero el reto consiste en desarrollar - un concepto honrado, tolerante y atento de la vida, orientado al mejoramiento. [10]

4.3.4. FRIT PERLS: [Psicología de la Gestalt].

Elabora su teoría a partir de la teoría de Freud. Perls consideraba que se exageraba la importancia de los otros instintos sexuales y se menospreciaba el factor que lo denominó hombre; un instinto o tendencia hacia la autoconservación y autorealización.

Acentuó la función del ego para facilitar el crecimiento y la autoconservación de cada persona al mediar entre las necesidades individuales internas y las exigencias del ambiente.

Para que el crecimiento de una persona ocurra, ésta debe de mantenerse consciente de sus necesidades y sentimientos internos del ambiente.

Cuando se tiene el crecimiento y comienzan los problemas es que el conocimiento de cada persona puede convertirse en incompleto, distorsionado o distribuido de una manera inadaptada.

Perls desarrolló su teoría en base a la terapia de la Gestalt cuyo objetivo es que la persona inicie nuevamente su crecimiento y restablezca sus procesos de conocimiento. [10]

4.8.5. CARL R. ROGERS:

Es una teoría dinámica, se concentra en los aspectos relacionados con el cambio terapéutico y no en la estructura de la personalidad.

Está constituida en torno a 2 aspectos fundamentales:

- 1).- El concepto de sí mismo.
- 2).- El organismo.

El organismo humano es concebido por Rogers como una totalidad organizada de experiencias las cuales se constituyen en un campo fenomenológico regido por las leyes en la gestalt; el organismo regido es dinamizado por una tendencia fundamental, el impulso hacia la actualización o autorrealización y al mismo tiempo está dotado de un sistema regulador mediante el cual dirige su conducta hacia la satisfacción de las necesidades derivadas de ese impulso básico.

El concepto de sí mismo es una porción del campo perceptual que va formándose a medida que las personas interactúan con el medio ambiente, es la propia imagen del sujeto.

Contiene las percepciones, los valores e ideales del individuo organizadas en una configuración o gestalt que tiene la participación de una particularidad de ser totalmente consciente.

Dentro de la dinámica de la personalidad el concepto del sí mismo tiene la función de seleccionar las per-

cepciones del individuo y regular la conducta del mismo .
(18) (31)

4.8.6. VIKTOR E. FRANKL:

Teoría de la falta de significado: Se basa en el vacío existencial o falta aparente del significado de la vida; menciona Frankl que esto no es algo de lo que debemos avergonzarnos, sino que es algo de lo que pudiésemos sentirnos orgullosos.

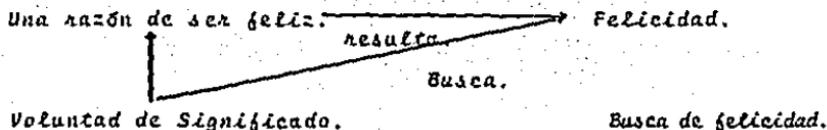
Constituye una prerrogativa del hombre no dar por supuesto que la vida tiene un sentido, sino arriesgarse - más bien a poner este significado a vida.

El vacío existencial podría comprenderse y explicarse así mismo como la frustración de aquello que yo personalmente considero como la fuerza motivacional básica - que opera en el individuo.

El hombre busca fuera de sí para encontrar a otro ser humano allá fuera en el mundo y nunca se preocupa ante todo por algo dentro de él mismo.

Y no es sino después que el individuo va renunciando a sus objetivos primeros, que regresa, vuelve y reflexiona sobre sí mismo.

El hombre entonces debe de buscar por sí mismo y encontrar su significado en la vida. (5)



4.9. CRITICAS DEL MODELO FENOMENOLOGICO:

a).- La aproximación fenomenológica se preocupa de una manera muy estrecha por la experiencia consciente inmediata y no presta suficiente atención a la importancia de la motivación inconsciente, las contingencias de reforzamiento, las influencias circunstanciales, los factores biológicos y otros aspectos parecidos en la determinación del comportamiento.

b).- El modelo no trata de una manera adecuada el tema del desarrollo de la conducta humana, la formulación de postulados acerca de una tendencia innata hacia el crecimiento o actualización, puede explicar el desarrollo pero no explica los procesos explicados.

c).- Las teorías fenomenológicas proporcionan descripciones excelentes del comportamiento humano, pero por lo general no se enfocan sobre la exploración científica de sus causas funcionales.

d).- Los conceptos fenomenológicos no son científicos, son vagos, esotéricos, y en general difíciles de entender, mucho menos de investigar.

e).- Las teorías fenomenológicas no sólo están en contra de la ciencia sino también están en contra del intelecto.

f).- El modelo fenomenológico puede describir de manera teórica el comportamiento de todos los seres humanos, pero su aplicabilidad clínica se limita a aquellos segmentos de la población cuyo ambiente intelectual, educativo y cultural es compatible con la naturaleza introspectiva de esta aproximación. [1]

EVALUACION :

Lea cuidadosamente las preguntas, y trate de contestar lo que aprendió después de haber leído el capítulo.

1).- Defina qué son los modelos dentro de la psicología clínica.

2).- De qué trata el modelo psicodinámico?

3).- Mencione los seguidores de Freud y el modelo psicodinámico.

4).- Especifique por lo menos 3 críticas del modelo psicodinámico.

5).- ¿De qué habla el modelo de aprendizaje social?

6).- ¿Quiénes son sus seguidores?

7).- Especifique las críticas del modelo de aprendizaje social.

8).- ¿De qué trata el modelo fenomenológico?

9).- ¿Quiénes son los seguidores del modelo fenomenológico?

10). - Especifique por lo menos 3 críticas del modelo fenomenológico.

SUGERENCIAS PARA LAS PRACTICAS:

PRACTICA No. 1

OBJETIVO: Con la siguiente práctica se pretende que se -- tenga un amplio conocimiento bibliográfico de los 3 principales modelos de la psicología clínica.

INSTRUCCIONES PARA LA PRACTICA:

4.4.1., 4.6., 4.8. Hará una revisión bibliográfica en -- donde investigará en diferentes libros que se sugieren al final del manual, los 3 modelos de la psicología clínica; así mismo se interesará en buscar ejemplos de casos clínicos, con el fin de que los identifique y se familiarice -- con ellos.

PRACTICA No. 2

OBJETIVO: Con esta práctica se pretende que se conozca -- más a fondo los modelos de la psicología clínica.

INSTRUCCIONES PARA LA PRACTICA:

4.4.1., 4.6., 4.8. Buscará en libros que se sugieran en -- la bibliografía, casos clínicos con el fin de sacar a con -- clusión a qué modelo se están refiriendo.

CAPITULO V

EVALUACION EN PSICOLOGIA CLINICA

5.1. DEFINICION:

La evaluación es el proceso de recopilar la información que será empleada como base para la toma de decisiones por parte del evaluador o por aquellas personas a las que se les comunican los resultados. (1)

5.2. COMPONENTES DEL PROCESO DE EVALUACION: (1)

a).- Planeación de los procedimientos para la recopilación de datos.

b).- Recopilación de los datos de la evaluación.

c).- Procesamiento de los datos y formación de las hipótesis.

d).- Comunicación de los datos de la evaluación.

5.2.1. PLANEACION DE LA EVALUACION: (1)

Se debe contestar primeramente a 2 preguntas: 1) ¿Qué es lo que se desea conocer? 2) ¿Cómo se pueden adquirir esos conocimientos?

Se puede comenzar preguntando datos de la ficha de identificación, como son: El nombre, la edad, escolaridad, etc. y proseguir con el funcionamiento fisiológico, relaciones interpersonales, familiares, etc.

No tiene que seguirse un orden precisamente. Algunos de los niveles de evaluación que se han considerado -

más importante son los siguientes:

1).- SOMÁTICO: Funcionamiento fisiológico: Ejemplo: tipo de sangre, stress, características genéticas, metabolismo, etc.

2).- FÍSICO: Tipo de constitución corporal, altura, peso, defectos físicos, etc.

3).- DEMOGRÁFICO: Nombre, teléfono, ocupación, ingresos, estado civil, etc.

4).- CONDUCTUAL MANIFIESTO: Habilidades, aptitudes, etc.

5).- COGNOSCITIVO INTELECTUAL: Inteligencia.

6).- AMBIENTAL: Características de la vivienda, familiares, compañeros de trabajo, condiciones económicas, etc.

Esta información recabada por el psicólogo clínico es muy importante ya que en base a ella el psicólogo tendrá que seleccionar las pruebas, entrevistas y técnicas de evaluación que sean más apropiadas para la persona que se está tratando.

5.2.2. RECOPIACION DE LOS DATOS DE LA EVALUACION: (1)

Pertenece a la segunda pregunta que nos hicimos: - ¿De qué forma lograremos obtener la información?

Se mencionan 4 de las fuentes más importantes que son:

1) Entrevista.

- 2) Pruebas psicológicas.
- 3) Observaciones.
- 4) Documentos históricos.

5.2.3. PROCESAMIENTO DE LOS DATOS DE EVALUACION: [1]

Es el problema de determinar y descifrar el significado de los datos recopilados; si la información obtenida ha de servir para alcanzar las metas de clasificar, describir y predecir la conducta humana, se deberá interpretar y combinar esa información en su forma bruta y -- transformarla en hipótesis, imágenes, relaciones y conclusiones.

El psicólogo clínico tendrá que contar con bastante experiencia ya que tiene que hacer inferencias de la evaluación completa, y ésta tendrá que ser lo más acertada que se pueda.

5.2.4. LA COMUNICACION DE LOS RESULTADOS DE EVALUACION: [1]

Es un informe psicológico que contiene la información acerca del cliente, en una forma clara, pertinente y útil.

Este reporte deberá estar relacionado con las metas u objetivos de su evaluación.

MÉTODOS DE EVALUACION:

5.3. ENTREVISTA EN PSICOLOGIA CLINICA:

5.3.1. DEFINICION: [29]

Es una situación de comunicación entre 2 o más per

sonas en donde se tiene un propósito determinado que es - la recopilación de datos.

5.3.2. PRINCIPIOS FUNDAMENTALES DE LA ENTREVISTA:

- Escuchar con interés.
- Estar alerta a lo que el sujeto dice.
- Observar la conducta total.
- Crear un clima propicio.
- Ser genuino.
- Ser empático.
- Respeto profundo por el paciente.
- Disponibilidad de comunicarse.

