

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

CARRERA PSICOLOGIA

**DIFERENTES ENFOQUES SOBRE EL PSICODIAGNÓSTICO
CLINICO: RELEVANCIA Y APLICACIÓN**

TESINA
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:
LICENCIADA EN PSICOLOGIA
PRESENTA:
MARGARITA AGUILA ZARAGOZA

DIRECTOR DE TESINA: ALFREDO DE LEÓN VALDEZ



Universidad Nacional
Autónoma de México



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 esta 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.

A DIOS

Por todo lo que me ha dado y por la oportunidad de alcanzar una de mis metas.

A MIS PADRES

J.B. FELIX AGUILA ZECUA

APOLINAR ZARAGOZA CAMARILLO

Con cariño y respeto por el gran apoyo que siempre me han brindado, no solo en los momentos felices, sino acaso más, en los momentos difíciles.

GRACIAS POR SER MIS PADRES

A MIS HERMANOS

CONCEPCION

ZOILA

ERASMO

NANCY

ERICK

Gracias por estar siempre cuando los he necesitado, por el apoyo brindado e impulsado a lograr mi objetivo.

A MIS HIJOS

DANIEL

ALISON

Gracias por darle sentido a mi vida

A MI ESPOSO

Por su comprensión y apoyo
que me impulsaron a cerrar una
fase mas en mi vida.

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
Templo del saber y superación.

A LA FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES
ZARAGOZA
Por brindarme la oportunidad de superarme.

A MI DIRECTOR DE
TESINA
LIC. ALFREDO DE
LEON VALDEZ
Por su apoyo brindado
en el desarrollo
de este trabajo.
GRACIAS.

A TODOS MIS PROFESORES
Por contribuir a mi formación profesional.

A LOS PROFESORES INTEGRANTES DEL JURADO
Gracias por el tiempo dedicado a la revisión de mi
Trabajo.

ÍNDICE

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

FUNDAMENTACIÓN	1
1. Definición	1
2. Psicodiagnóstico y evaluación	3
3. Evolución histórica del diagnóstico	4
4. Tipos de diagnóstico	10
5. Proceso psicodiagnóstico	11
5.1 Entrevista	12
5.2 Aplicación de pruebas psicológicas	15
5.3 Evaluación e integración de los resultados	16
5.4 Indicación terapéutica	17
6. Enfoques psicológicos y psicodiagnóstico	19
6.1 Teoría psicodinámica	19
6.2 Teoría conductista	27
6.3 Teoría cognitivo-conductual	38
6.4 Teoría existencial	42
6.5 Teoría de la Gestalt	48
CONTRASTACIÓN	49
CONCLUSIONES	63
BIBLIOGRAFÍA	65

RESUMEN

Dentro de la práctica psicológica, sobre todo en el área clínica, uno de los procesos de mayor relevancia es el psicodiagnóstico, el cual es utilizado para evaluar a una persona y en base a ello iniciar una terapia. Ahora bien, cada corriente psicológica ha desarrollado sus propios métodos para determinar la problemática del paciente y emitir un diagnóstico. Sin embargo, cabe preguntarse cual de los enfoques existentes es recomendable utilizar para el diagnóstico de cada paciente y tipo de problema, además de la alternativa terapéutica a seguir.

Para ello se hará una confrontación entre teorías y de esta forma determinar cual de ellas proporciona un diagnóstico certero, confiable para el paciente y que ayude a proporcionarle la mejor alternativa terapéutica.

INTRODUCCION

Dentro de la psicología uno de los procesos que se utilizan es el psicodiagnóstico y es a través del cual se insertan varios aspectos metodológico para facilitar la evaluación de las características compartidas o diferenciales del ser humano considerado como individuo y por extensión como grupo o sociedad. En sus inicios era realizado únicamente por psiquiatras, puesto que el concepto de diagnóstico es básicamente de tendencias médicas. Posteriormente los psiquiatras se dedican exclusivamente al tratamiento de enfermedades mentales concediéndole autoridad al psicólogo para realizar el diagnóstico.

En psiquiatría, algunas de las categorías de diagnóstico se basan principalmente en aspectos descriptivos del comportamiento exterior, es decir, ciertos síntomas que aparecen con relativa frecuencia se consideran como parte de un proceso de enfermedad. En psicología la formulación de psicodiagnóstico conduce a la descripción y comprensión de los padecimientos que presenta un paciente, adscribiendo la sintomatología a la dinámica de su personalidad.

El propósito de este trabajo es realizar un estudio comparativo de los enfoques psicodinámico, conductista, cognitivo-conductual, existencial, y gestalt, a efecto de establecer cual de ellos presenta mayor eficacia en la aportación de elementos para la elaboración del diagnóstico del paciente.

Así como también se revisara la entrevista ya que es una de las técnicas de mayor importancia en los diversos enfoque, pues es el mejor medio para obtener la información necesaria sobre el paciente.

Cabe señalar que cada corriente o enfoque psicológico posee medios propios para la realización del psicodiagnóstico así como para la intervención terapéutica, resultando de suma importancia para ello conocer la evolución histórica del diagnóstico clínico, las diferentes definiciones que del mismo se han formulado, las perspectivas teóricas e incluso la relevancia que se concede al mismo en el proceso del tratamiento clínico.

Finalmente puede establecerse que si bien cada enfoque tiene ciertos elementos que permiten obtener efectividad en el establecimiento del psicodiagnóstico, también lo es que la mayoría de ellos presenta limitantes como el exceso de tiempo, la utilización de técnicas complejas, inaplicabilidad para la generalidad de problemas, e incluso la obtención de resultados contraproducentes como en el caso del enfoque conductual en virtud de considerarse un modelo demasiado mecanizado cuyas técnicas pueden resultar aversivas en el caso de no ser debidamente aplicadas.

FUNDAMENTACIÓN

1. DEFINICIÓN

La formulación de un psicodiagnóstico conduce a la descripción y a la comprensión de padecimientos que presenta un paciente, adscribiendo la sintomatología a la dinámica de su personalidad. Sin embargo, la profundidad del estudio de diagnóstico en términos de evaluación de personalidad varía de una perspectiva psicológica a otra, encontrando que dependiendo de la orientación teórica del psicólogo, va a indagar lo que sea conveniente para el inicio del tratamiento.

El psicodiagnóstico, en sus inicios, era realizado únicamente por Psiquiatras, puesto que el concepto de diagnóstico es básicamente de tendencias médicas. Posteriormente, se dedicaron exclusivamente al tratamiento de dichas enfermedades mentales, concediéndole autoridad al psicólogo para realizar el psicodiagnóstico.

Por otro lado, la psicología clínica surge a raíz de la preocupación por la conducta humana, considerada desde el punto de vista individual, teniendo como base la psicología de la personalidad e intentando conocer y comprender lo que el ser humano tiene de singular. De aquí parte la aplicación del conocimiento psicológico en el diagnóstico de trastornos del comportamiento. El interés de la Psicología Clínica está dirigido al estudio de las enfermedades mentales y su función va desde el psicodiagnóstico, hasta la psicoterapia y la investigación.

Antes bien, es necesario definir al psicodiagnóstico.

El Psicodiagnóstico es un área de estudio de la psicología clínica y la psiquiatría, que se ocupa de evaluar las características compartidas o diferenciales del ser humano, considerado como individuo, y, por extensión, como grupo o sociedad.

“El psicodiagnóstico, en primer instancia, es una investigación de la personalidad humana mediante el estudio de ciertas manifestaciones externas (fisonomía, manera de caminar, entonación, gestos, posturas, escritura, etc.), así también sobre el estado mental y psíquico de un sujeto, basado en investigaciones subjetivas y psicotécnicas” (Alexander, 1970).

English y English (1977), definen al psicodiagnóstico como “cualquier procedimiento diseñado para descubrir los factores subyacentes que expliquen la conducta, especialmente los trastornos “. Es la interpretación de signos de la

conducta (tales como marcha, postura, gestos, expresiones faciales y vocal) y de otros signos anatómicos como indicadores de la personalidad y del carácter .

Asimismo se encuentran definiciones que se apegan más al modelo médico como la aportada por Dorsch (1978) "El Psicodiagnóstico es el resultado teórico y práctico de los diversos procedimientos que sirven para el diagnóstico o conocimiento de las características psíquicas de un individuo y de grupos de individuos (a menudo para apreciar las diferencias con otros grupos). El Diagnóstico psicológico, como el médico, utiliza los medios siguientes: 1) Anamnesis, es decir historia anterior objetiva, puede obtenerse pidiendo una relación escrita, que se complementa con un interrogatorio. 2) Historia anterior subjetiva, con las actitudes y enfoques del sujeto, obtenida por exploración. 3) Datos objetivos de la investigación practicada consignando los resultados de los **tests**, exámenes y pruebas practicadas, las observaciones sobre el tipo corporal, la conducta y el análisis de la expresión (incluyendo la escritura (Alexander, 1970).

Para Warren (1987): El Psicodiagnóstico es el estudio de la personalidad con ayuda de las manifestaciones externas (fisonomía, porte, voz, gestos, postura, escritura, etc.) , si bien la observación es un procedimiento realmente muy importante para el Psicodiagnóstico, tal vez no es suficiente para llegar a una conclusión de la personalidad del un individuo, es por ellos que el psicólogo se vale de otros métodos entre ellos, la entrevista (no entendiéndose como sólo una, sino las que sean convenientes), y la aplicación de pruebas, y de conductas observadas en la situación de prueba.

Las definiciones anteriormente presentadas, muestran como se considera al Psicodiagnóstico; algunas dan relevancia al aspecto externo, otras mencionan la aplicación de instrumentos (pruebas psicológicas), y otras más refieren la técnica de la entrevista, pero únicamente la presentada por Dorsch, hace mención a la combinación de procedimientos, aunque es de tendencia médica.

Sin embargo, cuando el psicodiagnóstico es definido como un proceso, lleva implícito la realización de varias actividades, que en conjunto dan como resultado un buen diagnóstico y toma de decisión de la terapia que el paciente necesita. Estas actividades son la entrevista, la elección de tests o pruebas psicológicas, la aplicación e interpretación de las pruebas, contrastándolas con los datos obtenidos en la entrevista, para finalmente hacer una integración y un informe de lo obtenido durante todo el proceso.

Además, es importante señalar que el proceso psicodiagnostico involucra una relación interpersonal que no debe descuidar al individuo y su singularidad, la dimensión humana además de la técnica, hay que evitar que se mecanice, y se transforme en entrevistar, administrar las técnicas, evaluar y devolver. La tarea principal es analizar que es lo que cada individuo comunica, cuanto, de que forma, tratar de captar la dinámica del proceso de construcción gráfica. Un

aliado fundamental es observar en forma natural, lo menos persecutoria posible, la secuencia y las asociaciones verbales que hace el individuo al momento de ser evaluado.

La finalidad primordial que tiene el proceso psicodiagnóstico es utilizar las distintas técnicas que conforman una batería de tests para obtener un diagnóstico, un pronóstico y una dirección de la cura en el caso de que el evaluado requiera tratamiento psicológico.

Los diagnósticos psicológicos han sido elaborados primariamente para evaluar los cuadros clínicos de naturaleza psicopatológica, pero con el transcurrir del tiempo se fueron produciendo con propósitos diferentes y más bien vinculados al área de la prevención y al pronóstico.

2. PSICODIAGNOSTICO Y EVALUACIÓN

Si bien se dice que el psicodiagnóstico es un proceso, hay que tratar de diferenciarlo de lo que es una evaluación. Para Weiner (1983) psicodiagnóstico y evaluación psicológicas se emplean como sinónimos, y definiéndolo como la utilización clínica de tests psicológicos para facilitar la evaluación de la personalidad. (Avila y Rodríguez, 1987).

Sin embargo, la evaluación es la actividad incluida en el psicodiagnóstico en la cual se aplican e interpretan los test psicológicos. Es indispensable realizar una evaluación dentro del proceso psicodiagnóstico.

Es frecuente que el psicodiagnóstico se le considere como aquel creado por Rorschach en 1920, como un método de examen mental basado en la interpretación de imágenes creadas al azar, aplastando algunas gotas de tintas proyectadas sobre una hoja de papel que se pliega. Este método permite realizar juicios sobre la inteligencia, la atención, la memoria y sobre todo la afectividad, que en todo caso, es un medio de evaluación. Por esta razón, cuando se habla de evaluación se está hablando de una tarea dentro del proceso de psicodiagnóstico, que es la que finalmente proporciona los datos para hacer el diagnóstico.

3. EVOLUCION HISTORICA DEL DIAGNOSTICO

El Psicodiagnóstico queda circunscrito dentro de las actividades a desarrollar por el Psicólogo Clínico, por ello es conveniente retomar los antecedentes de la Psicología, que se encuentran en la psiquiatría, especialidad que surge como muchas otras del campo de la Medicina. Pero, anterior a esto, el interés por estudiar al enfermo mental surge desde el mundo primitivo, mágico y animista, en el que las causas de una dolencia se identificaban con

aliado fundamental es observar en forma natural, lo menos persecutoria posible, la secuencia y las asociaciones verbales que hace el individuo al momento de ser evaluado.

La finalidad primordial que tiene el proceso psicodiagnóstico es utilizar las distintas técnicas que conforman una batería de tests para obtener un diagnóstico, un pronóstico y una dirección de la cura en el caso de que el evaluado requiera tratamiento psicológico.

Los diagnósticos psicológicos han sido elaborados primariamente para evaluar los cuadros clínicos de naturaleza psicopatológica, pero con el transcurrir del tiempo se fueron produciendo con propósitos diferentes y más bien vinculados al área de la prevención y al pronóstico.

2. PSICODIAGNOSTICO Y EVALUACIÓN

Si bien se dice que el psicodiagnóstico es un proceso, hay que tratar de diferenciarlo de lo que es una evaluación. Para Weiner (1983) psicodiagnóstico y evaluación psicológicas se emplean como sinónimos, y definiéndolo como la utilización clínica de tests psicológicos para facilitar la evaluación de la personalidad. (Avila y Rodríguez, 1987).

Sin embargo, la evaluación es la actividad incluida en el psicodiagnóstico en la cual se aplican e interpretan los test psicológicos. Es indispensable realizar una evaluación dentro del proceso psicodiagnóstico.

Es frecuente que el psicodiagnóstico se le considere como aquel creado por Rorschach en 1920, como un método de examen mental basado en la interpretación de imágenes creadas al azar, aplastando algunas gotas de tintas proyectadas sobre una hoja de papel que se pliega. Este método permite realizar juicios sobre la inteligencia, la atención, la memoria y sobre todo la afectividad, que en todo caso, es un medio de evaluación. Por esta razón, cuando se habla de evaluación se está hablando de una tarea dentro del proceso de psicodiagnóstico, que es la que finalmente proporciona los datos para hacer el diagnóstico.