5.3.3. DATOS DE LA ENTREVISTA:

a).- CONTENIDO: Se refiere a conductas verbales - y no verbales de la persona.

b).- PROCESO: Es la relación existente entre el - paciente y el psicólogo.

c).- DATOS INSPECTIVOS: Son los datos no verbales.

d).- DATOS INTROSPECTIVOS: Incluye datos tanto - verbales como no verbales.

5.3.4. OBJETIVOS DE LA ENTREVISTA:

1).- Encaminarla hacia lo que se busca (recoger he - chos, informar y motivar).

2).- Que se cumpla el propósito (recopilar datos).

3).- Que se logre la comunicación adecuada.

5.3.5. SITUACIONES DE LA ENTREVISTA: [1]

1).- Entrevistas Iniciales: El paciente se acerca al psicólogo voluntariamente e involuntariamente; esta entrevista se dirige principalmente a la determinación y naturaleza del contexto del problema.

El psicólogo decidirá si puede o no trabajar con el paciente.

2).- Entrevista para la Identificación de Problema: Esta entrevista es en base a la anterior, la decisión de aceptar o remitir al paciente está en manos del psicólogo. En caso de su aceptación, esta entrevista básicamente es para la identificación o elaboración de problemas; generalmente al finalizar dicha entrevista el psicólogo sacará un diagnóstico de la persona entrevistada.

3).- Entrevista de Orientación: Es una entrevista especial, en la que se informa al paciente acerca de los procedimientos de la evaluación, tratamiento o investigación que se llevarán a cabo.

Esta tiene 2 beneficios:

- a) Animar al paciente a hacer preguntas y comentarios hacia ideas erróneas o faltas de información que podrían obstruir las entrevistas.
- b) Ayuda a eliminar expectativas inadecuadas al comunicar nuevas experiencias más adaptadas y facilitar la interacción.

4).- Entrevista de Terminación: Consiste en dar al paciente una explicación completa del proyecto en el cual participó.

Se le aclaran todos los engaños y trampas que se utilizaron, se dan recomendaciones sobre el manejo de futuros problemas que se pudieran presentar.

Se le infunde seguridad al paciente acerca de su habilidad, para caminar de ahora en adelante solo.

5).- Entrevista en Situación de Crisis: Se da -- cuando una persona se encuentra en una crisis de cual- -- quier tipo; el psicólogo hará la entrevista inmediatamente, ya que en este estado es peligroso hacer esperar al paciente.

El psicólogo intentará dar apoyo, reunir datos de evaluación e iniciar alguna acción de ayuda, trabajará directamente con el problema inmediato. Esta entrevista puede llevar al establecimiento de otras entrevistas posteriores de una manera más tranquila.

6).- Entrevista de Observación: Esta entrevista - consiste como su propio nombre nos lo indica, en una observación.

Proporciona una oportunidad para observar las reacciones del entrevistado ante situaciones ambiguas provocadas de tensiones o conflictos.

En ocasiones el psicólogo prepara estas entrevistas de observación para ver la reacción del paciente y su enfrentamiento con su problema.

5.3.6. ETAPAS DE LA ENTREVISTA: [34] [1]

Primera Etapa: Lo más importante es establecer un

rapport adecuado, crear un clima apropiado, confortable y cálido, además de establecer una buena comunicación.

Segunda Etapa: Es un continuo de la primera etapa; generalmente los entrevistadores utilizan técnicas directivas y no directivas.

Ejemplo: [T. No directiva]

- De qué le gustaría hablar.
- Qué lo trae por aquí.
- Está aquí para hablar de sus problemas o de los de alguien más.

Se intenta que el paciente logre el insight; también por medio de estas técnicas, estas se harán en forma combinada o por separado.

Es importante en esta etapa que el psicólogo logre saber si el paciente es casado o soltero.

En esta etapa por lo regular el psicólogo ya debió de haber establecido una buena comunicación entre él y su paciente.

Tercera Etapa: [o cierre de la entrevista] Fomenta aún más el rapport; señala que la entrevista casi concluye, elogia la cooperación del cliente, lo reconforta - al decirle que lo comprende, resume todo lo hablado en la primera y segunda etapa, se le pregunta si hay dudas.

Por lo regular la tercera etapa se lleva a cabo en los últimos 10 minutos.

5.3.7. COMUNICACION DURANTE LA ENTREVISTA: [1]

Es un proceso mediante el cual vamos a intercambiar hechos, datos, lograr un entendimiento mutuo, traduciéndose así la cooperación para la acción.

En la comunicación clínica se tienen que tomar en cuenta dos aspectos.

a).- La comunicación verbal: Es todo aquello que el paciente expresa o manifiesta por medio de su cuerpo, su expresión facial, su apariencia física, sus movimientos, postura, contacto ocular, excitación emocional, etc.

5.3.7.1. BARRERAS DE LA COMUNICACION: [1]

- a) Semánticas: Lenguaje.
- b) Fisiológicas: Problemas internos.
- c) Físicas: Apariencia, clima.
- d) Psicológicas: Manifestaciones de ansiedad, depresión, etc.

5.3.8. ESTRUCTURA DE LA ENTREVISTA DE PSICOLOGIA CLINICA:

- Ficha de identificación.
- Motivo de consulta.
- Area personal.
- Area de la salud.
- Area familiar.
- Area social.
- Area sexual.
- Area educativa.
- Pasatiempo.
- Antecedentes heredo-familiares.

- Situaciones significativas.
- Patologías pre, perú y postnatales.
- Vida laboral.

5.4. LAS PRUEBAS EN PSICOLOGIA CLINICA: [1] [3]

5.4.1. DEFINICION:

Es una manera particular de observar y describir - la conducta de una persona en una situación tipificada.

Las pruebas son la presentación de ciertos estímulos planeados.

Las pruebas se dividen en pruebas estructuradas y no estructuradas.

Las estructuradas requieren que los sujetos respondan a preguntas no ambiguas, y cuyo significado es uniforme y que respondan de manera un tanto restringida.

Ej.: Conteste Falso o Verdadero.

La calificación se basa en la suma aritmética de - todas las respuestas en un total.

En las pruebas no estructuradas se le da más libertad al sujeto, presentándole estímulos no estructurados - para que responda.

Ej.: T.A.T., Rorschach. Como consecuencia la puntuación y el análisis exigen mayor esfuerzo, tienen menos probabilidades de ser normalizadas totalmente.

5.4.2. TIPOS DE PRUEBAS: (1) (3)

a).- *Inteligencia:* Tienen como objetivo conocer la capacidad para manejar y comprender símbolos abstractos y relaciones, conocer la capacidad para adaptarse a nuevas situaciones aprovechando sus anteriores experiencias. Ej. Waís, Raven, Dominos, etc.

b).- *Personalidad:* Se usan con el fin de conocer los rasgos característicos del individuo, sus diferentes patologías, carácter, temperamento, etc.; así mismo se identifica su adaptación o desadaptación al medio ambiente.

Ej.: M.M.P.I., CIP, California, T.A.T, Rorschach, Frases Incompletas, Machover, Cuestionario, etc.

c).- *Aptitudes, Actitudes, Preferencias y Valores:* Estas pruebas generalmente las aplican los encuestadores, orientadores vocacionales y educativos, los psicólogos sociales, etc.

Aunque cabe señalar que esta información también puede ayudar al psicólogo clínico.

Ej.: Hereford, Vidales, Allport.

Las pruebas que más se utilizan en la psicología clínica son las de personalidad y las de inteligencia.

Se debe de tener presente que estas son sólo un instrumento que va a proporcionar cierta información al psicólogo, que reunido con las entrevistas y observaciones, se puede llegar a una conclusión final apropiada.

No debe abusarse de las pruebas y tendrán que ser

**ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA**

leccionarse de la manera apropiada dependiendo del paciente, del objetivo que se pretende, de la meta a donde se desea llegar y de las características que el paciente posea.

5.5. LA OBSERVACION EN PSICOLOGIA CLINICA: (1)

5.5.1. ENFOQUES DE LA OBSERVACION CLINICA: (1)

El observador clínico debe seleccionar personas, - categorías de conducta, sucesos, situaciones, períodos de tiempo que serán el foco de atención.

Debe tomar una decisión acerca de si éstos serán o no provocados. Y al finar planear la manera como se registrarán dichos datos. Aquí entrarían aparatos para grabar, cronómetros, sistemas fisiológicos, etc.

5.5.2. OBSERVACION NATURALISTA: (1)

Consiste en la observación de la conducta espontánea y natural de una persona ya sea en su hogar, escuela, trabajo, etc.

Se puede llevar a cabo de una manera sutil y realista, proporciona una perspectiva precisa de la conducta, sin que se impregne por un exceso de autoconsciencia o intento por causar una determinada imagen, no hay control del ambiente.

Pasos de la Observación Natural:

- 1) Comportamiento que se va a observar.
- 2) Comportamiento específico y observable.
- 3) Selección de observadores.

- 4) Unidad de análisis (tiempo, tipo y núm. de respuestas que se usarán en el registro).
- 5) Dar puntuaciones a las unidades de análisis.
- 6) Métodos de observación (espejos, grabaciones, cintas, etc.)
- 7) Formato de calificación.
- 8) Los entrenadores deben de tener un entrenamiento previo, para que sus calificaciones sean precisas.
- 9) Formular programa de observación
 - Ej.: observación en el aula.
 - " en el hogar.
 - " en una clínica, etc.

5.5.3. OBSERVACION CONTROLADA: [1]

Consiste en establecer circunstancias especiales - en las que se pueda observar la manera como el cliente -- reacciona a determinados eventos, planeados y uniformes.

El psicólogo mantiene el control sobre la naturaleza y periodicidad de los estímulos de evaluación.

Ej.: Pruebas situacionales, situaciones en miniatura, evaluación andloga y observaciones planeadas.

5.6. INFORME PSICOLOGICO: [5]

Es la organización e integración de la entrevista, aplicación de pruebas estructuradas y no estructuradas - y observaciones del comportamiento.

PASOS DEL INFORME PSICOLÓGICO: (5)

- 1).- DATOS DE IDENTIFICACION: Nombre, edad, domicilio, etc.
- 2).- PUNTOS CONSULTADOS: ¿Qué preguntas se hicieron, por- que se envió a la persona para la evaluación. ¿Quién la remitió?
- 3).- HISTORIA SOCIAL, FAMILIAR Y CONTEXTO ACTUAL: Se in- cluye antecedentes de relaciones familiares, estado de salud, ocupación.
(Sólo se destacarán acontecimientos principales y re- lacionados con el problema que se presenta).
- 4).- OBSERVACIONES CONDUCTUALES: Comportamiento verbal y no verbal durante las evaluaciones, medicamentos en exceso, apariencia y capacidades.
- 5).- PRUEBAS APLICADAS:
- 6).- RESULTADO DE LAS PRUEBAS: Incluye un examen de los - patrones de comportamiento, defensas, relaciones in- terpersonales, estilo de vida, conceptos de sí mis- mo, malestar subjetivo actual.
- 7).- CONCLUSIONES: Diagnóstico, recomendaciones para el - tratamiento, pronósticos.
- 8).- RESUMEN: Se repasan los puntos esenciales del re- porte.