3. EVOLUCION HISTORICA DEL DIAGNOSTICO

El Psicodiagnóstico queda circunscrito dentro de las actividades a desarrollar por el Psicólogo Clínico, por ello es conveniente retomar los antecedentes de la Psicología, que se encuentran en la psiquiatría, especialidad que surge como muchas otras del campo de la Medicina. Pero, anterior a esto, el interés por estudiar al enfermo mental surge desde el mundo primitivo, mágico y animista, en el que las causas de una dolencia se identificaban con

3. EVOLUCION HISTORICA DEL DIAGNOSTICO

El Psicodiagnóstico queda circunscrito dentro de las actividades a desarrollar por el Psicólogo Clínico, por ello es conveniente retomar los antecedentes de la Psicología, que se encuentran en la psiquiatría, especialidad que surge como muchas otras del campo de la Medicina. Pero, anterior a esto, el interés por estudiar al enfermo mental surge desde el mundo primitivo, mágico y animista, en el que las causas de una dolencia se identificaban con influencias malignas de otros seres humanos o sobrenaturales. La manera de enfrentarse a los seres y espíritus malignos que torturaban a sus pacientes era mediante actuaciones humanas como la apelación, adoración, suplica, soborno, intimidación, apaciguamiento, confesión y castigo, expresadas a través de exorcismos, rituales mágicos, encantamientos y brujería (Avila y Rodríguez, 1987).

En Babilonia, los sacerdotes se ocupaban de las enfermedades internas y, especialmente, de las afecciones mentales que eran atribuidas a posesión demoníaca, y eran curadas mediante métodos mágico-religiosos; se describían distintas enfermedades, clasificándolas según la parte del cuerpo afectada: enfermedades de la cabeza, cuello, tronco, etc. La locura, según esta cultura, estaba causada por el demonio *Idta*. En el tratamiento de las enfermedades se empleaban ciertas drogas, procedimientos mágicos y conocimientos astrológicos. Después de diagnosticado el enfermo, el sacerdote invocaba al dios particular especializado en esa enfermedad (Fernández, 2003).

Entre los griegos, unos 1,000 años A. C., Homero describe varios casos de locura, interpretándola como castigo de los dioses. Hipócrates de Cos (460-377 A. C.) aplicó las especulaciones de los filósofos combinándolas con observaciones clínicas. La patología hipocrática se funda en el concepto de armonía de los humores derivado de Empédocles, quien consideraba que el universo estaba constituido por agua, aire, fuego y tierra, cada uno con parejas de contrarios: húmedo y seco, caliente y frío. Los humores hipocráticos y sus propiedades fueron: sangre-caliente; flema-sequedad; bilis amarilla-humedad y bilis negra-frío. Además, afirmaba que el cerebro es el intérprete de la conciencia y que de él procedían placeres, alegrías, risas, burlas, penas, dolores y temores y que si se afectaban por un exceso de humedad, calor o frío, podía producirse la locura

Aurelio Cornelio Celso (25 A. C.- 50 D. C.), escritor de temas médicos y traductor de los hipocráticos, creía firmemente en la demonología y consideraba que algunas enfermedades se debían a la cólera de los dioses; sin embargo tenía también conceptos racionales en medicina. Creía que asustando a los pacientes se les podría curar al alejar a los espíritus que los poseían provocándoles enfermedades mentales. Encadenaba a los enfermos, les hacía pasar hambre, les aislaba en una total oscuridad y les administraba catárticos con la intención de atemorizarlos y curarlos (Alexander, 1970).

Areteo de Capadocia (50-130 D.C.) se interesó en lo que posteriormente se conocería como “personalidad premórbida” de los que desarrollan enfermedades mentales severas. Abandonó la terminología humoral, limitándose a la descripción clara. Prestaba gran atención al contenido ideatorio de los pacientes. Estableció diagnóstico diferencial entre manía y melancolía, alucinaciones alcohólicas, enfermedades seniles y delirios febriles (Alexander, 1970).

Celio Aureliano (98-138 D.C.) recopiló algunas de las ideas de su maestro Sorano, quién consideraba que el asiento de la mente era el diafragma y por ello denominó “frenitis” a las enfermedades mentales. Minimizó el empleo de drogas y de otros métodos físicos e insistió en la importancia de la relación entre el médico y el paciente. Creía poder reducir el sufrimiento del enfermo mental hablando con él de su trabajo u otras materias que les pudieran interesar, colocarlos en habitaciones luminosas, con ventanas altas para evitar que se arrojaran a través de ellas y sólo inmovilizarlos cuando existiera peligro de que se lesionaran a sí mismos y aún, en este caso, la sujeción debía hacerse evitando cualquier daño físico al enfermo. Insistió en que las conclusiones diagnosticas debían basarse en la descripción total del cuadro clínico y no en un único signo.

Galeno (130-200 D. C.) clasificó las enfermedades en: padecimientos de los humores, de las partes similares; de los órganos o partes instrumentales y las que afectan la continuidad de todo el cuerpo o de alguna de sus partes. Consideró que en el estado de enfermedad había tres cosas “prenaturales”: la alteración inmediata, los síntomas o accidentes en que se manifiesta. Con la desaparición de Galeno el mundo médico entró en la edad del oscurantismo.

Entre los siglos I y IV D. C. seis grandes epidemias causaron miles de muertos. En estas épocas de catástrofe, la sociedad sintió la necesidad de explicaciones sobrenaturales y el cristianismo satisfizo perfectamente muchas de las necesidades psíquicas de las masas desmoralizadas. Se adoraba a los santos y se les invocaba para evitar enfermedades. Los sacerdotes cristianos daban consejos para curar tanto los cuerpos como las almas y dejaban constancia para la posteridad de curaciones milagrosas. Las iglesias se convirtieron en santuarios para enfermos y como el número de pacientes que acudían a los monasterios iba en aumento, se construyeron hospitales cerca de ellos. La psiquiatría de la Edad Media es demonológica y el tratamiento mental es el exorcismo, todo el campo de las enfermedades mentales es arrancado de la medicina para quedar bajo la férula de la religión (Zilboorg, 1973).

Gradualmente fue acentuándose la idea de que las enfermedades físicas eran naturales y las mentales sobrenaturales, el diagnóstico diferencial se realizaba, en los casos dudosos, mediante exorcismos.

Al concluir la edad media existe un descontento con el propio presente; dentro de la medicina continúa la interpretación demoníaca, pero también empiezan a aparecer médicos que no creen en el origen sobrenatural de la enfermedad mental (Foucault, 1966).

Teophrastus Bombastus von Hohenheim (Paracelso) (1493-1541), rechazó parcialmente la demonología; distinguió cuatro géneros de locura continua e incurable: “lunáticos”, “insanos”, “vesanos” y “melancólicos”, según procediera la enfermedad de la luna, la gestación, el parto y la herencia; de la alimentación y la bebida, o de la “naturaleza” propia a ellos, entre los “maníacos” distinguía las manías idiopáticas y secundarias a causas generales. Consideró que la histeria era una enfermedad psíquica que podía afectar tanto a hombres como a mujeres.

Felix Plater (1536-1614), asistió a los calabozos donde se mantenía a los enfermos mentales y los clasificó en idiotas, adultos de mentalidad infantil, cretinos y mudos, deprimidos y supuestos melancólicos. Consideraba que las causas de estos trastornos se encontraban en el cerebro, pero que las alucinaciones e ilusiones de carácter sexual se debían a posesión demoníaca. Observó que la memoria de los viejos puede ser defectuosa, especialmente para los sucesos recientes, aún cuando el juicio pueda no estar dañado (Zilboorg, 1973).

Entre los siglos XV y XVII la tendencia hacia la observación del enfermo se hacía cada vez más marcada. En el siglo XVII, lleno de descubrimientos científicos, comienza a decaer la influencia de la inquisición, nacida en el siglo XIII. A fines del siglo XVII y principios del XVIII se añade una nueva teoría, el “animismo”. Ernst Stahl (1660-1734) considera que el verdadero principio de la subsistencia de un organismo y la causa de su estabilidad química es el “ánima”, ella comunica el movimiento vital a los diversos órganos y es la causa inmediata de las alteraciones morbosas y de la curación. Afirma que las enfermedades mentales pueden ser de origen somático o anímico; éstas corresponderían a las pasiones y emociones de la vida normal, estarían provocadas por trastornos en el “ánima” y por tanto requerían de tratamiento psíquico.

Robert Whytt (1714-1766) dividió la neurosis en histerias, hipocondriasis y agotamiento nervioso, este último denominado más tarde “neurastenia” por George Beard (1839-1883).

Dentro de la mayor tendencia a la descripción del enfermo mental aparece Philippe Pinel (1745-1826), dividió las enfermedades mentales en: manía, melancolía, demencia e idiotez. Fue el primer organizador de un hospital psiquiátrico, permitiéndole la experimentación y comparación de un número suficiente de enfermos o de variedades de enfermedades mentales y la observación de su curso (Alexander, 1970).

El interés por el estudio del enfermo mental se presentó en sus inicios en la psiquiatría, siendo la aparición o creación de clínicas psicológicas lo que da paso a los psicólogos clínicos de participar en el sistema de prestación de servicios de salud mental.

Al surgir la Psicología Clínica, la tradición por la investigación experimental ya estaba establecida, gracias a Wundt que, en 1879 estableció su laboratorio de Psicología experimental, propiciando que en las Universidades de Estados Unidos y Europa se crearan laboratorios de Psicología.

Los primeros trabajos conocidos de medición científica de las diferencias entre individuos se encuentran en el estudio de la frenología, que tuvo su aparición en Europa con las investigaciones de Franz Gall y su discípulo Johann Spurzheim; en donde Gall pensaba encontrar relación entre la forma de la cabeza y las características mentales propias de un individuo. La importancia que tuvo para la Psicología Clínica la Frenología fue su orientación para evaluar las características individuales y aprender a medirlas; pero no fue sino hasta fines del siglo XIX cuando comenzaron a aparecer los procedimientos que llegarían a formar las bases de diagnóstico de la Psicología Clínica. Estos procedimientos consistían en recopilar en forma sistemática muestras de comportamiento de grupos relativamente numerosos de personas como respuesta a una serie normalizada de estímulos. Hacia 1890 estos procedimientos ya se llamaban pruebas mentales (Berntein y Nitzel, 1980).

Los autores que comparten la paternidad de la constitución del diagnóstico en psicología (o psicodiagnóstico) como disciplina científica son: Francis Galton, Mc Keen Catell y Alfred Binet. A Galton le interesaba demostrar que la genialidad se reproduce por familias, y pronto se dio cuenta de que para explorar las características mentales debía contar con medios sistemáticos y científicos de medición. La necesidad de comprobar sus hipótesis iniciales le llevó a crear procedimientos de evaluación para algunas funciones psicológicas, entre ellos, el método biográfico, el método de la historia familiar, el estudio comparativo entre gemelos y entre las razas. Por esta razón dio inicio a la creación de pruebas y aparatos de rápida aplicación y simplicidad a través de los que podían medirse tiempo de reacción, discriminación auditiva, táctil, etc. Así desarrolla dos métodos: los tests, que revelan las capacidades entre los individuos, y los métodos estadísticos, para analizar la enorme cantidad de datos cuantitativos que resultan de dichos tests (Heidbreder, 1971).

Las pruebas de Galton intentaban medir capacidades, estructuras y funciones estables de la mente, porque él así concebía al ser humano. Se interesó en el hecho de que las mentes individuales presentan una inmensa serie de variaciones. En base a sus investigaciones llegó a la conclusión de que la capacidad mental es algo inherente al individuo, que no depende fundamentalmente del entrenamiento.

Como consecuencia de las investigaciones realizadas por Galton surge el interés por parte de otros profesionistas en las diferencias individuales, entre ellos James Mc Keen Catell, quién en 1888 fundó el tercer laboratorio de Psicología en Estados Unidos y para 1890 implantó el vocablo de “pruebas mentales”. Cuando fundó su laboratorio se centró, sobre todo, en medir capacidades específicas, como la agudeza visual, el tiempo de reacción y el tiempo de asociación, en un intento por encontrar medidas de la capacidad escolar. Los resultados de sus aplicaciones ponen de manifiesto el valor de las técnicas por él creadas, en la búsqueda de las constancias de los procesos mentales, su interdependencia y las variaciones con respecto a situaciones diversas (Fernández, 2003).

La tercera figura importante en la constitución del diagnóstico como disciplina científica es Alfred Binet; en 1895, quien comenzó a desarrollar sistemas para medir las operaciones mentales complejas de los niños normales y de los niños retrasados. Lo que Binet se proponía era dar un paso más y emprender el estudio de formas más complejas de comportamiento. Para 1896 ya había preparado una batería de pruebas que no sólo medían los “procesos simples” de apreciación de espacios, la habilidad motriz, el esfuerzo muscular y la memoria; también median la comprensión, la atención, la sugestionabilidad, la apreciación estética y la valoración moral (Bernstein y Nietzel, 1980).

Desde 1895 hasta 1903, Binet trabajó en colaboración con Simón en una colonia para niños deficientes en Perray-Vaucluse. Estos trabajos dieron como resultado lo que se considera la primera prueba de inteligencia. Binet creó una escala que mostraban las diferencias de grados en la inteligencia de los niños, tal como podía apreciarse con los criterios disponibles fuera de los tests mismos. El éxito de la escala de Binet indicaba que el camino para medir la inteligencia era examinarla en su conjunto y no parte por parte (Fernández,2003)

Los intereses médicos de Binet y el hecho de hacer constante referencia al “diagnóstico de la inteligencia” provocó, la aceptación del término “psicodiagnóstico”.

Sin embargo, no hay que pasar por alto las contribuciones de otros autores como Mustenberg, que en 1891 crea una serie de pruebas para el estudio de las diferencias en la formación académica y sus repercusiones psíquicas; Kraepelin emplea en 1892 la primera prueba de asociación libre para estudiar los efectos de la fatiga, el hambre y las drogas, en 1896, presenta una información detallada de los resultados en una serie de tareas realizadas por enfermos, comparándola con sujetos normales; Ebbinghaus, en 1897, dio origen a la primer prueba para medir las habilidades en niños: las sílabas sin sentido. En ese mismo año, Dearborn obtiene la primera serie de manchas de tinta con objetos experimentales. Dos discípulos de Galton: Pearson en 1896 y Spearman en 1904, dan lugar a importantes técnicas estadísticas, el primero, en relación al método de las correlaciones; el segundo, introduciendo la teoría

de los dos factores y varios otros procedimientos estadísticos; Thorndike, quien trabajó sobre el aprendizaje, la estructura de la inteligencia y las pruebas escolares concretas, Stern, quien empleó por primera vez el término “psicología diferencial” y propuso el cociente intelectual como medida de la inteligencia en 1912; también utilizó el término “psicotecnia” en 1903. Porteus, en 1914, publica una prueba de ejecución compuesta de laberintos destinada a evaluar capacidades intelectuales y que posteriormente resultó un procedimiento de evaluación clínica de determinados padecimientos orgánico-cerebrales. Pinter y Paterson en 1917 crean una nueva escala de inteligencia a través de tareas ejecutivas. Se pretende con este instrumento la evaluación de la inteligencia libre de mediación verbal, Asimismo se empiezan a dar aportaciones para lo que se llamaría posteriormente Psicología evolutiva teniendo como su principal representante a Gesell, que en 1919 crea una escala de desarrollo de las primeras edades, realizando su trabajo en base a la observación y a la detección de las pautas de comportamiento claves en el desarrollo de los niños.

Tres años más tarde Charlotte Buhler publica “Zeitschrift für Psychologie”, culminando su trabajo en 1932 con un inventario del desarrollo infantil del primer año de vida. Por otra parte, Piaget e Inhelder (1947) plantean que el “diagnóstico del pensamiento” podría ser de mayor valor que el CI a la hora de la predicción del comportamiento inteligente (Ibidem).

El interés por la evaluación de habilidades cognitivas va a aparecer en 1920 con Kohs, quien publica su trabajo en el que presenta su prueba de “bloques”. El interés por crear elementos diagnósticos para sujetos con déficit intelectual que permitieran una evaluación sin intermedios de material verbal, hizo concebir a Kohs esta prueba que tendría un gran valor no sólo escolar, sino clínico.

En 1930 surge la escala de ejecución de Grace Arthur y la batería de inteligencia Técnica, elaborada en la Universidad de Minnesota por Paterson, Elliot y Anderson debido a la necesidad de privar a los procedimientos diagnósticos de influencias culturales y conseguir así mejores resultados de sujetos con deficiente escolarización o con problemas de reinserción social. Con objetivos semejantes y un enfoque evolutivo y con la mediación de un material expresivo Florence Goodenough construye en 1926 su Test de Dibujo de la Figura Humana que tendría amplias repercusiones en la evaluación de otros aspectos del psiquismo.

Como representante del máximo esfuerzo por lo que se refiere a la constatación de diferencias individuales en cuanto a las habilidades intelectuales, y con objetivos clasificatorios y clínicos, David Wechsler publica en 1939 su primera Escala de Inteligencia para adultos a la que seguirán, en 1949, una para niños mayores de seis años (WISC), junto con una revisión del WAIS en 1955 y, por último, en 1960, una escala de inteligencia adaptada a niños menores de seis años (WIPPS) (Fernández, 2003).

La evaluación y el diagnóstico de atributos psicológicos, en orden a detectar diferencias individuales, no sólo se refiere a funciones cognitivas, sino que también abarca procesos encuadrables dentro de la rúbrica de la "personalidad". Un pionero en este campo es Rossolimo, quien en 1912 publica su método de perfiles psicológicos que facilitan el diagnóstico de múltiples formas morbosas de la personalidad. Woodwoth, en 1914, a requerimientos de la armada americana, crea el Personal Data Sheet basándose en las historias clínicas psiquiátricas con el objetivo de detectar trastornos de la personalidad. Pero no es hasta 1921 cuando Herman Rorschach publica su "Psychodiagnostik" el cual es uno de los trabajos más importantes en cuanto al diagnóstico y evaluación de la personalidad. Por su parte Hathaway y Mc Kinnley editan en 1942 el Minnesota Multiphasic Personality Inventory que, además de evaluar diferentes rasgos de personalidad, va a originar un número importante de investigaciones, tan sólo comparables con las realizadas en torno al Psicodiagnóstico de Rorschach (Id.)

Todo lo anterior, en relación a la historia de la evaluación, es de suma importancia en la aparición del proceso diagnóstico en Psicología ya que el interés por la constatación de las diferencias individuales es como se sabe que un individuo se diferencia con respecto a otro, y también con respecto al medio ambiente en que se desenvuelve. Con esto, se puede decir que cada uno debe ser tratado de forma distinta, inclusive, utilizar una metodología diferente en cuanto a la manera de tratar su conducta o padecimiento en general.

4. TIPOS DE DIAGNOSTICO.

Resulta importante distinguir los tipos de diagnósticos con los que se puede encontrar el profesional dentro de la práctica psicológica como consecuencia de la cantidad de personas que requieren servicio y sobre todo, por los trastornos que tienen una sintomatología similar, siendo el más común el diagnóstico diferencial, el cual es definido como “el empleado para distinguir entre manifestaciones parecidas, especialmente para diferenciar entre dos enfermedades que dan síntomas iguales o parecidos” (Dorsch,1978)

Para Béla Székely (1975) Warren (1987) el diagnóstico diferencial es “El método para distinguir dos enfermedades o trastornos afines mediante ciertos síntomas o manifestaciones significativos, peculiares a una de las dos y no a ambas” Con lo cual específicamente se trató de determinar si la impresión diagnóstica de un trastorno es la adecuada o a partir de un estudio más exhaustivo se descarta por no cubrir con los criterios diagnósticos.

Otro tipo de diagnóstico que se encuentra comúnmente es el diagnóstico estructural, empleado principalmente por psicoanalistas y expertos en entrevista estructural de la cual se obtiene dicho diagnóstico. El autor que hace referencia de este diagnóstico es Kernberg (1984), quien refiere que a partir de una entrevista estructural se obtienen datos para destacar las características estructurales de los tres principales tipos de organización de la personalidad. Reflejándose en los síntomas, conflictos o dificultades que presenta el paciente, y los modos particulares en que los manifiesta en la interacción de aquí y ahora con el entrevistador. Al estar el entrevistador cuestionando sobre los principales conflictos del paciente se espera crear suficiente tensión, de modo que surja la organización “estructural” y defensiva del funcionamiento mental del paciente; de esta manera se obtienen datos que permitan clasificarlo en una de las tres estructuras de personalidad con base en el grado de integración de identidad. Así se obtiene el diagnóstico estructural clasificando al paciente en neurótico, límite o psicótico.

El diagnóstico ciego se refiere a realizar el diagnóstico en base a los resultados de las pruebas, y sin ver al paciente. Se puede realizar el diagnóstico a ciegas cuando el paciente es referido por el terapeuta u otro profesional, con la intención de no interferir en la relación transferencia que el paciente ya ha establecido con el terapeuta, sin embargo no es propiamente un diagnóstico a ciegas ya que sí se establece comunicación directa con el paciente, pero recabando los datos mínimos posibles (García, 2003).

Por su parte Salles (1992) hace referencia a lo que llama “Diagnóstico presunto”, el cual define en un contexto psicoanalítico, mencionando que “los diagnósticos que se hacen en el período de evaluación de la problemática del paciente no son finales; están abiertos a nuevos datos que surgen conforme las defensas del paciente van dejando de ser necesarias y desaparecen, mostrándose los contenidos que se encontraban defendidos”.

Otros tipos de diagnóstico son los llamados monosintomáticos y los plurisintomáticos que, como su nombre refiere, es la presencia de un solo síntoma o varios síntomas respectivamente. Es posible que un paciente manifieste un síntoma, pero, a lo largo del proceso psicodiagnóstico, van surgiendo otros que, o ya se habían olvidado o forman parte de la vida cotidiana y que la persona no los toman en cuenta. Así mismo hay pacientes que llegan con una gran cantidad de síntomas, algunos reales y otros imaginarios, los cuales proporcionan datos relevantes de la personalidad del individuo.

5. PROCESO PSICODIAGNÓSTICO.

Dentro del psicodiagnóstico, los instrumentos diagnósticos y el sistema conceptual que los sustentan, han sido criticados o en casos contrarios apoyados por profesionales de la psicología; considerando (aquellos que no están de acuerdo) que son complicados y resultan conflictivos a la hora de establecer un valor científico de los tests clínicos. A su vez los profesionales que defienden estas técnicas mencionan que el valor de los tests y hablando específicamente de los proyectivos, reside en que ofrecen estímulos de estructuración ambigua o de formas muy definidas pero poco usuales, por lo que el paciente o cliente tiene que adoptar diferentes conductas, ya sean verbales, gráficas o lúdicas, las cuales el psicólogo observa y es a partir de estas respuestas como se percibe la capacidad del paciente para dar forma, organización y sentido emocional a ese aspecto de la realidad que el estímulo proyectivo representa (Grassano, Siquier y García , 1987)

Este modelo incluirá a la mayoría de las categorías, tales como nivel mental, impedimentos y defectos específicos así como un intento por relacionar a éstas con un conocimiento total de las motivaciones, conflictos y defensas del paciente. Para poder cumplir con estas funciones, el psicólogo se sirve de varios tipos de instrumentos o técnicas; esto incluye recursos como la entrevista, las pruebas psicológicas y la observación de las conductas del paciente.

También es importante detectar el nivel de angustia, puesto que en un proceso psicodiagnóstico lo fundamental es trabajar con un nivel de ansiedad, de tal forma que se pueda observar como la maneja el paciente. Sin embargo así como es conveniente que se dé un nivel de ansiedad, su exageración es negativa, por que posiblemente el paciente entre en un nivel de angustia del cual no pueda salir. Todas las reacciones tienen importancia diagnóstica, por que indican cómo reacciona el paciente ante situaciones vulnerables o dolorosas.

Sin embargo, es necesario resaltar los datos importantes que se pueden extraer de la técnica primera y más importante que tiene el psicodiagnóstico que es la entrevista.

Antes de la entrevista, se da el encuentro personal, es decir, el primer contacto con el paciente. En este paso es necesario partir del encuadre. Utilizarlo significa aclarar los roles respectivos, lugares donde se realizarán las entrevistas, horario y duración del proceso (en términos aproximados, tratando de no plantear una duración ni muy corta ni muy larga). Sin embargo, del encuadre también depende en gran medida de las características del paciente, entonces se podrá ser más estricto, más amplio o más permeable.

La calidad y el grado de patología del consultante obligan a adaptar el encuadre a ello. No es lo mismo trabajar con un paciente neurótico que con un

psicótico o un psicópata grave. Cada caso implica distintos grados de plasticidad. Otro factor que va a determinar el encuadre es la edad del consultante.

En ocasiones es necesario modificar el encuadre inicial en cuanto a la cantidad de entrevistas y dejar más espacio para concluir el proceso con mayor claridad. Así mismo, en ocasiones, hay aspectos del encuadre que permanecen ocultos hasta que alguna circunstancia obliga a romperlo y aparecen con claridad. Después de identificar o de entablar el encuadre es necesario proceder a lo que sería el primer contacto con el psicólogo encargado del proceso diagnóstico. (García , 2000)

5.1 Entrevista

La entrevista es la base para el desarrollo del proceso y a partir de ahí es donde se seleccionarán las distintas técnicas que se utilizarán según el objetivo que se persigue, de esto va a depender del perfil que tenga el entrevistado como del área en que se está trabajando lo cual dará lugar al formato del informe psicológico. También es en ella en donde se van a identificar aspectos tales como, el rol que desempeña cada uno de los miembros de la familia con el paciente, la fantasía que cada uno aporta acerca del paciente, la fantasía de enfermedad y curación que cada uno tiene, el motivo manifiesto y el motivo latente, el grado de colaboración o resistencia con el profesional, etc., para lo cual se tomarán elementos tanto verbales como no verbales de la entrevista, el comportamiento del paciente así como el de sus familiares, sus acciones, etc. Ante todo la entrevista debe ser libre, no dirigida (en primera instancia), tanto como para poder investigar lo más posible acerca del síntoma; y posteriormente sea dirigida con el objetivo de conformar la historia clínica completa del paciente. Hay que preguntar datos; recabar información acerca de la historia del síntoma

La entrevista es una técnica que, entre muchas otras, viene a satisfacer los requerimientos de interacción personal que la civilización ha originado. El término entrevista proviene del francés “entrevior”, que significa “verse uno al otro”, y se puede definir operacionalmente de la siguiente forma: “es un intercambio verbal, que nos ayuda a reunir datos durante un encuentro, de carácter privado y cordial, donde una persona se dirige a otra y cuenta su historia, da su versión de los hechos y responde a preguntas relacionadas con un problema específico” (Acevedo y López, 1992)

Por lo general, la entrevista inicial dentro del proceso de psicodiagnóstico es semidirigida, ya que el paciente tiene libertad para exponer sus problemas comenzando por donde prefiera o lo que desee. Las razones por las cuales se sugiere una entrevista semidirigida es por que se debe conocer exhaustivamente al paciente y además, es necesario extraer datos acerca del paciente que permitan formular hipótesis, planificar la batería de test e

interpretar posteriormente con mayor precisión los datos de los test y entrevista final (García, 2000).

Se debe aclarar que no solamente puede hacerse una entrevista dentro del proceso, pueden ser varias, en las cuales se trata de esclarecer el motivo “latente” y el “manifiesto” de la consulta, las ansiedades y defensas que muestra la persona que consulta, la “fantasía de enfermedad”, curación y análisis que cada uno trae y la construcción de la historia del individuo. La entrevista tiene como finalidad precisamente la de obtener información en relación a un objetivo.

Es esencial que se tome en cuenta que este tipo de encuentros, por las dos partes que concurren en el, debe ser considerado como el establecimiento de una relación esencialmente humana. Además, el intercambio no se efectúa únicamente por medio de palabras, sino también en el manejo de abundantes indicadores, como son la postura del cuerpo, la compostura y modales, el control personal, las reacciones emocionales, etc. Incluso la palabra se maneja bajo una perspectiva logística, en tanto que se requieren satisfacer objetivos claros y precisos. (Acevedo, y López ,1992).

En este sentido, la tarea del entrevistador es la de descubrir aquellas cualidades que distinguen a una persona de otra, obligándose a percibir a cualquier entrevistado, no sólo como una combinación fortuita de características, sino como una unidad dinámica y funcional.

La primera entrevista es de esperarse que el paciente exponga lo que le pasa, en caso de que sea una persona adulta y sin alteraciones psicóticas, en caso contrario se solicita la información a sus familiares más allegados, asimismo cuando el consultante es un adolescente o un niño. Esto es lo que se llama el motivo manifiesto. Sin embargo, tal vez no sea el más auténtico; por lo que a lo largo del proceso se pueden descubrir otros motivos subyacentes que son latentes y a menudo inconscientes.

Es importante que durante la primera entrevista, además de explicitar el síntoma que trae el paciente y sus fantasías de enfermedad y curación, se trate de obtener una historia familiar. Esto significa ubicar la historia del síntoma dentro de la historia del sujeto y su relación familiar, para determinar la influencia de la misma; puesto que por lo general los síntomas manifiestan o expresan algo dentro del contexto familiar.

En la medida en que se desarrolle la entrevista se podrá advertir si se trata de un síntoma o si encubre otros. Lo más probable es que el motivo principal de la consulta no se manifieste de inmediato ya que tal le ocasiona al paciente mucha angustia, es recomendable continuar la entrevista cuando se detecta que el motivo que se está exponiendo no es el que realmente aqueja al consultante, intentando dentro de lo posible acercarse al motivo latente o real de la consulta.

Cabe resaltar que una de las barreras con la que se tropieza para la realización de una entrevista, se ubica en el mismo ocurrir del encuentro, ya que, de alguna manera, se trata de una situación artificial, en la que el entrevistado, consciente de estar siendo objeto de evaluación, se comportará “lógicamente”, intentando guardar una compostura a la altura del evento. Puede salvarse esta barrera de afectación en el comportamiento si el entrevistador se gana la confianza de su interlocutor haciéndolo sentirse cómodo, a gusto, a través de un acertado manejo de la sinceridad. La entrevista se encuentra inscrita en un marco de privacidad, de aquí que el arreglo y disposición de los muebles y la decoración en general del área donde se llevará a cabo la entrevista requiera de una cierta informalidad.

Hacia el final de la entrevista, el entrevistador deberá contar con material suficiente sobre el cual poder basar su diagnóstico. Es decir, una serie de ideas conectadas entre sí, y que se sustenten unas con otras respecto al perfil del entrevistado. Partiendo de una apreciación teórica, es posible aventurar predicciones, las cuales, necesariamente, se verán corroboradas o no, en la práctica (Acebedo y López ,1992).

Si se quiere ser verdaderamente profesional y obtener toda la información necesaria, entonces hay que anticiparse al hecho, determinando el objetivo de la entrevista, planeando su procedimiento, previendo un ambiente adecuado y elaborando una estrategia conducente acorde a un proyecto.