- 5).- Defina por lo menos 4 tipos de entrevistas en psicología clínica.

- 6).- Mencione en qué consisten las 3 etapas del proceso de la entrevista en psicología clínica.

- 7).- ¿Qué es la comunicación dentro del proceso de la entrevista?

- 8).- ¿Para qué nos sirven las pruebas en psicología clínica?

- 9).- Haga una clasificación de los diferentes tipos de pruebas y su utilidad dentro de la psicología clínica.

10).- Explique brevemente la observación controlada y la observación naturalista.

11).- ¿Qué es el informe psicológico?

12).- ¿En qué consiste el informe psicológico?

SUGERENCIAS PARA LA REALIZACIÓN DE LAS PRACTICAS:

PRACTICA No. 1

OBJETIVO: Se pretende que se conozcan los diferentes formatos que existen para la recolección de datos y exploración de áreas, dentro de la psicología clínica.

INSTRUCCIONES PARA LA PRACTICA:

5.3.8. Acudirá a una clínica de la comunidad, y solicitará informes sobre los diferentes formatos que se aplican en el campo de la psicología clínica.

PRACTICA No. 2

OBJETIVO: Se hace con el fin de que se tenga un conocimiento del proceso y estructura de la entrevista dentro del campo de la psicología clínica.

INSTRUCCIONES PARA LA PRACTICA: 5.3.

Acudirá a a alguna Institución Universitaria solicitando una película que contenga diferentes entrevistas.

Observaciones:

- 1).- Mencione todas las observaciones que le fueron posible identificar durante el proceso de la entrevista, después de haber visto la película.

PRACTICA No. 3

OBJETIVO: Que se conozcan las principales pruebas que se aplican en la psicología clínica.

INSTRUCCIONES PARA LA PRACTICA: 5.4

Acudirá a varios hospitales, clínicas, centros psiquiátricos etc. para investigar qué pruebas son las que se están utilizando más en el área clínica.

Puntos que se deberán investigar:

1).- ¿Cuáles son las pruebas que más se emplean en el área clínica?

2).- ¿En qué consiste cada una de ellas (mencionalo brevemente)?

5).- Mencione las conductas verbales que observó.

6).- Mencione las conductas no verbales que pudo detectar.

7).- ¿Cuál fue el comportamiento inicial del sujeto al iniciar la observación?

8).- Comportamiento al terminar la observación.

9).- ¿Qué experiencias vivió al realizar la práctica?

PRACTICA No. 5

OBJETIVO: La siguiente práctica se hace con el fin de -- que se tenga la experiencia de una observación controlada.

INSTRUCCIONES PARA LA REALIZACION DE LA PRACTICA:

5.5.3. Buscard una persona para la siguiente práctica de observación controlada.

La práctica contendrá una conversación con una persona (X) sobre un tema que ha sido previamente preparado por el observador, se hace con el objeto de saber cuál será la reacción del sujeto observado; el tiempo mínimo de duración será de 20 minutos.

La práctica tendrá que contener lo siguiente:

- 1).- Ficha de identificación del sujeto observado.
- 2).- Tiempo de observación.
- 3).- ¿Cuál fue la conversación que se llevó a cabo?

4).- Manifestaciones hechas por el sujeto observado (movimiento de todo el cuerpo).

5).- Facies [asombro, duda, gestos] etc.

6).- Tono de voz.

7).- Alteraciones de tipo fisiológico (interno)

OBSERVACIONES:

PRACTICA No. 6

OBJETIVO: Se pretende que se conozca cómo se integran todos los datos de la evaluación al término de esta.

INSTRUCCIONES PARA LA PRACTICA:

5.2., 5.3., 5.4., 5.5. Acudir a alguna clínica de la comunidad con el fin de solicitar informes de una integración completa de psicología clínica.

Investigar los siguientes puntos:

1).- ¿Cuál es el seguimiento que se lleva a cabo en un proceso evaluativo?

2).- ¿Qué pruebas son las que más se emplean en la evaluación psicológica?

3).- ¿Qué métodos utilizan en el proceso evaluativo?

4).- ¿Se lleva a cabo un informe psicológico al finalizar cada evaluación?

5).- Anote sus experiencias al realizar la práctica.

6).- ¿Por qué considera importante el proceso evaluativo?

CAPITULO VI

LA INTERVENCION CLINICA

6.1. DEFINICION DE PSICOTERAPIA:

Es la interacción interpersonal sistemática a través de la cual el terapeuta procura ayudar a modificar el comportamiento de otra persona.

Supone una entrevista en la que la comunicación verbal juega un papel muy importante, esencialmente es una relación muy especial, en donde el terapeuta procura comprender y proporcionar un ambiente en el que puede explorar y analizar sus dificultades y resolver así sus problemas. [34] [32]

6.1.2. RELACION TERAPEUTICA:

Se desarrolla entre el terapeuta y el cliente; las características que ocasionan que la relación sea única son:

1).- La relación consiste en que ambas partes estén claramente conscientes del motivo por el cual se encuentran en ella, y de lo que deben ser las reglas y las metas de su interacción.

2).- No debe haber confusión acerca de las funciones que ambos deben desempeñar.

3).- La relación debe ser voluntaria e iniciada por el cliente y aceptada por el terapeuta.

4).- Se debe establecer un contrato terapéutico que especifique las metas del tratamiento, los procedi-

mientos que se emplearán, los riesgos que pueden existir y las responsabilidades individuales del cliente y del terapeuta.

5).- El propósito principal de la relación es inducir al cliente a que se comporte de una manera deseable para ambas partes.

6).- El terapeuta debe de descartar en la relación reacciones espontáneas y naturales tales como atracción sexual, lástima, frustración, hostilidad y aburrimiento.

7).- En la relación terapéutica, el terapeuta intenta construir una relación atenta, sin perder de vista los esfuerzos del cliente por cambiar su comportamiento.

8).- Debe de existir un compromiso moral y ético de tipo confidencial hacia su cliente, y sobre todo un respeto profundo hacia éste. [31] [32]

6.1.3. TECNICAS:

a).- FOMENTAR EL INSIGHT: Toma de conciencia, es el reconocimiento y análisis de las influencias inconscientes.

La técnica común para desarrollar el insight es que el terapeuta ofrezca una interpretación de la conducta del cliente, que tiene como objetivo motivar al cliente a examinar su conducta y a que saque conclusiones acerca de su significado.

Cuando no existe capacidad de insight o toma de conciencia, ésta se puede lograr por medio de ejercicios.

Un ejemplo de ello sería mostrar algunas láminas -

del T.A.T.

Otro ejemplo podría ser preguntar al cliente: ¿Que venías pensando en el camino, antes de llegar aquí? etc.

b).- REDUCCION DE LA PERTURBACION EMOCIONAL: En algunas ocasiones se presentan pacientes en estado de crisis; el terapeuta intenta reducir el nivel de perturbación de manera que permita empezar a trabajar con su problema; se intenta reducir la perturbación sin reducir la motivación.

Algunos métodos que existen son la relación terapéutica, el apoyo directo, el crear un ambiente propicio, etc.

c).- FOMENTAR LA CATARSIS: Es la expresión libre de sus emociones y sentimientos; con esto el cliente logra un desahogo de las emociones que ha guardado por un periodo de tiempo prolongado.

d).- PROPORCIONAR INFORMACION NUEVA: Por lo regular, la psicoterapia es de tipo educativo; tiene como objetivo corregir algunas lagunas o distorsiones en el conocimiento del cliente.

El método para corregir esta información equivocada sería por medio de consejos directos a sus clientes, por un periodo limitado.

Otro método podría ser la sugerencia al cliente de que lea algún material que se relacione de alguna manera importante con el tema que se está tratando.

Otras técnicas directas serían mostrar exageracio-

nes, movimientos del cuerpo como alzar los hombros, expresiones faciales, para mostrar al paciente que existen -- otras formas más funcionales para percibir el mundo que le rodea.

e).- **DESIGNAR TAREAS FUERA DE LA TERAPIA:** Se le conoce como *tarea terapéutica*; su objetivo es fomentar la transferencia de los cambios positivos al mundo real.

El terapeuta y el paciente se ponen de acuerdo sobre ciertas acciones (basadas en su problemática); el paciente a su vez reporta al terapeuta sobre sus éxitos y fracasos de los cambios de su conducta que intentó llevar a cabo; luego el terapeuta intenta nuevos planes de trabajo para futuros cambios; a medida que el paciente experimenta logros, su autoestima va creciendo gradualmente.

f).- **DESARROLLAR FE, CONFIANZA Y UNA EXPECTATIVA DE CAMBIO:** La fe y la expectativa de cambio son el factor crítico más frecuente que contribuye a la mejora terapéutica.

Muchos psicólogos atribuyen su éxito a la habilidad para incrementar la creencia de los pacientes acerca de que se les puede ayudar.

A la expectativa se le considera también como el placebo; esto ha tenido gran influencia en muchos pacientes.

Al placebo se le ha colocado en el campo de la medicina relativamente. La fe y la confianza han aumentado la motivación y expectativas del cliente para su tratamiento; esto hace que se logre un mayor avance en el paciente. (34) (32)

6.1.4. EFECTOS INDESEABLES DE LA TERAPIA O EFECTOS DE DETRIMENTO:

También se le conoce como efectos iatrogénicos.

Se supone que la aplicación de la psicoterapia es capaz de producir cambios significativos en los clientes. Hay que reconocer que no todos los efectos serán positivos; para algunos clientes desafortunadamente estos cambios resultan negativos. (5)

EFECTOS NEGATIVOS:

- 1).- Empeoramiento de los síntomas.
- 2).- Aparición de nuevos problemas que no eran evidentes en el tratamiento.
- 3).- Mal uso o abuso de la terapia por parte del cliente.
- 4).- Pérdida de la confianza en el terapeuta. (5)

6.2. MODALIDADES DE LA PSICOTERAPIA:

6.2.1. PSICOTERAPIA DE GRUPO:

Es una modalidad de tratamiento en la que el terapeuta por medio de una variedad de maniobras terapéuticas y construcciones teóricas utiliza la interacción de los miembros del grupo que han sido cuidadosamente seleccionados y colocados en grupos especialmente organizados para efectuar un cambio de personalidad en los que están emocionalmente enfermos. (23) (30)

6.2.1.1. SELECCION DEL PACIENTE:

Para la selección del paciente el terapeuta necesita una gran cantidad de datos que sólo pueden obtenerse de sesiones individuales en la entrevista de exploración e historia psicológica.

6.2.1.2. FACTORES CURATIVOS O TRATAMIENTO:

1).- *Compartir información nueva:* Proviene de dos fuentes: a) terapeuta, b) integrantes del grupo.

2).- *Infundir esperanza:* Se da con la confianza de la eficiencia del terapeuta y una creencia acerca de que el tratamiento será útil.

3).- *Universalidad:* Los integrantes se encuentran con que no están solos en este mundo de temores o decepción. El conocimiento de la universalidad puede mitigar la ansiedad y descubrir y comprender que tienen capacidad para el cambio.

4).- *Altruismo:* Se dan cuenta con su interacción en el grupo, que ellas pueden ayudar a otras personas, y esto les causa euforia y placer.

5).- *Aprendizaje interpersonal:* Los grupos van a requerir de una conducta que en un principio sea un contacto formal y precavido, y conforme avance la terapia, los contactos se vuelven más espontáneos, íntimos y directos.

Esto permite una retroalimentación y el aprendizaje de nuevas conductas.

6).- *Recapitación de la familia primaria:* Muchos terapeutas consideran la terapia de grupo como una reencarnación de familias primarias ya que es un factor curativo debido a que permite que el cliente maneje experiencias familiares que lo inquietan, confunden y corrompen su funcionamiento actual; a menudo los integrantes del grupo reaccionan como si los participantes fueran sus

propios padres.

7).- Cohesión de grupo: Es la unión y aceptación que se tengan unos a otros de los integrantes del grupo; si esto sucede, habrá participación activa y seguridad.

A menudo se considera que la cohesión de grupo es el factor curativo más importante. [23] [30]

6.2.1.3. CARACTERISTICAS DE LA PSICOTERAPIA DE GRUPO:

- a) Los miembros varían entre los 6 y 12 integrantes.
- b) Es muy variable el tiempo, pero por lo regular es de 2 hrs.
- c) Los miembros deberán ser cuidadosamente seleccionados.
- d) El grupo debe de establecer sus objetivos, fines y metas.

6.2.1.4. TERMINACION DE LA TERAPIA DE GRUPO:

- 1) Se da por terminada una vez que se han conseguido los objetivos perseguidos.
- 2) Cuando los pacientes empiezan a abandonar el grupo por diferentes tipos de problemas.
- 3) Cuando los integrantes no se pueden poner de acuerdo y existen discrepancias. [23] [30]

6.3. TERAPIA FAMILIAR:

El tratamiento se centra en la familia como unidad biosocial natural, y engloba todas las personas dentro

de esta unidad.

6.3.1. OBJETIVOS PERSEGUIDOS EN LA TERAPIA FAMILIAR: (36) (32)

1).- Resolver o reducir el conflicto y la ansiedad patógena dentro de la matriz de relaciones interpersonales y fomentar la comunicación.

2).- Aumentar la percepción y la realización por los miembros de la familia, de las necesidades emocionales de cada uno.

3).- Fortalecer la inmunidad de la familia frente a crisis externas e internas.

4).- Promover relaciones de papeles más adecuadas entre los sexos y entre las generaciones.

5).- Fortalecer la capacidad de los miembros individuales y de la familia como un todo para enfrentarse con fuerzas destructivas desde el interior y desde el ambiente que les rodea.

6).- Influir sobre la identidad y los valores de la familia de modo que se dirijan hacia la salud y el crecimiento.

6.3.2. METODO DE TRATAMIENTO:

Se invita a toda la familia a que acudan a psicoterapia; tradicionalmente se ve a la familia una o 2 veces por semana aproximadamente y se empieza a trabajar con los objetivos trazados.

6.4. TERAPIA CONYUGAL:

El paciente es el matrimonio o la pareja; este tratamiento también recibe el nombre de terapia conjunta.

En ocasiones se recomienda la terapia individual, al mismo tiempo que la conjunta; esto dependerá del problema.

La solución de problemas implica enseñar a la pareja diferentes maneras de solucionar su problemática en una forma constructiva.

La tarea del terapeuta es facilitar que la pareja trabaje junta para que logre aprender maneras nuevas para manejar los problemas inevitables en una relación cercana. (23) (7)

6.5. TRATAMIENTO DEL MODELO PSICODINAMICO:

6.5.1. INICIOS:

El psicoanálisis es ante todo un método y una técnica de terapia para los desórdenes mentales y emocionales; su fundador es Sigmund Freud, y se inició en 1893 con sus estudios sobre la histeria.

La historia del psicoanálisis puede dividirse en 4 períodos, desde 1885 a 1900 que fue el primero; aquí Freud trabaja en colaboración con Breuer; fue la época de los grandes descubrimientos recogidos de la observación clínica; en ella se desarrollaron las teorías de la motivación inconsciente, la represión y la resistencia, la transferencia de la angustia y de la etiología de la neurosis.

El 2do. período abarca de 1900 hasta la 2da. década del presente siglo; comprende el desarrollo de las primeras teorías del Instinto que atrajeron la atención hacia el desenvolvimiento biológico del sexo en el niño.

El 3er. período comenzó por tanto en 1910; surgió una teoría acerca de la personalidad.

El 4to. período principia en 1925 y se extiende -- hasta el presente.

Los investigadores concentraron su atención en hallar métodos de terapia más efectivos y en tratar de ampliar el campo terapéutico del psicoanálisis; el estudio comparativo de las culturas que crece en los últimos años de la tercera década vino a contribuir de modo destacado a plantear otro reto a la teoría biológica de la neurosis. [38] [19]

6.5.2. METAS:

1).- Ayudar al paciente a pensar y conducirse en forma más adaptativa por medio de una mayor comprensión de sí mismo.

2).- La captación del insight intelectual y emocional, de las causas fundamentales de la conducta del paciente y de sus problemas.

3).- El trabajar a fondo en las implicaciones de la captación del insight.

4).- Reestructuración de la personalidad.

5).- Aumentar la conciencia.

Alcanzar las metas ambiciosas del psicoanálisis - que a veces pretende nada menos que una disección minuciosa de la personalidad del paciente y una lenta reconstrucción de ella, necesariamente requiere mucho tiempo, de tres a cinco sesiones por semana por 2 a 15 años; el costo puede llegar a \$100 dólares por hora.

6.5.3. TECNICAS:

6.5.3.1. ASOCIACION LIBRE: Es el método principal de producir material en el psicoanálisis, consiste en invitar al paciente a que comunique todo aquello que acuda a su pensamiento, aunque lo juzgue secundario, impertinente o incoherente.

6.5.3.2. ANALISIS DE LOS SUEÑOS: Se consideran como la expresión de los deseos y las fantasías que por lo general se hurtan a la consciencia. Se considera que los sueños expresan los deseos inconscientes en una versión disfrazada como para no traumar y despertar a la persona dormida.

El aspecto más interesante de los sueños es su contenido latente, las ideas, deseos o impulsos inconscientes que aparecen en una forma no comprometedoras como una negociación entre la represión total y la libre expresión.

El proceso consiste en transformar este material rechazado en algo más aceptable.

6.5.3.3. ANALISIS DE LAS RESISTENCIAS: Ayudan a señalar los temas, áreas, acontecimientos y períodos de tiempo que más defensas despiertan. Las resistencias son todas las fuerzas que dentro del paciente se oponen a los pro-

cedimientos y procesos de análisis.

6.5.3.4. ANALISIS DE LAS TRANSFERENCIAS: Es el desarrollo de una actitud afectiva por parte del paciente hacia el psicoanalista, en forma de reacción cariñosa, positiva u hostil negativa, que procede en ambos casos de relaciones anteriores del enfermo con uno de sus progenitores o con ambos y no de la situación analítica actual.

6.5.3.5. INTERPRETACION: Tiene la finalidad de que el paciente conozca el material inconsciente que ha estado reprimiendo. [38] [19]

Se interpreta cuando el fenómeno está cerca del conocimiento consciente del paciente; se debe comenzar siempre de lo superficial a lo más profundo; más que interpretar se debe señalar una resistencia o una defensa.

6.6. VARIANTES DEL PSICOANALISIS:

1).- La conducta está determinada por fuerzas diferentes a los instintos; aquí se incluyen aquellas respuestas comprendidas en el concepto de ego.

2).- El ego tiene su propia autonomía, separada tanto del instinto [id] como de la realidad.

3).- El ego propicia impulsos de dominio del medio ambiente y de aprendizaje adaptativo que son diferentes a los instintos sexuales y de agresión.

4).- La sexualidad de la mujer es igual y no inferior a la del hombre.

5).- La topografía clásica (Id, ego, y super ego), no explica la estructura del aparato psíquico.

6).- La terapia va más allá de la exploración y resolución de experiencias tempranas; la terapia es una experiencia de relación que contiene potencial de crecimiento positivo que tenderá a poner la personalidad del paciente 'al corriente' con su situación actual (actualización del ego).

7).- La actividad y la flexibilidad son esenciales para la terapia.

8).- Se justifica el optimismo más que el pesimismo en cuanto al potencial humano para la creatividad y para el amor.

Estos postulados llevaron a los analistas del yo - a explorar la complejidad de la conducta que desarrolla - cada ser humano y con la cual dirige su propia actividad - y se relaciona constructivamente con su medio. (1)

6.6.1. PSICOLOGIA INDIVIDUAL DE ADLER:

En la relación del paciente con el terapeuta generalmente los adlerianos no emplean el diván; su meta es - crear una relación de cooperación entre iguales.

En la transferencia se toma como la manera habitual del paciente de responder a las personas parecidas - al terapeuta.

Los adlerianos ven la resistencia como un ejemplo - de manera habitual en que el paciente se conduce; de -

esta manera evitan un material desagradable.

El paciente puede emplear costumbres o actitudes inadecuadas para proteger la sobrevivencia de sus errores; tanto paciente como terapeuta tienen metas distintas.

Adler considera los sueños como el indicio del progreso de la terapia.

En cuanto al estilo de vida se centra en la familia del paciente y su posición dentro de ella.

La interpretación se emplea para fomentar el insight sobre el significado de los sueños relacionados con el estilo de vida del paciente, sus problemas, relaciones interpersonales y otras conductas.

El terapeuta se compromete abiertamente a la hora de aconsejar y animar a su paciente.

Los adlerianos utilizan técnicas parecidas a la terapia fenomenológica y aprendizaje social.