5.2 Aplicación de pruebas psicológicas.

En esta parte, es en donde se dedica a seleccionar el material y las técnicas o procedimientos que se van a emplear con el paciente para obtener un diagnóstico, estos pueden ser tests gráficos y verbales.

En los últimos 50 años los investigadores intentaron elaborar diversos métodos de medición de las aptitudes mentales; no solo cuantitativamente, sino también cualitativamente. Se intentan apreciar con precisión la inteligencia, atención, memoria y personalidad del sujeto. También, se elaboraron pruebas de lateralidad para comprender la organización espacial, pruebas motoras para apreciar el desarrollo motor. En resumen, existen múltiples métodos de “medición” tanto en el plano intelectual como pedagógico. También se ha desarrollado una gama no menos considerable de tests para apreciar el carácter e incluso la “moralidad” del sujeto. Con esto, se intenta cada vez más aprehender su personalidad, a la que, por otra parte, no se vacila en evaluar mediante criterios estadísticos (Mannoni,1996).

Para seleccionar las pruebas e iniciar la aplicación es necesario tomar en cuenta los siguientes aspectos:

En primer lugar, es importante considerar la edad del paciente para elegir la batería de pruebas a administrar. Es un factor importante ya que no todas las

pruebas o tests son utilizados en todas las edades, y sobre todo por que varía la técnica de administración.

En segundo lugar se debe incluir tests o pruebas que determinen aspectos de índole orgánico-cerebral, el funcionamiento intelectual, aspectos psicométricos de la personalidad y aspectos psicodinámicos de la organización psíquica. Sobre todo cuando se solicitan por psiquiatras y cuando se labora en una institución psiquiátrica.

Otro factor a considerar es el nivel sociocultural del sujeto, cuidando que la consigna de cada uno de los test sea comprendida por el sujeto, ya que en ocasiones el vocabulario empleado puede resultar rebuscado o técnico, dificultando el entendimiento del mismo. Así mismo al aplicar pruebas que proporcionen información acerca del nivel mental, se debe indagar la escolaridad del sujeto ya que existen condiciones para algunas pruebas como la de Wechsler para adultos, que su aplicación es recomendada cuando el paciente ya ha cursado hasta el tercer grado de educación secundaria. En caso contrario, es decir si el paciente es analfabeta o cursó hasta algún grado de primaria, se debe adaptar la batería con otra prueba que nos dé la misma información, pero que se pueda administrar a este tipo de población, para tal situación se cuenta con el test de matrices progresivas de Raven, así como el Army Beta II-R y el test de Dominós de Anstey.

Se encuentran más factores a considerar como la procedencia étnica del paciente y su ideología, por lo que se debe tener en cuenta que lo que tal vez para algunos es normal, para una persona ajena a ese grupo étnico puede parecer lo contrario. Es por ello que la entrevista nos proporcionará la información suficiente como para tener cuidado en este aspecto.

Es importante definir el contexto espacio-temporal en donde se llevará a cabo el proceso de psicodiagnóstico, ya que al trabajar en instituciones hospitalarias, se dispone del tiempo que se indique para realizar todo el procedimiento, siendo en ocasiones insuficiente y sin embargo hay que apegarse a ello. No es lo mismo, disponer del tiempo que a consideración de psicólogo sea conveniente, (de manera particular), a tener que adaptarse al tiempo que cada institución estipula para eso.

Para elegir la batería de **tests**, por lo general la prueba más importante, (por considerar que es la que más información va a proporcionar) no se aplica como la primera, ya que el sujeto se presenta con cierta desconfianza y puede aportar datos falsos, o información tratando de dar una buena impresión de sí mismo; tampoco se deja para el final por que posiblemente el paciente ya se ha cansado de responder a tantas consignas.

Es así que se elige una batería que proporciona un panorama completo, por lo tanto, se seleccionan tests, que brinden información sobre el grado de patología del paciente, tests de personalidad que de alguna manera ya están

estandarizados para obtener información más objetiva de las características del paciente, de esta forma se correlaciona la información complementándola.

Como anteriormente se refiere la batería de pruebas debe incluir tests que aporten información sobre aspectos orgánicos, el funcionamiento intelectual, aspectos psicométricos de la personalidad y aspectos psicodinámicos de la organización psíquica.

5.3 Evaluación e integración de resultados.

Esta parte se dedica al estudio, evaluación, calificación e interpretación del material obtenido mediante los tests (dentro de un marco teórico), esclareciendo puntos oscuros, correlacionando los distintos instrumentos empleados entre sí con la historia del sujeto obtenida en la entrevista, para integrar todo en una conclusión.

Por lo tanto, para elaborar un diagnóstico, se debe tener los conocimientos suficientes para descubrir una personalidad y no tanto para etiquetarla, como en la mayoría de los casos se solicita por el profesional que requirió el psicodiagnóstico. Esto, en caso de que se requiera un diagnóstico diferencial, por lo que se debe ser lo suficientemente claro y preciso.

Aún así, lo que se debe hacer en principio es tener presente los motivos por los que el paciente requiere la consulta, de esta manera al tener los resultados de las pruebas administradas, se tratará de tener una explicación del por qué de sus preocupaciones o conductas. De igual forma a través de cada una de las entrevistas el psicólogo va delimitando hipótesis presuntas, así al estudiar el material obtenido, se busca una concordancia que respalden las hipótesis realizadas o en su defecto que las descarten.

Finalmente, después de haber evaluado y analizado los tests, se integran los datos con el fin de proporcionar un informe psicodiagnóstico, el cual consiste en un resumen de las conclusiones diagnósticas y pronósticas del caso estudiado e incluye muchas veces las recomendaciones terapéuticas adecuadas del mismo.

Lo importante es la opinión del psicólogo a modo de conclusión diagnóstica, para saber cuál es el camino a seguir, ya que la valoración de la personalidad que proporciona el psicodiagnóstico puede ayudar en la planificación del tratamiento y a conocer las necesidades del paciente. Así mismo contribuye en la identificación de algún posible brote psicótico manifiesto o latente. Cada uno de estos aspectos de los procesos personales tiene implicaciones diversas para una forma de psicoterapia o para otra forma de apoyo.

Las contribuciones del psicodiagnóstico pueden parecer predictivas, en cuanto se realiza un esfuerzo por anticipar como responderá el paciente a un tipo particular de intervención.

5.4 Indicación terapéutica.

El problema de la indicación de la terapia está estrechamente vinculado con el diagnóstico. Las ideas sobre el diagnóstico varían notablemente de acuerdo con los modelos teóricos. Algunos de estos, en especial los de formación médica y psiquiátrica, utilizan el modelo médico según el cual primero se hace el diagnóstico, con la evaluación de los síntomas subjetivos, la anamnesis y los eventuales exámenes objetivos para identificar el tipo y la posible etiología de la enfermedad, y después pasar a la terapia ..

Básicamente se pretende que el paciente obtenga ayuda para superar sus problemas y llevar una vida más satisfactoria. Así es como el psicólogo clínico dependiendo de los resultados del diagnóstico y de sus bases teóricas encontrará la manera de ayudar al paciente a cambiar para mejorar. Principalmente se considerarán las necesidades que manifiesta el paciente durante la valoración psicológica y los resultados obtenidos. Así, por ejemplo, el psicoanálisis se ha considerado el tratamiento de elección para un porcentaje de población muy pequeño, se requiere estar lo suficientemente enfermo para necesitarlo y lo suficientemente bien para tolerarlo. Hay muchos pacientes que llegan a terapia y que requieren de fármacos para controlar su sintomatología, entre ellas la ansiedad, por lo cual no se recomendaría el psicoanálisis, ya que podría provocar ese tipo de malestares.

De todos los pacientes una porción muy pequeña son los candidatos para el análisis, tales como pacientes con síntomas clásicos de neurosis y neurosis de carácter moderado, los cuales son accesibles al psicoanálisis y capaces de tolerarlo.

Por otra parte la psicoterapia dinámica está al alcance de una población más grande de pacientes, ya que está basada en el psicoanálisis. Son de 2 tipos: 1) aquella cuya finalidad terapéutica es expresiva, es decir, descubrir (o hacer conscientes) los conflictos psicológicos mediante análisis de las defensas y las resistencias de los pacientes, y de esta manera resolver los conflictos mediante interpretación, introspección y cambio motivado por esta misma; y 2) la que tiene como finalidad ser de sostén, es decir, disminuir la fuerza de las presiones externas (situacionales) o internas (instintivas, relacionadas con los impulsos) por medio de diversas técnicas de fortalecimiento del ego. Por lo tanto, incrementan la capacidad del paciente para suprimir los conflictos mentalmente dolorosos, con sus expresiones disfóricas o sintomáticas y por lo tanto lograr un cambio de la conducta lo mismo que alivio.

Otro tipo de terapia es la Existencial, la cual es un criterio psicodinámico que se orienta a las maneras que tiene el paciente de experimentar los hechos

principales de la vida humana y la reacción a ellos, en especial: muerte, libertad y responsabilidad, aislamiento y separación y falta de sentido. El enfoque de la psicoterapia existencial es la exploración profunda del contexto, sensaciones y procesos del pensamiento provenientes de la experiencia interior del paciente. Anima a los pacientes a hacerse responsables tanto de sus éxitos como de sus fracasos en la vida.

Por su parte, la terapia de grupo se ha vuelto esencial en ciertos casos; es una forma de tratamiento en la que se provocan cambios benéficos en pacientes alterados desde el punto de vista emocional, como resultado de sus interacciones con otros pacientes y, por lo menos, un terapeuta profesional capacitado. Los resultados del tratamiento consisten tanto en alivio de los síntomas como en resolución de los problemas intrapsíquicos e interpersonales. Se presenta en dos modalidades: heterogénea y homogénea. En la psicoterapia con grupos heterogéneos el ambiente propicia que los pacientes se manifiesten y, a continuación, confronten sus interacciones inadaptables. Al mismo tiempo los otros miembros del grupo pueden ofrecer su apoyo y refuerzo a los cambios positivos y esta "recompensa" los anima a persistir en el tratamiento. En estos grupos la diversidad de problemas y de aspectos permite interacción y amplitud de discusión máxima. En terapia de grupos homogéneos todos los pacientes tienen un problema similar y el grupo se orienta hacia la solución del mismo.

La terapia de familia ha sido sugerida para los problemas de niños y adolescentes, lo mismo que en los conflictos matrimoniales. La orientación psicodinámica permite la exploración concienzuda de la motivación y la experiencia subjetiva de cada miembro de la familia, en tanto que la perspectiva interaccional brinda información sobre el contexto social de la persona como origen de la conducta individual.

La terapéutica matrimonial está indicada cuando los problemas tienen que ver directamente con las relaciones de pareja. Conflictos y desacuerdos incesantes, amenazas de separación y dificultades sexuales. El tratamiento matrimonial requiere integración de diversos conceptos derivados de la teoría psicodinámica, la dinámica de grupos y la teoría familiar de sistemas.

En la terapia de la conducta y terapia cognoscitiva, se trabaja específicamente con las conductas detectadas como problema y/o que afectan el funcionamiento del paciente, así se realiza un análisis de la conducta antes de iniciar el tratamiento para identificar los factores que influyen o desencadenan la conducta indeseable y para valorar la eficacia de las intervenciones. Así dentro de la teoría conductual y de la cognitiva se emplean diferentes técnicas, entre ellas la desensibilización sistemática, refuerzo positivo y extinción, procedimientos aversivos, condicionamiento encubierto, modelación encubierta, terapéutica cognoscitiva para la depresión, entre otros.

Así, es primordial que el psicólogo clínico reconozca los objetivos de quien solicita el servicio, y de acuerdo a ello ofrecerlo, de igual manera se debe reconocer las limitaciones para dar o no tratamiento al paciente, y en el caso de no poder brindárselo, canalizarlo con el profesionalista que se considere pertinente, como sería el caso de otro compañero psicólogo o un psiquiatra, reconociendo cuando el paciente requiera otro tipo de tratamiento, es decir, la administración de fármacos. También el tratamiento puede ser una combinación de las diferentes opciones que se presentaron, siempre dependiendo de las necesidades del paciente.

6. ENFOQUES PSICOLÓGICOS Y PSICODIAGNÓSTICO.

La formulación de un psicodiagnóstico conduce a la descripción y a la comprensión de padecimientos que presenta un paciente, adscribiendo la sintomatología a la dinámica de su personalidad; sin embargo, la profundidad del estudio de diagnóstico en términos de evaluación de personalidad, también variara de una perspectiva de la psicología clínica a otra, encontrando que dependiendo de la orientación teórica del psicólogo va a indagar lo que sea conveniente para el inicio del tratamiento. Así se presentan las diferentes perspectivas de la psicología clínica y la relevancia que le conceden al psicodiagnóstico. Estas corrientes son:

- Teoría Psicodinámica.
- Teoría Conductual considerando la perspectiva del Aprendizaje Social y la Cognitivo conductual.
- Teoría Existencial.
- Psicología de la Gestalt.

6.1 Teoría Psicodinámica.

El modelo psicoanalítico puede englobarse dentro de las denominadas perspectivas dinámicas de evaluación, con diversos presupuestos diferenciales y diversas matizaciones conceptuales. No cabe duda que la figura más relevante y de mayor importancia es Sigmund Freud, padre indiscutible de esta teoría y de sus posteriores derivaciones. (Kirchner, Torres y Forns, 1998).

La especificidad y naturaleza de la aproximación psicoanalítica a la Evaluación Clínica ha sido frecuentemente cuestionada y habitualmente mal interpretada en cuanto a sus presupuestos teóricos y a sus objetivos.

El origen de este enfoque se encuentra esencialmente en el campo de la psicopatología. Las investigaciones médicas realizadas para encontrar las causas orgánicas y el tratamiento físico de las enfermedades mentales llevaron a algunos médicos a examinar el fenómeno que Franz Antón Mesmer había llamado el “magnetismo animal”, y que después James Braid, un cirujano inglés llamó “hipnotismo”.

Entre los precursores destacan los trabajos pioneros del neuropatólogo francés Jame-Marie Charcot, célebre por sus terapias de la histeria con el método hipnótico. “Sus investigaciones y experiencias clínicas le habían llevado a suponer que ciertas parálisis surgidas después de un accidente (trauma) eran de naturaleza histérica y para probarlo logró provocar experimentalmente parálisis idénticas por sugestión de un trauma bajo estado hipnótico. Con todo, Charcot, impregnado de la tradición médica, no reconocía que la histeria pudiera tener una causa puramente psíquica, sino que defendía una etiología

más biologicista, ligada a alteraciones funcionales cerebrales” (Kirchner, Torres y Forns, 1998).

Este tipo de alteraciones se intentaban curar con baños, corrientes eléctricas, o incluso con burlas o intimidaciones.

Otro antecesor de la teoría psicoanalítica fue el psiquiatra Leuret, quien sostenía que los delirios de las personas con alguna alteración psiquiátrica poseían un sentido.

Pierre Janet cuenta entre los predecesores de la futura teoría psicoanalítica al otorgar a la histeria y a las neurosis en general un posible desencadenante psicógeno. Las investigaciones que Janet e Hippolyte Berheim hicieron para demostrar que la hipnosis tenía relación con los desórdenes del comportamiento (especialmente en la histeria), provocaron interés y controversia sobre la posibilidad de que las enfermedades mentales tuvieran origen psicológico (al menos en parte) y respondieran mejor a tratamientos psicológicos que a tratamientos orgánicos.