El terapeuta adleriano utiliza el modelamiento presentándose al paciente tal y como es: de carne y hueso, valiente, cariñoso, etc.

La técnica de apretar el botón que utiliza Adler consiste en pedirle al paciente que cierre los ojos para reconstruir una experiencia desagradable de su pasado, pero esta vez grata. La aparición de emociones positivas y la posibilidad de cambiar de un estado de ánimo a otro, le ayudan a demostrar el control que puede ejercer real-

mente sobre sus emociones. [1]

6.7. TRATAMIENTO DEL MODELO DE APRENDIZAJE SOCIAL:

6.7.1. INICIOS Y METAS:

En 1953 se empleó por primera vez el término 'terapia conductista' por Skinner principalmente, Harry, Solomon, Oyden R. Lidsley y Malcolm E. Richard.

En 1958 fue la primera vez que aparecieron los términos terapia conductista y terapeuta conductista, en un boletín científico por Lazarus.

El terapeuta conductista aplica técnicas objetivas destinadas a inhibir pautas neuróticas específicas.

En 1950 se utilizó el término terapia conductista en forma independiente para una ruptura definitiva con la línea de pensamiento psicoanalítico, sosteniendo que las respuestas neuróticas se adquieren simplemente por el condicionamiento clásico.

La terapia conductista es el contexto, en esencia, de un intento de establecer una interacción entre las teorías derivadas de la psicología experimental y los datos empíricos extraídos de los estudios controlados efectuados para cada paciente en particular.

La definición corriente expresa que la terapia conductista implica el uso de los principios del aprendizaje establecidos experimentalmente con el fin de modificar la conducta mal adaptada.

Estos principios se aplican tanto a seres como a animales.

Una de las metas principales es que la terapia va más allá de la modificación directa de los hábitos específicos, se basa en la aplicabilidad de técnicas bien estructuradas con el fin de modificar conductas. [1]

6.7.2. TECNICAS:

A).- DESENSIBILIZACION SISTEMATICA: Se utiliza para reducir la ansiedad desadaptativa y aprendida; así mismo se ha aplicado a otros problemas que no tienen relación con la ansiedad.

Se utiliza en conjunto con la técnica de la relajación.

También se utiliza por lo regular en pacientes con fobias.

PASOS PARA LA TECNICA:

1).- Consiste en averiguar los factores que conforman el temor con sus consecuencias.

2).- Consiste en averiguar si los problemas específicos se pueden clasificar en grados ascendentes de ansiedad, en forma de jerarquías.

3).- Se identifica el agente reductor de la ansiedad más adecuado para cada paciente; por lo general son más eficaces los procedimientos graduados de exposición a la vida real de modelamiento que la simple exposición a la vida de la jerarquía.

Aquí entra la técnica de la relajación para tranquilizar y relajar al paciente en dado caso que éste lo requiera.

También se pueden utilizar los métodos de señalación de la ansiedad por medio de movimientos de manos y dedos, determinados de antemano; Estos fueron reemplazados por una comunicación verbal directa entre pacientes y terapeutas.

Cabe señalar que existen procedimientos mucho más veloces y eficaces tales como el ensayo de la conducta e instrucción directa sobre la conducta racional y asertiva.

El paciente tiene que desarrollar una estructura y un objetivo y tiene que aprender a determinar causas y consecuencias.

B).- FLOODING E IMPLOSION: Es una técnica que se emplea para reducir la ansiedad por medio de estímulos de alta intensidad que provocan la ansiedad; se basa en el principio de la extinción.

Consiste en presentar al paciente el estímulo que le está causando ansiedad de una manera directa para que éste aprenda que la situación en verdad no es amenazadora.

Por lo general el flooding se conduce de una manera imaginaria, a pesar de que sí se puede llevar a cabo en vivo.

La duración del tiempo de exposición debe ser lo suficientemente larga para empezar a desvanecer la ansiedad.

Las sesiones por lo regular serán de 45 minutos a una hora; la técnica se utiliza por lo regular en los casos en que la técnica de sensibilización haya fallado y principalmente en pacientes con agorafobia.

C).- ASERTIVIDAD: Se le conoce como terapia asertiva o entrenamiento asertivo; Beech hace notar que la acción de ser autoasertivo no es simplemente un medio para inhibir la ansiedad en ciertas circunstancias interpersonales, sino que es un nuevo hábito muy importante, que continuará después del contexto terapéutico; el entrenamiento asertivo tiene dos características:

1) La inhibición de la ansiedad que está vinculada con situaciones específicas.

2) El refuerzo positivo que se recibe de la conducta asertiva.

Al paciente se le hace ver en qué forma su dificultad está obstaculizando su vida y que una vez que empiece a expresarse a sí mismo, podrá llevar a cabo una conducta asertiva con mayor facilidad.

Por lo general al principio se le da al paciente una explicación sobre cómo la ansiedad impide la firmeza del individuo y la posibilidad de que tenga sentimientos latentes de ira y de resentimientos hacia los demás en esta situación; se le dice al individuo que si logra expresar su resentimiento, también logrará suprimir su ansiedad; luego se le habla sobre los diversos modos de llevar estos conocimientos a la práctica y se anima para que exprese y explore estas nuevas posibilidades en las debidas -

circunstancias. Los papeles en los que el paciente puede representar diversos roles o por medio del psicodrama, se le dice al paciente que se posea lo más que pueda de su papel; esto resulta más eficaz que el solo hablar acerca del problema.

D).- MANEJO DE CONTINGENCIAS: Intenta modificar - la conducta por medio del control de sus consecuencias.

Algunos tipos específicos del manejo de estas contingencias es el modelamiento, tiempo fuera, realización de contratos.

El manejo de contingencias se ha aplicado a las - conductas tales como autismo, berrinches, dificultad en - el aprendizaje, la hiperactividad, el retraso mental, la delincuencia juvenil, delirios, alucinaciones, desórdenes sexuales, etc.

PROCEDIMIENTOS PARA EL MANEJO DE CONTINGENCIAS:

1).- MODELAMIENTO o aproximación sucesiva: Consiste en el desarrollo de varias conductas al reforzar al principio cualquier conducta que se parezca de una manera remota a la conducta que se desea; de esta manera se hace más estricto el criterio de reforzamiento hasta que se recompensan aquellos que cumplan el criterio final.

2).- TIEMPO FUERA: Es un ejemplo especial de extinción que reduce la frecuencia de alguna conducta indeseable al retirar a la persona de un ambiente donde están presentes los reforzadores de esa conducta.

3).- REALIZACION DE CONTRATOS DE CONTINGENCIA: Es

una forma popular del manejo de las contingencias en el -
cual hay un acuerdo formal a menudo con una representa- -
ción escrita por ambas partes.

El éxito depende de la voluntad del terapeuta para
obligar a que se cumplan los acuerdos con las contingen-
cias establecidas.

4).- ECONOMIA DE FICHAS: Se utiliza para realizar
los principios del manejo de contingencias con el fin de
alterar una amplia variedad de conductas en una persona o
grupo de personas; se emplean por lo regular fichas como
reforzadores.

E).- MODELAMIENTO o aprendizaje mediante observa-
ción: En muchos casos el aprendizaje a través del modela
miento es mucho más eficiente y efectivo que el aprendiza
je por medio del reforzamiento directo.

La observación de los modelos competentes puede -
eliminar los peligros de las consecuencias negativas de -
la conducta de ensayo y error que no es guiada.

La observación de las consecuencias puede inhibir
o desinhibir la conducta imitativa del observador; tam-
bién puede facilitar las conductas que ya estuvieron pre-
sentes en el repertorio del observador.

La técnica se utiliza para tratar problemas clíni-
cos como el aislamiento social entre adultos y niños, con
ductas obsesivo-compulsivas, falta de autoafirmación con-
ducta antisocial; su uso más común es la reduc- -
ción de miedo. [1]

6.7.3. TERAPIA COGNITIVO-CONDUCTUAL:

Su nombre es *terapia racional emotiva*, o *terapia cognitivo conductual*; tiene el objetivo de hacer razonar al paciente de una manera positiva, incrementa formas emotivas para llegar a la conciencia y por lo tanto lograr un cambio en el pensamiento.

Lo principal básicamente en esta terapia es la aceptación de uno mismo como ser humano simplemente sin clasificación de ninguna especie.

Su teoría se basa en la clave ABCDE en donde 'A' significa los acontecimientos o experiencias activantes que la persona tenga, 'B' son las creencias irracionales, 'C' son las consecuencias o relaciones emocionales, 'D' es la discusión que se tiene con el paciente sobre tales creencias irracionales, y 'E' es la acción del paciente con nuevos sentimientos y cogniciones.

Se le tiene que explicar básicamente toda la teoría al paciente y éste debe de tener una cognición de la misma, que lo llevará a actuar de manera diferente.

Por lo regular para cualquier problema o enfermedad que el paciente tenga se deberán de discutir sus creencias irracionales y en base a éstas, lograr el cambio o la acción; principalmente se tienen que identificar los 'DEBO DE' y 'TENGO QUE' del paciente.

Las técnicas que se utilizan en la terapia son: las palabras fuertes, la desensibilización sistemática, flooding, manejo de contingencias, bioretroalimentación, etc.

Imágenes positivas, imágenes negativas, autoreforzo.

Esta terapia tiene que llevar todo un proceso de disciplina, esfuerzo y mucho trabajo.

Se utilizan ejercicios como la yoga, la relajación, la diversión etc. Algunos métodos como el de apoyo, cambio ambiental, la sugestión y auto-sugestión juegan un papel importante en la terapia, ya que por medio de ésta, el paciente puede lograr avanzar grandemente en el tratamiento.

El humor es importante ya que hace que el paciente entienda más su problema por medio de éste.

En la TRE, el uso de medicamentos es indispensable en algunos pacientes con problemas psicóticos o neuróticos; el medicamento se combina con TRE para lograr un mejor alivio.

Es muy importante que el terapeuta esté constantemente motivando al paciente; esta terapia requiere de tiempo, por lo regular de un año de tratamiento para que logre manejar su vida; la terapia le sirve para manejar cualquier tipo de problema que se le presente al sujeto.

[2]

La terapia de Carl Roger nace de tres elementos principalmente:

- 1) Un punto de vista tomado de la terapia de la relación
- 2) Un empeño por hacer accesible el análisis científico de la terapia.
- 3) Una polarización casi exclusiva en el campo de

Las técnicas de psicoterapia.

La meta principal de la terapia no es resolver un problema particular sino ayudar a crecer al individuo, de modo que pueda afrontar el problema presente y los que vengán después de un modo más integrado. (1) (18) (31)

7.8.2. TERAPIA CENTRADA EN EL CLIENTE:

La terapia es el consejo eficaz que consiste en una relación muy estructurada, permisiva, que permite al cliente una comprensión de sí mismo tal, que le capacite para emprender acciones positivas a la luz de esta nueva orientación.

La terapia centrada en el cliente pone énfasis en las experiencias psicológicas del momento presente y se basa en la creencia 'humanista' de que todas las personas se sienten motivadas para y son capaces de mejorarse a sí mismas; se piensa que las personas resuelven sus problemas si el terapeuta establece una relación cálida y comprensiva.

La estrategia terapéutica fundamental implica alentar a los clientes para que se dirijan su propia terapia. Para facilitar esta toma de decisiones independientes, el terapeuta no dirige activamente al cliente, sino que trata de crear una atmósfera terapéutica que no sea dirigida sino facilitativa.

7.8.3. TÉCNICAS:

1).- ACEPTACIÓN DE LAS AFIRMACIONES DEL CLIENTE: - Aquí el terapeuta acepta incondicionalmente al cliente, -

sin censurarlo en ningún momento y tratando simplemente - de verlo tal y como es.

2).- CLARIFICACION VERBAL: Es una interpretación lógica fundada única y exclusivamente en el material presentado por el cliente.

Consiste en aclarar o eludir el sentido de las expresiones del cliente y para ello el terapeuta expone con brevedad y de modo muy claro las actitudes que subyacen - detrás de lo expresado por el cliente.

3).- REFLEJO DE SENTIMIENTOS: Consiste en hacer - de espejo, reflejando al cliente los sentimientos que ha estado expresando con frecuencia de modo mucho más claro - de lo que él hubiera sido capaz por sí solo. [1] [18] [31]

7.8.4. TERAPIA EXISTENCIAL:

Se basa principalmente en los trabajos realizados - por Kierkegaard, Buber y Heidegger.

La terapia se basa en las experiencias psicológicas - que cada persona ha tenido con su propia experiencia.

Trata de lograr un conocimiento terapéutico del -- modo inmediato de vivir del cliente.

Es completa ya que tiene una base filosófica bas-- tante bien cimentada.

Se puede utilizar para cualquier tipo de paciente; actualmente se adapta mucho al tipo de vida que se lleva - a cabo, ya que es bastante práctica y aplicable.

6.7.4. METODOS ADICIONALES:

1).- HIPNOSIS: Actualmente es útil conocer cinco o seis métodos diferentes para inducir el trance, a fin de poder pasar sin esfuerzos ni dificultades de uno a otro, y así maximizar las posibilidades de inducir estados hipnóticos medios o profundos en aquellos individuos que al parecer podrían responder positivamente a dicho método.

Se utilizarán según las necesidades de cada caso.

Se ha comprobado que los pacientes están más dispuestos a aceptar consejos y sugerencias del terapeuta cuando están medio dormidos o somnolientos que cuando están despiertos y lúcidos.

2).- PROYECCION EN EL TIEMPO: Le permite al sujeto imaginarse un futuro distante en algunos días o en algunos años, fecha en la cual se siente feliz y funciona de manera eficaz. Se utiliza mucho en pacientes deprimidos; la razón fundamental del uso de la depresión es que se considera una función de reforzadores inadecuados o insuficientes; una vez que el paciente logra imaginarse lo suficiente liberado de su inercia opresiva a menudo se advierte un alivio inmediato del sentimiento depresivo.

3).- CONTROL DEL PENSAMIENTO: Sirve para las personas que sufren ansiedad provocada por pensamientos negativos recurrentes fuera de proporción respecto a la realidad que los rodea a menudo encuentran una solución a su estado mediante el simple procedimiento del control de sus pensamientos, el cual consiste en decirle al paciente que cierre sus ojos y se concentre en sus pensamientos negativos; de pronto el paciente gritará: 'BASTA' y hace

notar que efectivamente sus pensamientos se detienen; el procedimiento se repite varias veces, los pensamientos van perdiendo intensidad y los resultados se van descartando.

4).- REPRESENTACION EXAGERADA DE ROLES: Resulta útil para pacientes inhibidos; se les enseña a los individuos a adoptar roles prescritos muy diferentes de su conducta habitual. (1)

7.8. TRATAMIENTOS FENOMENOLOGICO:

7.8.1. INICIOS Y METAS:

Su principal impulsor fue Carl Rogers; sus investigaciones fueron hechas desde 1942 a 1970; la capacitación inicial como psicólogo se basa en una tradición psicológica psicodinámica; finalmente rechazó los principios de esta tradición y fundó un método para el tratamiento.

En 1940 aportó a la psicología clínica su primera alternativa sistemática respecto a Freud con un enfoque completamente diferente.

La terapia nace en el campo de los métodos de tratamiento como un grito de protesta frente a las implicaciones filosóficas de las demás técnicas.

La función del terapeuta es la de una persona profundamente consciente, auténtica y comprensiva que ayuda a los clientes a dirigirse a sí mismos para iniciar sus propios cambios terapéuticos en su yo interno.

Frankl desarrolló un método llamado logoterapia. -

Con este método, los terapeutas se concentran en ayudar a los clientes a superar los sentimientos de carencia de sentido (vacío existencial) explorando los aspectos 'espirituales' como son sus valores y sus objetivos en la vida.

Se ayuda a los clientes a encontrar significado e importancia hasta en las experiencias más pequeñas y penosas.

En la médula de la logoterapia se encuentran dos técnicas prácticas: la desviación y la intención paradójica. La desviación se aplica cuando los clientes se están presionando a sí mismos para actuar.

La intención paradójica en cambio, requiere que los clientes se concentren de manera exagerada, en sentimientos o situaciones desagradables, a fin de disminuir el temor de que esos acontecimientos sean catastróficos.

A diferencia de los psicoanalistas tradicionales, que consideran los deseos y los conflictos humanos como problemas neuróticos, los existencialistas los aceptan tal cual vienen y para ellos son simplemente parte de la vida. También en contraste con los psicoanalistas tradicionales, los terapeutas existenciales trabajan con el presente y restan importancia al pasado.

Los terapeutas existenciales ponen su fe en la libertad humana y rechazan las ideas de determinismo. Por consiguiente, se invita a los clientes a asumir la responsabilidad de cambiarse a sí mismos. La terapia es la descripción de una forma de interacción personal; es un sistema que no trata deliberadamente de cambiar al paciente, sino de entenderlo y dejarlo que cambie. [5]

7.9. TERAPIA GESTALT:

Es un entrenamiento orientado fenomenológicamente; describe al hombre como un ser total con un conjunto de hábitos y conductas.

7.9.1. OBJETIVO DE LA TERAPIA:

Desarrollar una conducta más inteligente, se instruye al individuo para que preste atención en un momento determinado a lo que siente, a lo que desea, a lo que hace.

El objetivo de ello es alcanzar conciencia ininterrumpida.

7.9.2. METODO DE LA TERAPIA GESTALT: (TECNICAS)

1).- CONCENTRACION EN EL PRINCIPIO DE AQUI Y EL AHORA: Se utiliza con el fin de fomentar la conciencia del ahora, se sugiere a la gente que se comunique en tiempo presente. ¿De qué tiene conciencia en este momento? - ¿Qué está sintiendo en este instante? Cuando el paciente elude a sucesos de ayer se le ubica y se le pide que lo haga con su imaginación y represente el drama en términos actuales.

2).- MANEJO DE RESISTENCIAS: Una vez que el cliente encuentre un conjunto de síntomas, juegos y defensas que funcionen aunque sea imperfectamente para protegerlo del dolor del conflicto y de la conciencia, el cliente va a resistirse a hacer cualquier otro esfuerzo para avanzar o hacer a un lado estos síntomas, juegos o defensas.

El cliente debe reconocer y quitar dichas barreras;

es valioso que el cliente explore la naturaleza específica de la resistencia.

3).- FRUSTRAR AL CLIENTE: Se creía que la mayoría de los clientes vienen a la terapia esperando sentirse mejor sin tener que cambiar realmente o que dejar sus papeles y juegos inadaptados.

Perls se dirigía inmediatamente a frustrar los esfuerzos de los clientes para relacionarse con él como lo harían normalmente con otras personas; la persona con la que estuviera trabajando se encontraba en una silla del acusado en el sentido de que se centraba toda la atención en él y cualquier cosa que indicara síntomas, juegos o resistencias se exploraba y se señalaba.

4).- USO DE LOS SUEÑOS: Los sueños se consideran no solamente como el cumplimiento de deseos sino como mensajes de la persona hacia sí misma. Perls consideraba que el cliente podrá hacerse consciente y asimilar partes de sí mismo que dice que no le pertenecen o que le son inaccesibles por alguna otra causa. [11]

OTROS METODOS:

1).- USO DE MENSAJES DIRECTOS O INMEDIATOS: Propicia a una comunicación directa como medio para que el cliente pueda asumir la responsabilidad de sus sentimientos.

2).- SE PROHIBEN LAS DISCUSIONES INTELECTUALES: El terapeuta trata de hacer preguntas abstractas sobre el por qué del comportamiento; el cliente a la vez no debe utilizar análisis intelectuales elaborados para evitar

una conciencia inmediata del aquí y el ahora.

3).- USO DE DIALOGOS INTERNOS Y DE TECNICAS RELACIONADAS CON ESTO: Entre los diálogos internos más significativos se encuentran el que se da entre el super yo o la conciencia del paciente (mandando) (top-dog) y la parte que es suprimida por 'debes o deberías' 'el sumiso'.

La manera mejor de estar consciente y reconocer los sentimientos involucrados en esto, es hacer una representación de papeles. (1)

OTROS:

Cabe mencionar que en ocasiones no es suficiente para algunos pacientes graves el tratamiento terapéutico, y se hace indispensable la utilización de fármacos para lograr un control adecuado del paciente y un manejo mejor del mismo. (1)

- 5).- Describa brevemente las modalidades de la psicoterapia.

- 6).- ¿Cuáles son las metas del tratamiento psicodinámico?

- 7).- Describa por lo menos 3 técnicas del modelo psicodinámico.

- 8).- ¿Cuáles fueron las modalidades que Adler aportó al psicoanálisis?

- 9).- Mencione las técnicas del modelo de aprendizaje social.

10).- Explique brevemente en qué consiste la terapia cognitivo-conductual.

11).- Mencione las técnicas de la terapia centrada en el cliente.

12).- ¿En qué consiste la terapia existencial?

13).- ¿En qué consiste la terapia gestalt?

14).- Mencione las técnicas de la terapia gestalt.