J. Breuer, médico vienés, ejerció una influencia más directa en la obra de Freud, al establecer un estadio preanalítico con su método catártico, el cual “consiste en que el paciente, bajo estado sugestivo, recuerde y reproduzca sucesos traumáticos olvidados, pero causantes del síntoma histérico, liberándose por este proceso del conflicto emocional que le provocaba el síntoma” (Ibidem)

Pero es Freud, quien, a partir de todas estas influencias y de sus propias observaciones clínicas, apoyándose y profundizando en estos primeros estudios y variando los métodos de análisis, llegó a construir un corpus teórico con entidad propia: el modelo psicoanalítico, con importantes resonancias en el campo clínico aplicado. Para 1896, ya había propuesto la primera versión de su teoría, según la cual los desórdenes de la conducta, como la histeria, no son el resultado de una condición orgánica determinada, sino de la lucha dinámica de la mente humana para satisfacer, por una parte, los deseos instintivos (sobre todo sexuales) que comienzan desde la infancia, y, por otra, para adaptarse a las reglas sociales y a las exigencias y restricciones impuestas por el mundo exterior.

Dentro de su teoría, Freud abandona el modelo hipnótico y lo sustituye por la libre asociación, que permite recuperar parte del material reprimido en el inconsciente y que es el causante de la sintomatología que determinada persona presenta. Con la libre asociación, podía seguirse el curso del pensamiento del paciente y entrever el incremento de sus defensas a medida que sus asociaciones le iban acercando al material reprimido y al hecho traumático desencadenante del trastorno. Es precisamente el cambio metodológico lo que ayuda a Freud a describir un concepto importante dentro

de su teoría: el de represión, mecanismo psíquico de resistencia al recuerdo de hechos traumáticos.

Uno de los presupuestos básicos de este modelo es la concepción de que la conducta humana está determinada por las pulsiones, deseos, conflictos y fantasías mentales del sujeto que mantienen entre sí un equilibrio de fuerzas. Cuando este equilibrio se rompe, el comportamiento se desestabiliza. Su formulación teórica puede concretarse en que la conducta es función del organismo, que incluye las funciones psíquicas que se encuentran en toda actividad psicológica y cuya perturbación es la causa de los síntomas neuróticos, psicóticos e histéricos. En este sentido, Freud habla de un aparato psíquico, conformado por el inconsciente, preconscious y consciente. Para fines de evaluación, y por supuesto, del psicodiagnóstico, interesa principalmente desarrollar los siguientes puntos (Kirchner, Torres y Forns, 1998):

- El sistema dinámico de la conducta, que se centra en la noción de impulso o pulsión, fuente energética motivadora de la conducta hacia su fin pulsional. Son dos grandes categorías de pulsiones: las de vida (Eros) que se refieren a los impulsos sexuales y de autoconservación; y las de muerte (Thanatos), que tienden a la reducción de tensiones e implican autodestrucción primeramente, y de forma secundaria se dirigen hacia el exterior como una manifestación agresiva o destructiva. Aquí entran en juego los mecanismos de defensa para reducir la angustia del sujeto.

- Organización o estructura de la personalidad. En este punto se hace referencia a la concepción topográfica de la personalidad, es decir, a los distintos grados de concienciación que puede adoptar un sujeto respecto a su comportamiento, como el consciente, en el cual se comprenden aquellos fenómenos intrapsíquicos que en algún momento han sido verbalizados, por lo que están en el archivo mental del sujeto; el preconscious que es definido como lo latente o lo que no está en la conciencia pero puede hacerse consciente en determinado momento; y el inconsciente, que está conformado por todo el material oculto y reprimido que sólo a través de la labor psicoanalítica puede surgir.

- Etapas de desarrollo de la personalidad. En este punto se “hace referencia al desarrollo psicoafectivo, que implica atribuir a la infancia una sexualidad precoz. El desarrollo del mundo instintivo se concretiza en una serie de estadios, ligados fuertemente a las necesidades biológicas primarias del individuo y, en sus inicios, al as distintas zonas erógenas (investidas de energía libidinal) encargadas de satisfacer estas necesidades. Se distinguen las siguientes etapas: estadio pregenital u organizaciones de la vida sexual infantil en las cuales no han tomado un papel predominante las zonas genitales” (Ibidem)

De acuerdo con la zona erógena predominante y del objeto pulsional se divide en: estadio oral, en el que la energía pulsional se concentra en la boca y está vinculada a la absorción de los alimentos y en el placer que alcanza a través de la ingestión alimentaria; la fase anal donde es este esfínter el que queda cargado de energía pulsional. La satisfacción se busca en las agresiones y en las funciones excretoras. En la etapa fálica son los órganos genitales los

que quedan investidos de energía libidinal. El niño aprende a diferenciar entre sexos y empieza a formarse su propia imagen sexual. El estadio del complejo de Edipo, donde presupone el deseo incestuoso hacia las figuras parentales del sexo contrario. Predomina la angustia de castración y los sentimientos de culpa por desear el objeto prohibido. La capacidad de identificación con las figuras parentales del propio sexo supone la superación con éxito de esta difícil etapa, cuya no resolución puede representar un núcleo conflictivo desencadenante de neurosis. El periodo de latencia es un estadio sin conflicto, de desexualización y extensión extrafamiliar de la problemática edípica. En el periodo genital supone una organización o centralización de las diversas tendencias hedonistas. En esta fase predominan las crisis narcisistas e identificatorias, con emergencia de pulsiones masivas con reactivación del problema Edípico, aunque con sustitutos parentales, masturbación, elaboración de la idea de muerte y emergencia de las ideas represivas (Id.)

Otro punto, dentro de la estructura de la personalidad que desarrolla Freud dentro de su teoría, es la que se refiere a los procesos de pensamiento. “La línea evolutiva que siguen los procesos cognitivos se caracteriza por un tránsito progresivo del proceso primario, al denominado proceso secundario. En el proceso primario predomina el lenguaje del inconsciente, irracional o alógico; la indivisión entre la fantasía y realidad y el pensamiento de tipo mágico. El proceso secundario se rige por el pensamiento lógico y el lenguaje consciente; y forman parte de este proceso la atención, juicio, razonamiento, etc. Cumple un papel regulador cuya principal misión es inhibir el proceso primario.

Partiendo de lo anteriormente planteado Freud (1904) afirmó que la indicación de la terapia psicoanalítica no sólo debe hacerse por la enfermedad del sujeto, sino también por su personalidad; el psicoanálisis se indica atendiendo no menos a la persona que al diagnóstico (Etchegoyen 1986).

En 1906, cuando Freud empezó a tratar a sus pacientes mentalmente enfermos, acababa de introducirse en la literatura psiquiátrica la denominación diagnóstica de demencia precoz; neurastenia era la etiqueta aplicada de preferencia a la mayoría de los estados que hoy se denominan psiconeurosis. Como resultado de sus experiencias con un grupo de enfermos mentales, a los que diagnosticó como neurasténicos, desarrolló una teoría sobre la etiología de la afección, a la que consideró como la consecuencia de prácticas sexuales no higiénicas. Estas prácticas eran de dos clases y cada clase, resultaba en un síntoma o grupo de síntomas distintos. Con el fin de destacar su carácter especial propuso que se agruparan las neurastenias y las neurosis de angustia como neurosis propiamente dichas, en oposición a la histeria y a las obsesiones a las que propuso denominar psiconeurosis. Estas clasificaciones estaban basadas en la etiología de la enfermedad y no en la sintomatología, esto para determinar categorías de trastornos mentales que se asemejen entre sí por tener una causa común o, por lo menos, un mecanismo mental subyacente común.

Hacia 1906 había reconocido que no existe un amplio abismo entre lo normal y lo psiconeurótico, sino que, por lo contrario, las diferencias psicológicas entre ambos eran más bien de grado que de clase, llegando así a la conclusión de que existe una continuidad entre el individuo normal y el patológico y que entre ellos solamente se pueden observar grados de diferencia (Brenner, 1964).

El posterior distanciamiento de Freud con el mismo origina que se le reste valor al diagnóstico nosológico, considerándolo incluso como un obstáculo para el trabajo analítico. Sin embargo, se deja a la consideración del analista el empleo o no del diagnóstico. En este sentido, se encuentran respuestas contradictorias al respecto, ya que por una parte el diagnóstico es ajeno al psicoanálisis, un obstáculo para el mismo y por otra parte es necesario el diagnóstico para orientar el análisis (especialmente en el psicoanálisis de niños), o bien para la elección de intervenciones colaterales al psicoanálisis, tales como la psicoterapia analítica o las psicoterapias breves (Bernstein y Nietzel, 1980).

En 1931 Freud usaba el análisis de prueba para hacer el diagnóstico. Actualmente la mayoría de los analistas prefiere remitir ese problema a las entrevistas. Es así que el psicoanálisis es el modelo teórico que mayores repercusiones parece haber tenido para el Psicodiagnóstico. Dentro de una línea mentalista sumamente dinámica, los trabajos de Freud pusieron de relieve la importancia de los procesos inconscientes para el comportamiento humano. El objeto de la Psicología se va a centrar en el estudio de la vida mental inconsciente.

Dentro de esta concepción dinámica de la personalidad se considera que los síntomas neuróticos o comportamiento perturbado son el resultado de los conflictos interiores o reprimidos. En cierto sentido, los síntomas son manifestaciones de un conflicto interno, el mismo síntoma específico simboliza la naturaleza del conflicto. Tiene uno que explorar más allá de los síntomas para encontrar las causas fundamentales de la perturbación (Fernández, 2003).

La historia inicial de la vida del paciente y en especial las relaciones con sus padres, recibirán una atención muy especial en la investigación clínica de sus dificultades.

En 1906, Carl Gustav Jung publica un trabajo en el que presenta una técnica de diagnóstico psicológico basada en la asociación libre de palabras. En él, Jung aplica las ideas de Freud, y las suyas propias sobre el conflicto, creando una técnica con la que parecían confirmarse las conclusiones de Freud relativas a la ingerencia de factores emocionales en el recuerdo y la existencia de complejos afectivos ligados a los materiales rechazados.

Es a partir de la obra de Anna Freud (1936) cuando el interés del psicoanálisis por el diagnóstico encuentra su primer objeto específico: el

diagnóstico de los estados del Yo y sus mecanismos de defensa y adaptación, lo que a su vez influye en que las técnicas proyectivas entonces nacientes o en su primer etapa de desarrollo sean perfectamente utilizadas para facilitar el diagnóstico. La Psicología del YO se propone como la continuación de la tradición freudiana clásica permaneciendo fiel a la teoría del libido y a la teoría de las pulsiones (Avila y Rodríguez, 1987).

Para Anna Freud, quién se especializó en el tratamiento a niños, la investigación durante el proceso de evaluación produce una gran cantidad de información constituida por datos de diverso valor y que se refiere a campos y capas diferentes de la personalidad infantil.

En la mente del analista se organiza todo el material recogido durante el procedimiento diagnóstico, en lo que se llama “perfil metapsicológico” comprensible en el niño, es decir, un cuadro que contiene datos de naturaleza dinámica, genética, económica, estructural y de adaptación. Esto puede considerarse como el esfuerzo sintético del analista cuando analiza hallazgos muy discordes, o también demuestra su pensamiento diagnóstico separado analíticamente en sus distintos componentes. En la fase diagnóstica, el perfil de cada caso debe comenzar con el síntoma que motivó la consulta, su descripción, su historia y antecedentes familiares y una enumeración de las influencias ambientales posiblemente significativas (Freud, 1974).

Murray y colaboradores publican en 1938 *Explorations in Personality*. En esta obra se presentan tanto las teorías del autor sobre la personalidad, como algunas técnicas de evaluación, entre las que figura el Test de Apercepción Temática (TAT). Frank, en 1939, califica el término “proyectivos” a este tipo de procedimientos de evaluación de la personalidad en base a la ambigüedad de los estímulos utilizados como material del test, ante los cuales los sujetos pueden “proyectar” sus conflictos, necesidades, pulsiones y rasgos psicopatológicos de la más variada índole (Bernstein y Nietzel, 1980).

Dentro de esta línea psicoanalítica y englobados frecuentemente dentro de las “técnicas proyectivas”, pero manteniendo un marcado carácter expresivo, figuran todos los instrumentos que, a través del dibujo, pretenden poner de manifiesto características psicológicas diversas (patológicas o no). Así en 1928, Jucker es el primero en utilizar el dibujo de un árbol como instrumento de diagnóstico y, en esta misma línea, pueden citarse los trabajos de Lowenfeld en 1929 (Test del Mosaico), del español Mira y López (Diagnóstico Miokinético), en 1939 entre otros. A partir de 1940, manteniendo siempre presupuestos psicoanalíticos básicos, surgen multitud de técnicas de carácter proyectivo (temático, expresivo, asociativo o constructivo) (Fernández, 2003).

La influencia de la escuela inglesa, en especial de la Kleiniana produce una evolución hacia nuevos objetos para la investigación con fines diagnósticos: la denominada fantasía inconsciente primaria, la teoría de las relaciones objetales y la aparición de técnicas específicas de evaluación diseñadas en una estrecha dependencia de aspectos de la teoría psicoanalítica: técnicas proyectivas para

su uso con niños, tales como el Blacky y posteriormente el Patte Noire, o con adultos, El Test de Relaciones Objetales o bien técnicas de entrevista u observacionales, como la Entrevista Estructural de Kernberg (Avila y Rodríguez 1987).

La Entrevista Estructural permite hacer un diagnóstico de estructura de la personalidad del paciente en un tiempo relativamente breve (una o dos sesiones) y con suficiente precisión. Su utilidad por tanto es notable por que permite ahorrar tiempo prescribiendo la terapia más apropiada a cada paciente desde el comienzo, ya sea una psicoterapia expresiva (psicoanalítica o modificada) o de apoyo (con o sin psicofármacos). La hipótesis psicoanalítica que la sustenta es que existe una estructura intrapsíquica (que puede manifestarse en las tres configuraciones generales de neurosis, borderline y psicosis) relativamente estable en el tiempo y con funciones hemostáticas, que existen independientemente del papel que los diferentes factores etiológicos juegan a determinarla. Esta estructura constituye la matriz desde la cual se desarrollan los síntomas, y es ésta la que debe ser diagnosticada (Etchegoyen, 1986).

El valor de la Entrevista Estructural es que provee de los criterios diagnósticos identificados en los tres siguientes: 1) inconsistencia o desintegración de identidad; 2) defensas primitivas; 3) sentido de la realidad. Es con el conjunto de estos tres criterios, no con uno solamente, como es posible hacer diagnóstico de la estructura psíquica. Estos criterios, unidos entre sí, son las manifestaciones clínicas de una hipótesis de configuración intrapsíquica, basada sobre las representaciones del Yo y de los objetales.

Basándose también en la teoría de Freud, se encuentra al Psiquiatra Harry Stack Sullivan quién propone la entrevista psiquiátrica definiéndola como “una situación de comunicación vocal, en un grupo de dos, más o menos voluntariamente integrado, sobre una base progresivamente desarrollada de experto-cliente, con el propósito de elucidar pautas características de vivir del sujeto entrevistado, el paciente o el cliente y que pautas o normas experimenta como especialmente productoras de dificultades y en revelación de las cuales espera obtener algún beneficio”. Sullivan insiste en el carácter oral o vocal y no simplemente verbal de la entrevista por que de la entonación, ritmo de la conversación, dificultades de enunciación, etc., se obtienen datos valiosos en la identificación de áreas conflictivas en la vida del paciente.

La entrevista psiquiátrica está destinada principalmente a descubrir las dificultades del vivir que los pacientes no entienden claramente, es decir, todo aquello que por razones culturales, de educación particular para la vida, ven nebuloso, los confunden o confunde a los demás. Las pautas de las dificultades de los pacientes surgen de experiencias pasadas e interpretan variadamente todos los aspectos de sus relaciones interpersonales comunes. En cuanto al objetivo de la entrevista, Sullivan menciona algunos propósitos ostensibles siendo uno de ellos, en primer lugar, la consulta realizada con propósitos de

diagnóstico, para aconsejar y tal vez facilitar la obtención de un tratamiento competente, evocándose el entrevistador a la vez al diagnóstico y al establecimiento de un conocimiento profesional.

Aspectos metodológicos.

El método empleado por los modelos dinámicos en general y por el psicoanalítico en concreto es el inductivo: a partir de observaciones clínicas se infieren los elementos dinámicos y estructurales que dan lugar a la conducta y que posibilitarán un planteamiento comprensivista de la misma.

La investigación psicodinámica, en cuanto a las técnicas de análisis, es básicamente clínica, no obstante, existen también estudios de contrastación empírica que utilizan preferentemente el enfoque correlacional y la validez de constructo.

Las técnicas utilizadas desde la perspectiva freudiana y más ampliamente por los modelos psicodinámicos son numerosas, ya que puede resultar útil todo aquello que facilite el objetivo de la evaluación: la introducción en la vida mental inconsciente del paciente.

Técnicas.

Las técnicas que a continuación se mencionan son las utilizadas por Freud. En primer lugar se encuentra la entrevista, que desde esta perspectiva adopta la modalidad de libre o semiestructurada.

La técnica de libre asociación consiste en que el paciente, en situación de relajación profunda, vaya verbalizando todo lo que le va viniendo a su mente, con los mínimos controles cognitivos posibles. La asociación que establece entre unos temas y otros permite al evaluador efectuar inferencias sobre la configuración de su mundo intrapsíquico.

La interpretación de los sueños es un método muy antiguo; consiste en que el paciente explique un sueño reciente o especialmente reiterativo, y a través del análisis de la simbología, individual y colectiva, el analista da explicaciones, no sólo sobre el significado profundo del sueño, sino de la vinculación a la problemática motivo de consulta.

Lapsus linguae pueden revelar aspectos importantes del mundo de los deseos inconscientes del sujeto. Se trata de equivocaciones lingüísticas, aparentemente inocentes, en las que, normalmente se cambia una palabra por otra de similar fonética, pero de muy distinto significado.

Análisis de los olvidos referidos a palabras, nombres propios, frases o hechos que el sujeto no puede recordar y no sabe por qué. En éstos (olvidos) puede estar actuando la resistencia del paciente a hacer consciente un hecho que perturbaría su yo.

Análisis de transferencia, en la que se observa la relación que se establece entre paciente y analista. La transferencia es entendida como un proceso a través del cual, en la relación analítica, se actualizan los deseos inconscientes que en sujeto suscita el evaluador o terapeuta, y que son interpretadas como una repetición de sus primeras relaciones objetales. Puede, por tanto, decirse que la teoría psicoanalítica es una tentativa de hacer comprensibles dos hechos: la transferencia y la resistencia, que surgen de modo singular e inesperado al intentar referir los síntomas patológicos de un neurótico a sus fuentes de la vida del mismo (Kirchner, Torres y Forns, 1998).

El objetivo principal de la evaluación y diagnóstico psicoanalítico se centra en explicar la etiología del comportamiento humano a partir de la descripción de sus estructuras intrapsíquicas y de su funcionamiento. La función del terapeuta es la de mediador entre el sistema consciente y los deseos reprimidos del inconsciente del paciente. Además de la función explicativa, también se pretende predecir futuras conductas o del curso del trastorno, todo ello a partir de una particular dinámica psíquica.

6.2 Teoría conductista.

La teoría conductista, considerada en su globalidad, es una teoría compleja que ha sufrido a lo largo de su historia sucesivos cambios conceptuales, sin cuyo conocimiento se hace difícil comprender los diversos modelos evaluativos derivados de ella. Surge con el análisis experimental de la conducta y su objetivo prioritario era aplicar a la evaluación psicológica los avances teóricos-prácticos que se lograban en el laboratorio en cuanto al análisis y control de la conducta.

El pionero del conductismo fue J. B. Watson. Sus propuestas estaban dirigidas a ubicar a la psicología entre las ciencias de la naturaleza, definiéndola como ciencia objetiva y experimental. Su afán le llevó a negar la validez de la introspección como método de conocimiento de la conducta humana y a evitar conceptos mentalistas (sensación, emoción, idea, imagen, deseo, etc.) sustituyéndolos por una explicación de la conducta en términos de conexiones entre estímulo y respuesta (Ibidem)

La posibilidad de explicar la conducta por principios objetivos vinculados al aprendizaje y a la formación de hábitos fue muy bien aceptada por la comunidad científica. Esto refleja una primera etapa de estudio caracterizado por la experimentación básicamente en animales, por lo cual se le conoce como “conductismo de primera generación” o “conductismo radical”.

Hacia los años 30's, se iniciaron nuevas aproximaciones al estudio del comportamiento englobadas bajo el epígrafe de “conductismo de 2ª”.

Generación o neoconductismo". Su principal característica se halla en la inclusión de las variables intervinientes en el diseño experimental, lo que propició la ruptura con el ateoricismo ingenuo de Watson.

Los trabajos de Tolman, Guthrie, Hull y Skinner se caracterizan por el intento común de elaborar una teoría general de la conducta, aunque entre ellos se aprecian diferencias sustanciales. Los tres primeros autores coinciden en la inclusión de variables intervinientes en el diseño de investigación. En Tolman se evidencia una cierta influencia de las teorías de la Gestalt al pretender elaborar un sistema psicológico que incluyera la complejidad del pensamiento y la motivación humana; es decir, una concepción holística de la conducta. Guthrie, por su parte, formula una única ley básica de aprendizaje basada en el principio de contigüidad entre S-R, paliando el papel del refuerzo como elemento de consolidación del aprendizaje y dando especial relieve al valor del movimiento o actividad. Hull intentó construir una teoría deductiva de la conducta con valor heurístico elaborada en términos fisiológicos, en la que es fundamental la noción de motivación o actividad orientada hacia un objetivo. Hace hincapié en el desarrollo de asociaciones S-R (hábitos), como resultado del refuerzo, y en el aprendizaje instrumental (las respuestas aprendidas son medios o instrumentos para conseguir una situación agradable) (Id.)

Si bien su teoría ha tenido amplias repercusiones en el ámbito de la psicología de la personalidad y en el de la psicología social, en su aplicación fue un fracaso, ya que la finalidad del sistema comprensivo de la conducta no fue alcanzada.

Skinner siguió los pasos del conductismo radical y se mantuvo fiel a una explicación de la conducta humana en términos netamente conductuales, rehuendo incluso explicaciones fisiológicas. Ha representado la defensa de un empirismo radical de tipo descriptivo-funcional. Su principal aportación la constituye el *condicionamiento operante* que vincula la respuesta del sujeto a la ocurrencia del *refuerzo*. La conducta se configura por las presiones ambientales que actúan como reforzadores positivos o negativos y puede ser mantenida y controlada mediante la manipulación de sus consecuencias (Id.)

Hacia la década de los cincuenta, se produce una situación de crisis dentro del conductismo, que dio lugar a multiplicidad de propuestas, entre las que destacan variables cognitivas. También ha propiciado un diseño unificador de explicación de la conducta, como el conductismo paradigmático. Estos nuevos enfoques son conocidos como "Conductismo de tercera generación".

La revolución conductista llevó consigo una concepción distinta respecto de las alteraciones y del aparato diagnóstico: propuso un nuevo modo de pensar como un nuevo modo de hacer que defendía la conducta individual desde y para el individuo.

En el conductismo se acepta únicamente como núcleo de análisis la conducta directamente observable. Desde la perspectiva Skinneriana, la más representativa de esta postura, la hipótesis conductista se resume en lo que el sujeto observa y dice es siempre del mundo real y físico; por ello la conducta sólo puede ser un efecto ulterior producido por las variables ambientales (Id.)

A nivel conceptual, la evaluación conductual se caracteriza por el énfasis otorgado al ambiente externo como elicitador de la conducta y por el rechazo de toda variable intrapsíquica. Los pensamientos, en efecto, existen; pero se rigen por las mismas leyes que las restantes conductas; no son entidades autónomas ni causales.

El objeto sobre el que recae el análisis psicológico es la conducta manifiesta del sujeto considerada de forma idiográfica y supuestamente elicitada por las situaciones. La precisión en la medida, tanto de esta conducta como de las situaciones que la elicitan, requiere que éstas sean definidas operacionalmente, a fin de que la identificación de la relación funcional entre ambas tenga un valor objetivo. Evaluar equivale a establecer relaciones funcionales en términos de leyes de aprendizaje, de modo que pueda determinarse en que medida los cambios en la variable situación (variable independiente) provoca cambios en la conducta del sujeto (variable dependiente), dado que se acepta que la conducta está en función de la situación.

La conducta es entendida como una muestra representativa del repertorio conductual que cada sujeto posee; es decir, la conducta de un sujeto concreto que se observa en una determinada situación se interpretará como lo que suele hacer habitualmente en situaciones similares. La conducta debe ser captada y explicada en sí misma, sin recurrir a constructos hipotéticos de los que pudiera ser el signo. La única explicación posible se efectúa en términos de leyes de aprendizaje. Todas las variables intrapsíquicas o todo aquello proveniente del organismo que no pueda ser expresado en actos o movimientos medibles queda fuera de estudio y, por lo tanto, fuera del alcance psicodiagnóstico psicológico.

Los clínicos conductuales describen a la evaluación conductual como la que utiliza menos supuestos inferenciales y que permanece, en cambio, más próxima a los datos observables. En lugar de preguntar por qué la gente se comporta así, buscan describir qué, cuándo, cómo y bajo qué circunstancias actúan sin preocuparse de constructos disposicionales, ya sean rasgos o aspectos dinámicos de la personalidad, que son considerados inexistentes o, al menos, de escasa utilidad para predecir y modificar la conducta; recogen datos de utilidad inmediata para planificar y observar el proceso de tratamiento (Avila y Rodríguez, 1987).

La evaluación conductual ha surgido como un modelo que ayuda a los clínicos a formular y evaluar planes específicos de intervención para sus

pacientes, aunque en un principio se le concedía poca atención. Es un método orientado específicamente hacia la situación, se examinan cuidadosamente las variaciones específicas que ocurren en las condiciones ambientales con el fin de determinar su influencia en el funcionamiento del paciente. Tiene como fin establecer una estrategia precisa y eficaz para ayudar al paciente a modificar su ambiente en forma que le permita comportarse de manera más eficiente y se puede llevar a cabo de muchas maneras, por ejemplo entrevistando a los pacientes e interrogándoles acerca de los detalles específicos de su vida cotidiana, o bien, observándolos directamente mientras interactúan con sus amigos, sus familiares y compañeros de trabajo, definiendo, para tal caso, las conductas objetivo con el fin de ser observadas, medidas y reconocidas (Kendall, 1988).

El conductismo ha dado lugar también a realizaciones importantes para el diagnóstico en Psicología. De la obra de Skinner se puede deducir un modelo de psicodiagnóstico consistente en el estudio de tres clases de datos: 1) identificación de las conductas claves, o perturbadas; 2) identificación de los factores ambientales que elicitán o refuerzan esas conductas claves; 3) identificación de los factores ambientales pueden ser manipulados para obtener una modificación de la conducta en el sentido pertinente.

A pesar de este primer paso de Skinner, hasta los años sesenta los psicólogos conductistas no elaboran un modelo amplio y complejo de diagnóstico y evaluación psicológica y esto sucede, precisamente, cuando el conductismo superó su radicalismo inicial, admitiéndose variables intermedias como sistemas de mediación (Fernández, 2003).

Hersen y Bellack señalan que la perspectiva conductual en relación con la evaluación y el diagnóstico psicológico se dirige hacia tres modalidades diferentes de respuesta: las motoras, las fisiológicas y las cognitivas. Así el modelo conductual con relación al psicodiagnóstico, permite, en toda su amplitud, la evaluación del comportamiento del sujeto, a los necesarios niveles de complejidad, implicando tanto las conductas manifiestas (respuestas motoras), como las internas que pueden ser amplificadas y registradas por medio de instrumentos (respuestas psicofisiológicas), así como también, aquellos comportamientos encubiertos (respuestas cognitivas) y teniendo en cuenta las variables ambientales que elicitán tales comportamientos (Ibidem).

La terapia conductual se puede dar por empezada desde el momento mismo en que se inicia el análisis de la conducta como una función de sus contingencias antecedentes, orgánicas y consecuentes.

La primera aportación relevante del modelo conductual es el planteamiento de un enfoque experimental para el psicodiagnóstico hecho por Shapiro en 1950 y publicado al año siguiente. Shapiro plantea como objeto del psicodiagnóstico la comprobación de la existencia de variaciones significativas

en la conducta de los sujetos (variables dependientes) a causa de la introducción de ciertas manipulaciones (variables intervinientes y experimental) situaciones de control. Señala para llevarlo a cabo tres fases: la descripción, la explicación y la verificación de hipótesis, y formula cuatro normas cuya vigencia es clara: 1) utilizar métodos que ya han demostrado su validez; 2) usar métodos de observación estandarizados; 3) utilizar medidas precisas que permitan estimar el error y 4) probar científicamente las conclusiones, utilizando los principios normales de inferencia experimental (Avila y Rodríguez, 1987).

Hebb (1960) señala la importancia de estudiar las variables "O" (respuestas encubiertas) con el mismo rigor con el que se estudian los estímulos (S) y las respuestas (R).

El diagnóstico funcional queda definido como "un método observacional que intenta un registro empírico de los rasgos de conducta" y como "un intento de ordenar las conductas que se presentan al clínico con vistas a la posible asignación de un tratamiento" (Ibidem)

Metodología

Los dos métodos fundamentales del conductismo son la observación y la experimentación.

La observación, dentro del análisis funcional de la conducta, tienen como objetivo obtener y cuantificar datos como primer paso hacia la identificación de los elementos o condiciones que elicitán o mantienen una conducta. Tiene como característica el rigor y la meticulosidad, heredada de su condición experimentalista de laboratorio (Kiechner, Torres y Forns, 1998)

La experimentación se centra en la comprobación de los efectos que produce en la conducta del sujeto la manipulación de las variables situacionales-ambientales identificadas. A partir de esta manipulación experimental se determinará la magnitud de la relación entre E-R, que podrá ser interpretada en un sentido causal, al que se le concede mayor fuerza explicativa que a las relaciones de concomitancia que ofrecen los métodos correlacionales. A partir de esta premisa el cambio de conducta puede lograrse mediante la dispensa de refuerzos positivos, la dispensa de refuerzos negativos o el no reforzamiento de la conducta (Ibidem)

Mientras la observación aporta datos para poder establecer líneas base de comportamiento, es decir, se inscribe más en la fase de evaluación, la experimentación con su control y manipulación de variables se inscribe en la fase de modificación o terapia.