SUGERENCIAS PARA LA REALIZACIÓN DE LAS PRACTICAS:

PRACTICA No. 1:

OBJETIVO: Se pretende que se conozca y se dé una idea de lo que es la psicoterapia en la psicología clínica.

INSTRUCCIONES PARA LA PRACTICA:

6.1., 6.1.2., 6.1.3. Buscará alguna Institución Universitaria en donde solicitará alguna película que trate de una psicoterapia dentro de la psicología clínica, con el fin de constatar de alguna manera lo que aprendió al estudiar el manual.

PRACTICA No. 2:

OBJETIVO: Que conozca cómo se maneja a los pacientes dependiendo del tratamiento que se les dé, ya sea por medio del modelo psicoanalítico de aprendizaje social y/o fenomenológico.

INSTRUCCIONES PARA LA PRACTICA:

6.5., 6.7., 7.8. Investigará casos clínicos de los diferentes modelos en libros de psicología clínica que se citan al final del manual.

En ellos podrá constatar si efectivamente se está llevando a cabo de alguna manera adecuada, la terapia.

PRACTICA No. 3:

OBJETIVO: Se pretende que se conozcan teóricamente el tratamiento de la terapia centrada en el cliente, terapia gestalt, terapia racional emotiva y terapia existencial.

INSTRUCCIONES PARA LA PRACTICA:

6.7.3., 7.8.2., 7.8.4., 7.9. Buscad casos clínicos de cada uno de los tratamientos terapéuticos antes mencionados, en libros relacionados con el tema, que se citan al final del manual, con el fin de poder constatar si se está llevando a cabo bien la terapia.

CAPITULO VII

LA PSICOLOGIA CLINICA Y SU ACTIVIDAD PROFESIONAL

7.1. INTEGRACION CIENTIFICO-PROFESIONAL DE LA PSICOLOGIA CLINICA:

La psicología clínica constituye una parte firme de la psicología en la que se integran métodos científicos y servicios profesionales para desarrollar nuevos y eficaces patrones teóricos, de evaluación y de intervención cuya finalidad es la comprensión de las reacciones y conducta de los seres humanos, y asimismo el alivio de los trastornos psicológicos, nuevas áreas se presentan con rapidez. Más que nunca, los practicantes de la psicología clínica (psicoterapeutas, expertos en evaluación, consultores) necesitan experiencia en la investigación científica a fin de probar las ventajas que ofrecen a quienes recurren a sus servicios.

De igual forma, los investigadores clínicos necesitan mantener su pericia en la práctica de la evaluación y de la intervención a fin de desarrollar investigaciones que reflejen la complejidad de la práctica clínica y poder proporcionar datos útiles a quienes ejercen la profesión. Sin embargo algunos advierten que hay un cisma que separa a quienes desarrollan la investigación y a quienes ejercen la profesión.

Albee en 1970 establece que las causas en verdad responsables de la divergencia cognoscitiva entre los psicólogos profesionales, aquellas que finalmente pueden llegar a destruir la unidad de la psicología, son las diferencias fundamentales que existen entre el científico y el -

profesional... La ciencia está abierta y su conocimiento es público... Un espíritu libre de crítica mutua y de autocrítica, de réplica, de debate y de decisión acerca de los procedimientos, de los financiamientos y de la interpretación de datos se encuentra siempre presente. De manera obvia, y en contraste, una profesión debe guardar siempre celosamente sus secretos... Si el conocimiento de quien ejerce una profesión, sus técnicas y sus habilidades estuviesen a disposición de todo el mundo y cualquiera pudiese ponerlos en práctica, el resultado sería la desintegración de la profesión. El secreto y el misterio son esenciales.

No obstante, los psicólogos clínicos han llegado a valorar el rigor y la naturaleza abierta de la ciencia, así como la experiencia e interés social del profesionalismo tal como es evidente en tres definiciones clásicas de una integración científico-profesional que abarcan un período de 30 años.

En teoría el diagnóstico (descripción) y el tratamiento de cada caso en particular bien pueden considerarse como un experimento bien controlado y único. El tratamiento puede controlarse cuidadosamente mediante la utilización de factores terapéuticos únicos; la observación y registro de resultados en forma sistemática y la verificación al través de estudios cuantitativos de laboratorio apropiados. Además de la orientación científica general de cada caso en particular, en la práctica clínica se presentan con frecuencia oportunidades para realizar verdaderos experimentos para determinar la validez del diagnóstico o la eficiencia del tratamiento... Se recomienda que cada psicólogo clínico aplique métodos experimentales y esta--

distintos a mayor seguridad para analizar los resultados - de cada caso y que se realicen asimismo análisis a mayor escala de la experiencia clínica total tenida durante un período de varios años.

El científico-profesional 'es' una persona que, -- con base en el conocimiento que tiene de las personas (ob^o tenido principalmente al través de situaciones de la vida real) logra integrar dicho conocimiento con la teoría psicológica y llega así a considerarlo constantemente con la actitud interrogativa del científico... Así en consecuencia, lo que define al científico-profesional es la combinación de la adquisición especializada de una comprensión psicológica basada en la realidad y la actitud de constante investigación con respecto a dicho conocimiento.

Una de las excepcionales satisfacciones que ofrece el ser psicoterapeuta en el siglo XX consiste en la oportunidad que se tiene para oscilar entre la observación y la participación, entre tomar parte y retroceder entre sentir y pensar, entre el abandono (controlado) y el estudio. Es este proceso de oscilación la única capacidad humana que permite dar resonancia, determinar y responder terapéuticamente a los temas de la experiencia del paciente (que es esencial)... Debería ser posible estimular la investigación rigurosa y pertinente para los aspectos -- clínicos y sociales; debería ser posible para el psicoterapeuta llegar a sumergirse en la experiencia emocional - del paciente y reflexionar en forma crítica acerca de la naturaleza del problema, es decir, acerca de cómo en su calidad de terapeuta (hombre o mujer) podría proceder de la mejor manera posible para aliviar el problema, y debería ser asimismo posible estar consciente de la propia -

humanidad y del alcance de la propia experiencia emocional, y como un científico del campo de la psicología, utilizar métodos científicos para comprenderlos.

Lo que da un carácter único a la contribución de la psicología clínica es la aplicación de una experiencia al mismo tiempo científica y profesional para desarrollar y prestar servicios humanos. El reto que deberán enfrentar los psicólogos clínicos y las personas que se dedican a este campo durante las siguientes décadas y durante el siglo XXI es el avance simultáneo de la investigación, de la evaluación y de la intervención, tanto en lo que a capacitación se refiere en la práctica. [5]

7.2. PRINCIPIOS DE LA CAPACITACIÓN EN PSICOLOGIA CLINICA:

La capacitación en psicología clínica ha obedecido a diferentes principios. En 1945 Shakow observó y definió cuatro tendencias a las cuales denominó *dinámica*, *diagnóstica*, *diagnostico-terapéutica* y *experimental*. El enfoque *dinámico* se ocupa principalmente en el estudio de los casos particulares, con especial interés en las motivaciones y en la personalidad del individuo. El segundo enfoque se ocupaba del diagnóstico, es decir, de la utilización de los datos obtenidos mediante las pruebas psicológicas para esclarecer la adaptación o inadaptación de los clientes con una opinión encaminada a hacer recomendaciones acerca del tratamiento que otros pondrán en práctica. El enfoque diagnostico-terapéutico, reflejaba un interés en la aplicación de pruebas de diagnostico-terapéutico pero sobre todo en las implicaciones terapéuticas de los resultados de las pruebas.

Este tipo de enfoque se distingue del enfoque di--

námico en que pone mayor énfasis en los datos obtenidos a través de las pruebas y es diferente del enfoque diagnóstico porque subraya la intervención del diagnóstico y la prestación de ayuda terapéutica.

La cuarta tendencia, es decir, el enfoque experimental, no presta atención de ayuda terapéutica, sino que en lugar de ello, se interesa en el establecimiento de normas científicas acerca de la psicología de la desviación.

La diferencia más notable que se observa en la actualidad entre los diferentes programas de capacitación, una diferencia observada también en los patrones de Shakov (1945), es posiblemente el énfasis que se da a la experiencia. La capacitación presenta una serie de variaciones que van desde el interés casi total de la experiencia científica hasta el enfoque casi absolutamente profesional.

Los principios de la capacitación profesional conceden especial interés en la capacitación experimental en la aplicación de psicoterapia, en la evaluación y en otras prácticas profesionales. Los cursos avanzados de metodología de la investigación y la necesidad de un amplio trabajo en la investigación se consideran de segunda importancia.

El primer principio de la capacitación que dio interés especial principalmente a la capacitación profesional en psicología clínica encontró estímulo en el psicoanálisis. En el estudio de la técnica psicoanalítica a menudo es necesario que el terapeuta adquiriera amplia experiencia durante su capacitación con el estudio analítico de otras personas, así como también con un análisis per-

sonal de sí mismo. La investigación psicológica en el -- sentido científico que se le conoce, se encuentra casi -- completamente ausente. Las exposiciones descriptivas y -- los estudios no cuantitativos de casos constituyen la ba se fundamental de los métodos psicoanalíticos.

Algunos programas contemporáneos de capacitación -- con diferentes antecedentes teóricos (conductual, cognos- citivo, y dinámico, por ejemplo) han conservado el inte- rés en destacar la capacitación experimental en técnicas terapéuticas.

La función que desempeña el psicólogo clínico pro- fessional en lo que se refiere a evaluación y diagnóstico, se advierte con claridad en otros programas de capacita- ción profesional. Una amplia experiencia supervisada en el uso de pruebas psicológicas para el diagnóstico adque- re una importancia notable. [5]

7.3. PARTICIPACION DE LA PSICOLOGIA CLINICA EN EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO:

El psicólogo clínico tiene la obligación de eva- luar, aplicar pruebas y diagnosticar al paciente, así co- mo dar tratamiento al o los individuos que soliciten su - ayuda.

Estará en contacto con otros médicos para trabajar en conjunto.

Su meta principal es llegar a la comprensión más - amplia de la conducta humana, para alcanzar la perspecti- va del medio ambiente al que pertenece el individuo y - llegar a la comprensión total del por qué los seres huma- nos se comportan como lo hacen. [26]

7.4. ETICA PROFESIONAL:

La *ética profesional* es el conjunto de reglas o principios que alientan o prohíben determinado tipo de conducta profesional.

PRINCIPIOS:

1).- **PRINCIPIO DE REALIDAD:** Es un compromiso con la comprensión de la conducta humana.