La metodología de análisis requerirá la identificación de la conducta problema, a la vez que la de sus antecedentes y consecuentes; así como la

determinación de sus elementos distintivos en términos de frecuencia, intensidad, duración, etc., en relación a contextos o personas.

Técnicas.

A partir de la observación rigurosa de la conducta se han elaborado varias técnicas fundamentales para hacerla operativa. De hecho la observación puede adoptar varias modalidades según una serie de parámetros o ejes de referencia. Por ejemplo, el lugar donde se realiza, cuando se realiza y como se hace la observación.

Entre las técnicas de recolección de datos destacan:

- Registros narrativos en los que el observador toma nota puntual de lo que va observando, como si se tratara de una narración.
- Escalas de apreciación, taxonomizan las actividades de un sujeto en base, generalmente, a unas categorías previas y pretenden determinar si una descripción concreta es aplicable al sujeto. El evaluador registrará las conductas que se dan en un momento dado a lo largo del tiempo de observación.
- Códigos de conducta que consisten en listados de conductas específicas y las relaciones entre éstas y otras circunstancias ambientales. Una variante la constituyen las *matrices de interacciones* conductuales entre sujetos.
- Auto registros, se centran en la auto observación de las conductas del sujeto, y son cuadros de doble entrada de los que el sujeto deberá anotar durante varios días a intervalos regulares, varios parámetros de comportamientos (como el momento en que aparece la conducta problema, intensidad, variables ambientales concomitantes, tipo de reforzamiento que recibe la conducta, etc.) un análisis posterior permitirá observar las situaciones de alto riesgo de aparición de la conducta problema, los diferentes grados de intensidad en que aparece y su unión funcional con determinadas variables ambientales.
- Escalas, inventarios o cuestionarios. Estas técnicas son numerosas, ya que sólo se centran en conductas específicas y concretas. Así, existen escalas para evaluar la onicofagia, tics específicos, miedo a hablar en público, miedo a subir a los aviones, a los ascensores, a los metros u otros medios de transporte, escalas para evaluar la hiperactividad, el nivel de alcoholismo, asertiva, escalas de refuerzos específicos, tendencia al juego patológico, trastornos alimentarios, entre otros. En cuanto a su estructura, estas escalas se componen unos cuantos ítems que exploran conductas muy concretas, que son evaluados en una escala de puntos (del 1 al 5) y el sujeto debe señalar el grado, la intensidad y/o frecuencia en que aparece dicha conducta.

El conductismo también ha importado instrumentos de laboratorio para sus objetivos fundamentales. En su afán de que la recogida de datos sea lo más

exacta posible, se han ideado aparatos como los podómetros, que permiten evaluar cuánto se ha movido un sujeto a lo largo de un determinado lapso de tiempo. Estos aparatos se utilizan en terapias aplicadas a varias alteraciones como en tratamientos para la obesidad o en los casos de niños con déficit de atención con hiperactividad. También existen los test de ejecución continua, que permiten obtener el nivel de asertividad y grado de impulsividad. O los “pipí-stop”, que determinan el momento exacto en que un niño enurético se orina en la cama. Todos estos instrumentos son técnicas de observación por medio de elementos mecánicos.

Sin embargo, la técnica más importante en todo el proceso de evaluación psicológica es la entrevista, que “desde esta perspectiva conceptual adopta la modalidad de altamente estructurada. El objetivo principal es recabar datos acerca del pasado y del presente del sujeto, para establecer probables nexos funcionales con la conducta actual. El evaluador va formula preguntas concretas al evaluado, que le dejan poco margen para expresar sus problemas a su manera, y que lo obligan a definir sus conductas en términos de frecuencia, intensidad, duración, situación, etc.” (Id.)

La entrevista es un método de observación dado que el sujeto debe basarse en la auto observación de sus conductas para dar sus respuestas al nivel de precisión exigido.

Resumiendo, el proceso de evaluación desde la perspectiva conductual y el diagnóstico tienen varios momentos relevantes:

- 1) Identificación de las variables que controlan la conducta alterada o variables Independientes;
- 2) Identificación y delimitación de la conducta (s) problemas;
- 3) Identificación de las consecuencias estas conductas, refuerzos que recibe y tipo de refuerzos sustitutos;
- 4) Evaluación del cambio operado tras la manipulación de la variable independiente;
- 5) Evaluación del mantenimiento del cambio, al cabo de un lapso de tiempo variable;
- 6) Evaluación de la aparición de conductas sustitutas.

Los objetivos que persigue este modelo son la predicción y el control de la conducta, esto lleva a asumir que la conducta está determinada.

El análisis de la conducta se vincula estrechamente al tratamiento y su único objetivo es facilitar la modificación de la conducta. El cambio en la conducta será detectado, asimismo, por la variación en la ocurrencia o magnitud del fenómeno estudiado en relación al estado u ocurrencia inicial (línea base).

Así, la evaluación tiene dos fases en este modelo: 1) El pre-tratamiento, en el que se establece la línea base y las relaciones funcionales de la conducta con las variables que la elicitán o la mantienen y 2) El post-tratamiento en el que se valora la efectividad de la intervención.

Inicialmente, la aplicación del modelo fue en el laboratorio, posteriormente se fue extendiendo y actualmente se aplica en situaciones educativas, clínicas, deportivas, entre otras.

Sin embargo, el campo que domina es el educativo, por su interés y eficacia en el diseño de tratamientos propuestos por este modelo. Otro campo hace referencia a las relaciones interpersonales. Cabe resaltar el importante uso y extensión que tienen las técnicas de refuerzo. En el ámbito clínico, los presupuestos de este modelo han adquirido una gran resonancia en el tratamiento de alteraciones conductuales de muy variada índole, como disfunciones sexuales, fóbicas específicas; para extenderse paulatinamente a otros problemas como enuresis, onicofagia, trastornos del sueño y a múltiples hábitos de dependencia como el tabaquismo, alcoholismo, drogadicción, juego patológico.

Se consideró que el modelo conductual respondía a una concepción mecanicista de la conducta, cabe afirmar que obtuvo buenos resultados en relación a la acción terapéutica. "Si se controlan rígidamente las diferentes variables que inciden en la conducta y se planifica meticulosamente el diseño de intervención, es posible el cambio conductual a corto plazo" (Id.)

Conductismo mediacional

Otro enfoque dentro del conductismo es el mediacional, que pone atención a los elementos relacionales existentes entre S-R. Las variables del ambiente siguen teniendo un peso importante en la determinación de la conducta, pero su influencia queda mediatizada por toda una serie de factores intermedios que deben ser debidamente estudiados y analizados para explicarla. En este sentido, la formulación teórica sería $E \rightarrow (R-E) \rightarrow R$. Estos procesos centrales, que pueden ser descritos como estímulos encubiertos, respuestas encubiertas o consecuencias encubiertas le confieren a la conducta una complejidad que obviaba el conductismo radical y que permite explicar aprendizajes más elaborados.

El origen de los modelos de impacto mediatizado debe vincularse a Hull, Tolman y Guthrie. Hull se preguntaba en qué medida el objetivo de logro podía causar la conducta. Consideró el hecho de haber logrado el objetivo una vez, podía actuar como estímulo anticipatorio de éxito en una situación posterior parecida. La conducta no estaba únicamente vinculada a la situación concreta, sino que podía darse una cadena asociativa que determinara la respuesta actual y que se remontará a situaciones previas. Esto conduciría a aceptar que

se podían internalizar cadenas de estímulos, con lo que la conducta sería independiente de variables externas. Este concepto fue acuñado con el nombre de variable interviniente; tales variables no tenían existencia como entidades, sino que eran inferidas de las conductas observadas. Tolman, asumió el concepto de variables intervinientes, aunque le confirió un sentido menos estricto sin reducirlo a simples elementos relacionales. La base de la conducta incluía los principios de motivación, juego y experiencias estéticas, así como necesidades de orden biológico. Defendió la existencia de “mapas cognitivos” como representaciones mentales que explicaban las habilidades espaciales tanto de los animales como del hombre (Id.).

Dentro de la evaluación psicológica destacan varios autores como Wolpe, Eysenck, Bandura y Rotter. “Si bien provienen de campos teóricos y empíricos diferentes, comparten el objetivo común de explicar la conducta en base a variables intermediarias, o constructos hipotéticos, capaces de ser sometidos a modificación mediante las técnicas adecuadas” (Id.).

Es destacable la importancia de la aproximación de Bandura y su formulación de la Teoría del Aprendizaje Social cuya suposición básica es que la conducta se ve influida por el aprendizaje que se lleva a cabo en un contexto social.

Bandura considera el funcionamiento personal eficiente como el producto de interacciones recíprocas continuas entre 1) las experiencias de aprendizaje que proporciona el medio social; 2) los procesos cognoscitivos a través de los cuales la persona comprende esas experiencias y planea sus reacciones a los mismos y 3) los comportamientos a los cuales recurre la persona para hacer frente al medio y también para alterarlo. Los tres factores de la vida social, medio, conocimiento y comportamiento, deben tener en cuenta en una descripción completa del funcionamiento humano (Kenndall, 1988)

Por lo tanto, las diferencias conductuales entre los individuos se atribuyen en gran parte a la historia única de aprendizaje de cada individuo en relación con las personas y situaciones específicas a las que estuvo sometida y no a la enfermedad mental o a la salud mental. Los antecedentes culturales o subculturales de cada individuo se consideran como parte de su historia exclusiva de aprendizaje y desempeñan un papel significativo tanto en la aparición de conductas normales como problemáticas (Rimm y Masters, 1980).

Bandura defiende la noción de refuerzo y la alternativa es la de aprendizaje por observación de modelo o modelado. Es decir, una persona aprende las conductas observando e imitando a otras. Una idea que prioriza es la de refuerzo vicario o indirecto, es decir, para que en un sujeto se instaure una conducta no es indispensable el refuerzo directo; este refuerzo puede dispensarse al modelo al cual el sujeto quiere emular. Si el refuerzo vicario es positivo, la conducta será ejecutada; si el refuerzo vicario es aversivo, el sujeto la aprenderá, pero no la ejecutará (Kirchner, Torres y Forns, 1998).

Con respecto a lo anterior, Bandura pone de relieve que el refuerzo vicario no sólo condiciona la conducta, sino que también tiene reacciones emocionales. “Es lo que denomina condicionamiento vicariante: los sujetos quedan afectados emocionalmente por lo que les sucede a sus modelos.

Toda teoría que acepte el aprendizaje por observación, modelado o imitación, requiere la aceptación de la representación interna de las acciones, que puede ser disociada de su producción actual. Tal representación puede tener un carácter de imagen (analógica) o de tipo verbal (simbólica).

Al hablar de aprendizaje, Bandura hace una importante distinción: por un lado, está el aprendizaje en sí, es decir, la adquisición o internalización de una serie de conocimientos, y por otro, está la ejecución de este aprendizaje. Para que un sujeto internalice una conducta, es necesario que preste atención y sea capaz de codificar y almacenar o memorizar la secuencia conductual del modelo. Para ejecutar la conducta observada, ha de ser capaz de reproducirla a nivel motórico, y a la vez, estar motivado para hacerlo.

En la evaluación clínica del aprendizaje social las conductas no se perciben como síntomas de algún proceso intrapsíquico, supone que los mismos principios de aprendizaje determinan tanto la conducta problemática como la no problemática y que, por lo tanto, la evaluación clínica se debe planear con el fin de determinar cómo el cliente aprendió sus actuales dificultades y cómo está siendo mantenidas para así preparar un aprendizaje nuevo, más adaptativo e individualizado. Es por eso que Bandura manifiesta que los individuos pueden aprender observando un modelo y que no tienen que participar necesariamente para que se verifique este aprendizaje, a lo que llamó aprendizaje vicario o aprendizaje por modelo (Avila y Rodríguez, 1987).

Una aportación esencial de la teoría del aprendizaje social es la referente a la introducción de la variable cognitiva como filtradora del impacto directo del ambiente sobre la conducta.

Wolpe (1950) es considerado autor pionero en la extinción de las fobias que conceptualiza como conductas neuróticas aprendida. Asume que la ansiedad es una respuesta aprendida por condicionamiento clásico y que produce conductas neuróticas y desadaptativas cuya finalidad es evitar la propia angustia. A partir del presupuesto de inhibición recíproca, postuló que todo elemento que pudiera actuar con efectos no-ansiosos, podía ser útil como tratamiento contra la ansiedad. Este elemento no-ansioso podía ser condicionado al mismo estímulo que origina ansiedad con el objetivo de crear un contracondicionamiento. Al método terapéutico derivado de estos presupuestos teóricos le denominó desensibilización sistemática, y en síntesis, lo que pretende eliminar la ansiedad causada por un determinado objeto fóbico mediante la imaginación o vivencia de estímulos gradualmente ansiosos en situaciones de relajación muscular. Este estado de intensa relajación inhibe, o

contracondiciona, la respuesta de ansiedad, rompiendo la cadena asociativa entre estímulo fóbico y respuesta fóbica .

Eysenck centró sus trabajos en el estudio de la fisiología cerebral y en el análisis de la conducta. Su obra se caracteriza por una gran precisión en la identificación y medida de las variables que intervienen en la conducta humana. “la explicación de la conducta debe ser tributaria de diversos factores – cognoscitivos, conativos, temperamentales y constitucionales- cuya interacción funcional da lugar a diversos patrones conductuales. Sus constructos de personalidad (extraversión, neuroticismo y psicoticismo) están relacionados con variables del sistema nervioso central y, por tanto está constitucionalmente determinados.

Por último, Rotter (1950) piensa que el refuerzo es importante en la determinación de la conducta. A este respecto, pone especial énfasis en la representación que del mismo efectúa el sujeto en base a la experiencia pasada. Los individuos crean expectativas sobre la sucesión de los hechos, de modo que la conducta misma está determinada y restringida por las expectativas de éxito o de fracaso. La significación concedida a las consecuencias de la conducta es lo que toma valor de refuerzo.

Metodología:

El método básico empleado por los investigadores adscritos a este modelo sigue siendo el experimental, con el objetivo explícito de predecir, instaurar y controlar (modificar) la conducta a partir de la manipulación de las variables independientes. Sin embargo, en este modelo lo importante son las variables de análisis a aspectos cognitivo-emocionales, lo que promueve técnicas de auto informes verbales, como medio de acceder al conocimiento de las expectativas y el valor del refuerzo.

Técnicas.

- El cuestionario de Locus de control (Lugar de control). Este concepto fue creado por Rotter, y se refiere al tipo de percepción cognitiva que tiene el sujeto de las causas que han provocado las consecuencias de su conducta, y va en dirección a dos polos: el lugar de control externo, que indica una atribución de la responsabilidad de los acontecimientos a fuerzas externas; y el polo contrario o lugar de control interno, supone atribuir los resultados de las propias acciones a causas personales.

Este cuestionario, en su forma original, se compone de 29 ítems cada uno de ellos con dos alternativas de respuesta; una marca la tendencia a la internalidad y la otra a la externalidad. El sujeto evaluado deberá efectuar una elección y señalar aquella alternativa más representativa de sus creencias. Es evidente que el ítem A va referido a una postura externalizadora mientras que el B es internalizador.

Técnicas de tratamiento.