Aceptan la responsabilidad de las consecuencias de su trabajo y hacen el esfuerzo posible para asegurarse de que sus servicios sean empleados de la manera más apropiada.

2).- **PRINCIPIO DE EFICIENCIA:** La eficiencia profesional es una responsabilidad que todos comparten en su interés por el público y la profesión en conjunto. Reconocen sus límites, sus técnicas y su eficiencia y las actualizan.

3).- **PRINCIPIO DE LAS NORMAS MORALES Y LEGALES:** Las normas morales del comportamiento ético y legal son un asunto personal en el mismo grado que lo son para cualquier persona.

Están conscientes del posible impacto que su conducta pública puede tener sobre la capacidad de sus colegas para llevar a cabo sus obligaciones.

4).- **PRINCIPIO DE CONFIDENCIALIDAD:** Es una obligación la protección de la información íntima de un individuo que se haya obtenido.

5).- PRINCIPIO DE BIENESTAR DEL CLIENTE: Tiene -- que respetar la integridad y proteger el bienestar de las personas y grupos con los cuales trabaja.

Tiene que informar a los usuarios de sus servicios acerca del propósito y naturaleza del procedimiento de evaluación, tratamiento educativo o de capacitación y reconocer que los clientes tienen libre albedrillo a su participación.

6).- PRINCIPIO DE LAS RELACIONES PROFESIONALES: Actúan con el debido interés en las necesidades, capacidades especiales y obligaciones de sus colegas de psicología y otras profesiones.

7).- PRINCIPIO DE LA UTILIZACION DE TECNICAS DE EVALUACION: El empleo de las técnicas de evaluación será de acuerdo al paciente que lo solicite; las personas tienen el derecho de conocer sus resultados, se evitará toda aquella información innecesaria que pueda afectar de manera negativa a la persona. (1) (26)

7.5. CARACTERISTICAS DESEABLES DEL PSICOLOGO CLINICO:

7.5.1. HABILIDADES DEL PSICOLOGO CLINICO:

- Atención.
- Concentración.
- Agudeza visual.
- Memoria.
- Análisis.
- Síntesis.
- Interpretar.
- Saber escuchar.

- Evaluar.
- Relacionar.
- Inferencia.
- Reconstruir.
- Valorar.
- Distinguir.
- Discriminar.
- Identificar.
- Juzgar.
- Dirigir.
- Explicar.
- Exponer.
- Etc.

7.5.2. CARACTERÍSTICAS DE PERSONALIDAD DEL PSICOLOGO CLINICO:

- Tener vocación, dar ayuda humana, sencilla, ética.
- C.I. adecuado.
- Capacidad de Insight.
- Seguridad y satisfacción personal.
- Amplia experiencia de vida.
- Empatía.
- Auténtico.
- Status social.
- Cultura y educación.
- Adecuadas relaciones interpersonales.
- Ser emocionalmente maduro.
- Integridad intachable.
- Que acepte o tolere la ambigüedad.
- Maneje adecuadamente la frustración.
- Ego fuerte.
- Ser capaz de cometer errores y admitirlos.
- Que tenga autorespeto.
- etc. [7] [23]

51.- Mencione las habilidades deseables que debe tener un psicólogo clínico.

61.- Mencione las características deseables de personalidad que debe tener un psicólogo clínico.

SUGERENCIAS PARA LA REALIZACION DE LAS PRACTICAS:

PRACTICA No. 1

OBJETIVO: Que se conozca la Integración científico-profesional que ha tenido la psicología clínica.

INSTRUCCIONES PARA LA PRACTICA:

7.1. Investigará en libros que se sugieren en la bibliografía, cuál ha sido la integración que ha tenido la psicología clínica a través de los años en el campo científico profesional.

PRACTICA No. 2

OBJETIVO: Tiene como finalidad que se tenga un conocimiento de la participación de la psicología clínica en el equipo interdisciplinario.

INSTRUCCIONES PARA LA PRACTICA:

7.3. Acudirá a alguna institución en donde se trabaja en equipo interdisciplinario.

Investigará los siguientes puntos:

- 1).- ¿Cuáles son las funciones que se realizan dentro de la psicología clínica en un equipo interdisciplinario?

- 2).- ¿Qué aportaciones pueden darle otros especialistas , a las personas que trabajan en el campo de la psicología clínica?
- 3).- ¿Cuál es el objetivo principal de trabajar en conjunto con otros especialistas?
- 4).- ¿Qué otras funciones se podrían desempeñar en el - - equipo interdisciplinario, y que actualmente no se realizan?
- 5).- Mencione cuáles fueron sus experiencias al realizar la práctica.

OBSERVACIONES:

PRACTICA No. 3.

OBJETIVO: Se pretende que se conozca la ética de la psicología clínica.

INSTRUCCIONES PARA LA PRACTICA:

7.1. Buscá en libros que se sugieren al final del manual en la bibliografía, cuáles son los principios éticos que debe conocer toda persona que se encuentre relacionada de alguna forma con la psicología clínica.

C O N C L U S I O N :

Se puede concluir que la psicología clínica aun se encuentra en un proceso de investigación; aunque ha habido grandes aportaciones hacia ésta debido a las exigencias sociales que se presentan continuamente, cabe mencionar que aún falta mucho por descubrir.

En este manual no se amplió demasiado en los temas, ya que la psicología clínica abarca todo un campo multidisciplinario de áreas, además de que este manual es sólo una introducción de lo que es la rama de la psicología clínica.

Se trató de hacer lo más práctico que se pudo, con palabras que fueran fáciles de entender, teniendo en cuenta que será manejado por diferentes personas que tengan un conocimiento de las ciencias humanas, o que se encuentren interesadas en este campo.

El manual se considera bastante completo; contiene teoría, y al final se hace una evaluación con el fin de lograr un aprendizaje y una retroalimentación de la persona que lo esté manejando; a su vez trae consigo en cada capítulo sugerencias de diferentes prácticas con la finalidad de que se tenga un conocimiento de la psicología clínica y su campo de acción.

Las prácticas fueron seleccionadas con el firme propósito de que la persona las lleve a cabo realmente, logrando un conocimiento de las mismas.

El manual ofrece toda una información que ha sido obtenida de varios libros que se relacionan con el tema -

en cuestión, y que se encuentra al final del manual en la bibliografía.

Siempre se tuvo presente la misma finalidad, que es el dar a conocer el campo de la psicología clínica -- tanto en teoría como en práctica.

BIBLIOGRAFIA:

- 1.- A. Bernstein, Douglas. *Introducción a la Psicología Clínica*: Mc Graw Hill. 1982.
- 2.- ABRAHMS, Elliot, Ellis Albert. *Terapia Racional Emotiva*: Pax México. 1980.
- 3.- ANASTASI Anne. *Test Psicológicos*: Aguilar. 1977.
- 4.- BURT, Miller. *Salud Individual y Colectiva*: Interamericana. 1973.
- 5.- C. Kendall, Philip. *Psicología Clínica*: Limusa. 1988.
- 6.- CAMERON, Norman. *Desarrollo y Psicopatología de la Personalidad*: Trillas. 1986.
- 7.- CASO, Agustín. *Elementos de Psiquiatría*: Prensa Médica Mexicana. 1980.
- 8.- CERDA, Enrique. *Psicología Aplicada*: Hender. 1977.
- 9.- DANA, R.H. *Teoría y Práctica de la Psicología Clínica*: Paidós. 1972.
- 10.- DICAPRIO. *Teoría de la Personalidad*: Interamericana. 1976.
- 11.- DIEZ B, Mariano. *Método Transaccional Gestáltico*: Diana. 1976.
- 12.- E. Fromm. *Ética y Psicoanálisis*: Fondo de Cultura Económica. 1984.

- 13.- E. Guinaberg. *Salud y Enfermedad Mental: México. Filosofía y Letras de la UAP. 1978.*
- 14.- E. Tyler, Leona. *La Función del Orientador: Trillas, 1974.*
- 15.- EITSENCK, H.J. *Manual de Psicología Anormal: Manual Moderno. 1983.*
- 16.- Fondo de Cultura Económica: *Diccionario de Psicología. 1984.*
- 17.- GARFIELD, Sol. *Psicología Clínica: Manual Moderno. 1982.*
- 18.- GONDRA, José Ma. *Terapia de Carl Rogers: D.D.B. 1984.*
- 19.- GREENSON, Ralph. *Técnica y Práctica del Psicoanálisis: Siglo 21. 1986.*
- 20.- H. Golman, Howard. *Psiquiatría General: Manual Moderno. 1983.*
- 21.- H. Lazarus, Arnold. *Terapia Conductista. Paidós. 1980.*
- 22.- H. Zuk, Gerar. *Terapia Familiar: Fondo de Cultura Económica. 1982.*
- 23.- KAPLAN, Benjamin, Freedman, A. *Compendio de Psiquiatría: Salvat. 1983.*
- 24.- KOLHB, Lauren. *Psiquiatría Clínica Moderna: Prensa Médica Mexicana. 1984.*

- 25.- LION, John. *Trastornos de la Personalidad*: 1980.
- 26.- MATTISON, M.D. *Los Psicólogos Clínicos: Fundamentos*. 1988.
- 27.- MILLON, Theodoro. *Psicopatología y Personalidad*: - Interamericana. 1980.
- 28.- MORENO, Gpe. *Didáctica Fundamental y Práctica: México Progreso*. 1977.
- 29.- NAHOUN, Charles. *La Entrevista Psicológica*: Kapelus. 1961.
- 30.- O'Donnell, Pablo. *Teoría y Técnica de la Psicoterapia Grupal*: Amorrotu. 1975.
- 31.- PAGES Maz. *Psicoterapia Rogeriana*: Paidós. 1976.
- 32.- PATTERSON, C.H. *Orientación Autodirectiva y Psicoterapia*: Trillas. 1981.
- 33.- PEREZ, G. Augusto. *Psicología Clínica*: Trillas. 1982.
- 34.- REICH, F. Fromm. *Principios de Psicoterapia Intensiva*: Horne. 1984.
- 35.- ROGERS, Carl. *Psicoterapia Centrada en el Cliente*: Paidós. 1986.
- 36.- SATIR, Virginia. *Psicoterapia Familiar Conjunta*: La Prensa Médica Mexicana. 1986.
- 37.- SINGER Erwin. *Conceptos Fundamentales de la Psicoterapia*: Fondo de Cultura Económica. 1984.

- 38.- THOMPSON, Clara. *El Psicoanálisis*: Fondo de Cultura Económica. 1983.
- 39.- WHITTAKER. *Psicología*: Interamericana. 1984.
- 40.- ZAX Melvin. *Introducción a la Psicología de la Comunidad*. 1978.