- Técnica de desensibilización sistemática y técnica de relajación se muestran eficaces para la reducción de la ansiedad.
- El condicionamiento operante se aplicará para conseguir la adecuación de la conducta a normas comunitarias.
- Técnicas de Modelamiento y de imitación se utilizará especialmente en contextos educativos y en ámbitos sociales, y tendrá una amplia repercusión en la instauración de determinadas conductas sociales.

6.3 Cognitivo-conductual.

Particularmente con el surgimiento de la orientación clínica cognitivo-conductual, que considera fenómenos tales como: expectativas, significados personales, fantasías, creencias, además de las conductas y emociones observables, hace muy probable que la evaluación tenga mayor importancia entre los clínicos conductuales.

La creencia de que los pensamientos tienen un papel relevante en la conducta humana tiene un origen remoto. En el siglo IV a.C. los estoicos, concretamente Zenón de Citio, abogaba ya por esta idea. Cicerón, Séneca y Epicteto son otros pensadores relevantes cuyas ideas filosóficas se hallan en esta misma línea. También las filosofías orientales, como el budismo y el taoísmo, han enfatizado la importancia de las ideas como determinantes de los sentimientos. Se postula que desde estas posiciones que el control de los sentimientos puede lograrse mediante un cambio en las ideas (Kirchner, Torres y Forns, 1998)

En la actualidad puede considerarse precursores del movimiento cognitivista autores como Adler, para quien el ser humano está predeterminado por el significado que da a sus acontecimientos y experiencias. Sin embargo, su origen se encuentra en los presupuestos del conductismo. Si bien esta corriente puso especial atención a la conducta, que era algo observable, los seguidores de la corriente cognitivo-conductual otorgan importancia vital a los procesos de pensamiento como determinantes de la conducta.

Se considera que los orígenes de la teoría cognitivista se debe a las aportaciones de Chomsky, quien puso de relieve el tratamiento riguroso para la gramática, el determinismo en la existencia de un generador del lenguaje y la existencia de una competencia innata para la adquisición del lenguaje; a las aportaciones de Piaget, quien desde los años veinte no dejó de insistir sobre los efectos interaccionales entre el sujeto y su entorno, y la importancia que

adquiere el pensamiento en la construcción de la realidad. “Estos dos investigadores, en franca oposición con los presupuestos de Skinner, influyeron significativamente en el pensamiento de la época y fomentaron la preocupación, aún dentro del mismo modelo conductual, por la evaluación de los procesos cognitivos, llamados al principio de “procesos encubiertos” (Ibidem).

El modelo cognitivo-conductual acepta como unidad de análisis la cognición y la explicitan mediante la variable “organísmica”, aunque es un punto de conflicto entre los seguidores de esta postura, ya que para algunos autores queda reducida a su condición biológica (aspectos genéticos, fisiológicos, neurológicos, bioquímicos y mecánicos), otros le confieren una mayor amplitud al otorgarle, además de las precedentes, funciones de auto-valoración, de generación de autoinstrucciones, pensamientos y sentimientos (Golfried y Davison, 1974).

Entre los autores ubicados bajo este modelo (cognitivo-conductual) se encuentran Beck, Ellis y Meichenbaum.

Beck es autor de la terapia cognitiva, cuyo objetivo se centra en analizar los patrones de pensamiento erróneos que pueden dar lugar a conductas poco integradas. Su interés primordial se centra en la depresión. Esta terapia se centra en el “aquí y ahora”, en las experiencias internas del sujeto, tales como los pensamientos, deseos o aspiraciones. “Uno de los aspectos más conocidos de su obra hace referencia al análisis del tipo de procesamiento de la información que suelen efectuar los sujetos depresivos. Beck presentan un modelo cognitivo de la depresión basado en tres ejes referenciales:

- 1) La triada cognitiva, que consiste en tres patrones de pensamiento que llevan al sujeto depresivo a considerarse a sí mismo, a sus experiencias y su futuro en forma negativa; se subestima y se critica, cree que el mundo le hace demandas exageradas y que nada va a mejorar en el futuro;
- 2) Los esquemas, que son codificaciones que hacen los sujetos depresivos, que contienen informaciones proposicionales, los acontecimientos previamente experimentados como negativos y los activan cuando viven acontecimientos similares. Atienden selectivamente a estímulos específicos negativos y conceptualizan la situación de forma errónea y sesgada; y
- 3) Los errores cognitivos, desencadenados por los esquemas y pueden ser las inferencias arbitrarias, la sobregeneralización de acontecimientos, las abstracciones selectivas, la personalización, magnificación o minimización de datos (Kirchner, Torres y Fonrs, 1998)

Ellis es autor de la terapia racional emotiva que consiste en identificar los pensamientos irracionales que mantienen la conducta desajustada y en reestructurar este tipo de pensamiento reemplazándolo por principios lógicos. También afirma que la interpretación que se hace de los acontecimientos reales conlleva a un desajuste personal.

Ellis esquematiza su teoría de la siguiente manera: A-B-C, en donde A es un suceso real; B son los pensamientos, creencias o autoverbalizaciones creadas por A; y C es la expresión de emociones y conductas que son consecuentes de A y B.

“Las dificultades emocionales o consecuencia (C) son creadas en buena medida por el sistema de creencias (B) sobre la propia realidad (A). Tales creencias pueden ser racionales o irracionales. Las racionales se traducen en consecuencias emocionales y/o conductas adecuadas; las irracionales, por el contrario, producen sentimientos o conductas inadecuados (Ibidem).

Meichenbaum contribuye a este enfoque, primordialmente, con el desarrollo de la técnica de las auto instrucciones, que consiste en enseñar a los sujetos a instruirse adecuadamente a si mismos acerca de cómo enfrentarse a situaciones problemáticas. Considera que los sujetos pueden hablarse a sí mismos y conseguir conductas adaptadas con la fuerza instruccional de esta conducta verbal, que actúa como modelo cognitivo.

Metodología.

El método fundamental de investigación inherente al modelo es el hipotético-deductivo en su vertiente experimental.

Entre los métodos más utilizados en este enfoque son:

- La entrevista. Para los psicólogos y terapeutas de la conducta la entrevista sigue siendo el instrumento básico en evaluación. Es esencial realizar una entrevista inicial. El terapeuta debe mostrar una actitud cordial durante la entrevista y a lo largo del tratamiento. Principalmente se busca obtener gran cantidad de información induciendo que el paciente verbalice su queja principal, para lo cual se deben plantear las preguntas de tal manera que se obtengan los datos de la conducta problema con respecto de cuando ocurre y que factores la sostienen y determinar la manera en que el paciente responde ante tales eventos. En ocasiones, puede ser de utilidad los dispositivos de evaluación estructurados como el “Inventario Asertivo” de Wolpe-Lazarus; aunque la mayoría de los terapeutas prefieren un enfoque menos estructurado buscando indicaciones de dificultades interpersonales, a partir de la conducta del cliente en la entrevista los cuales en ocasiones revelan situaciones específicas que implican una carencia de asertividad.

- La observación directa de la conducta. Actualmente la evaluación conductual hace uso de la observación en a) ambientes naturales, b) situaciones ideadas, y c) auto informe conductual, según se muestra en cuestionarios y en entrevistas clínicas.

- Auto informes y técnicas de autor registro. En esta técnica el sujeto tiene que hacer un registro de sus conductas y de sus pensamientos, para poder cambiarlos o modificarlos.

- Pensamiento en voz alta. Como su nombre lo dice, el sujeto tiene que decir lo que piensa en voz alta; posteriormente se hace un análisis de contenido de las verbalizaciones del sujeto realizadas durante y después de la ejecución de la tarea.
- Técnica de producción en la que el sujeto, en forma escrita, anota sus pensamientos. El sujeto debe registrar la situación o acontecimiento que desencadena una emoción desagradable, que emoción elicitó y la intensidad de esta emoción; también tiene que anotar los pensamientos que preceden a la emoción, la respuesta racional que podría dar el sujeto a los pensamientos irracionales que puedan surgir, el resultado que obtendría y finalmente deberá el sujeto recalificar sus emociones al respecto.
- Técnica de muestreo cognitivo, en la que el sujeto explica sus pensamientos cuando reciben una señal para ello
- Técnica de ratificación, que evalúa las cogniciones a través de la respuesta acerca de la existencia o no de determinados pensamientos a unas determinadas preguntas (cuestionarios estructurados).

Aplicación

El ámbito de aplicación del modelo cognitivo-conductual es el clínico, y su objetivo fundamental es el cambio de determinadas conductas a partir del cambio de pensamiento. El modelo ha sido efectivo en terapia individual como grupal y se aplica para lograr deshabitaciones de drogas, como el tabaco, el alcohol, u otro tipo de sustancias que crean dependencia.

El tratamiento cognitivo-conductual consiste en concienciar al sujeto de tales errores, ayudándole a desafiarlos y a corregir el “re-etiquetaje” adecuado de los acontecimientos.

La terapia cognitiva tiene repercusión en el ámbito de las relaciones de pareja. Beck piensa que las distorsiones de pensamiento, especialmente la tendencia del sujeto a centrarse en los aspectos negativos de cualquier experiencia, están en la base de muchos malentendidos que afectan las relaciones duales. A menudo, se dan entre las parejas errores de interpretación de mensajes que, a la larga, derivan en serios problemas de comunicación interpersonal y, por lo tanto, conducen a frustraciones que acaban con la relación. “La terapia cognitiva de pareja tendrá como objetivo ayudar a cada uno de sus miembros a clarificar su propio pensamiento y a perfeccionar su capacidad comunicativa-interpretativa”, ya que, según Beck, “las acciones de las personas sólo representan hechos que interpretan” (Id.)

La terapia racional emotiva de Ellis consiste en incidir en B (creencias y pensamientos), es decir, cambiar el tipo de pensamiento irracional por otro más

adaptado, ya que se nace con la capacidad de construir y reconstruir ideas. Lo que se pretende lograr es que la persona piense, sienta y actúe de forma diferente.

El tratamiento se basa fundamentalmente en el debate o discusión con el cliente acerca de sus pensamientos irracionales de modo que la ruptura de tales pensamientos tenga efectos positivos en el dominio cognitivo (modificación de creencias), en el orden emocional (cambio hacia sentimiento adecuados) o en el conductual (cambio hacia conductas adecuadas)

En cuanto a la intervención terapéutica, dentro de esta corriente se encuentra un método de psicoterapia llamada racional-emotiva, desarrollado por Albert Ellis, en donde la premisa fundamental de este método es que se puede ayudar a los pacientes para que lleven una vida más satisfactoria enseñándoles a organizar y a disciplinar su mente, o dicho de otra manera, enseñándoles a pensar racionalmente. Esta psicoterapia se basa en el principio de que pensamiento y emoción no son dos procesos totalmente diferentes, sino que se sobreponen muy notablemente en muchos aspectos y que, por lo tanto, las emociones desordenadas pueden con frecuencia (aunque no siempre) mejorarse, cambiando el mismo modo de pensar. La meta central de la terapia está en ayudar al paciente a comprender que básicamente sus dificultades son el resultado de pensamientos y expectativas defectuosas, y luego lograr que el paciente piense racionalmente (Meichenbaum, 1997).

6.4 Teoría existencial.

La importancia y peculiaridades del modelo fenomenológico, humanista en la existencia dentro de la Evaluación Clínica no han sido suficientemente resaltadas, debido, quizás, a su menor difusión y a que no ha generado técnicas de evaluación que sean bien conocidas en el ámbito clínico. La influencia de la fenomenología Husserliana y del existencialismo europeo determinan una concepción de la persona como única, cuya conducta está esencialmente determinada por aquella percepción del mundo que tenga el individuo (Avila y Rodríguez, 1987).

La fenomenología es un movimiento cultural amplio que se caracteriza por centrar su objetivo en el estudio de la experiencia subjetiva del individuo y del significado que éste atribuye a los eventos de la realidad. El método fenomenológico puro consiste en reconsiderar todos los contenidos de conciencia, y llevado a sus últimas consecuencias, supone un positivismo absoluto ya que plantea la máxima apertura de la conciencia en tanto conciencia intencional. Desde este enfoque se considera que cada sujeto tiene una perspectiva diferente de la realidad, la cual puede ser cambiante en base a factores diversos.

La perspectiva humanista tuvo en Carl Rogers a uno de sus principales representantes. Es fundamentalmente un teórico del YO, su planteamiento muestra su gran interés por los fenómenos de la experiencia individual; también supone que las personas poseen una motivación o tendencia innata hacia el crecimiento, a la que denomina autorrealización. Rogers plantea que el comportamiento humano se asienta en las experiencias subjetivas del individuo y éstas determinan sus juicios y conductas: “todas las experiencias de una persona, inclusive las experiencias de “sí- mismo”, se someten a una evaluación y se valoran como positivas; esta valoración depende de qué tan consistentes o inconsistentes son las experiencias con la tendencia de autorrealización. Las evaluaciones se realizan parcialmente en base a los sentimientos directos u organísmicos (tales como cuando un niño evalúa el sabor de un dulce como positivo), y parcialmente en base a los juicios realizados por otras personas. Sin embargo, las personas valoran demasiado la estimación que obtienen de otras personas que a menudo buscan lograrla aún cuando requiera pensar y actuar en una forma inconsistente o incongruente con la experiencia organísmica y el motivo de la autorrealización. Esta tendencia se fomenta a través de lo que Rogers denomina las condiciones de valor” (Ibidem).

Rogers obtiene cierta influencia de la *Psicología individual* de A. Adler y de O. Rank, especialmente por el énfasis al valor de las percepciones subjetivas y por concebir al hombre como un ser con un potencial positivo de crecimiento y con una innata capacidad creativa que el impulsa a la autorrealización y mejora. También de las *filosofías existencialistas*, lideradas por Heidegger, Husserl, Kierkegaard, Sartre o Camus comparten lazos comunes con la fenomenología rogeriana. El existencialismo acentuó el valor del momento presente y el absurdo de la vida, si ésta no se enfoca como aceptación del momento actual. Los principios más relevantes acuñados a partir del existencialismo son: el énfasis en la conciencia que el hombre tiene de sí mismo, el reconocimiento de la autocapacidad de elección, la aceptación de que el hombre es un ser en constante evolución y fuerza vital suficiente para trascender el mundo físico. Otra influencia se encuentra en la Teoría de la Gestalt, la cual se centra en tres principios: el *holismo*, que apela a la interpretación de la personalidad como una globalidad; el *optimismo moral*, que se refiere a que el hombre es moralmente bueno si no se impide su desarrollo; y el *antipositivismo*, que consiste en rechazar que la única fuente de datos (y de realidad) sea la que procede de lo observable. Rogers participa en este movimiento gestaltista al concebir al hombre como un ser holístico, activo perceptivamente, en el que pensamientos, sentimientos, acciones, percepciones, y procesos biológicos se interrelacionan de forma inseparable e interactúan con el mundo que le rodea (Kirchner, Torres y Forns, 1998)

Estos elementos filosóficos y literarios centró la atención psicológica sobre la realidad de la existencia humana e interpretó la “crisis vital personal” como fuerza de búsqueda y motor de la evolución personal.

Todas estas influencias y su experiencia vital es lo que hace que Rogers desarrolle su teoría de personalidad que sustenta su método terapéutico. Su

teoría de personalidad propuesta es amplia, debido a que intentó abarcar de modo holístico a la persona y dar una explicación coherente de su comportamiento.

Las concepciones personológicas vigentes a finales de los años treinta (Murray, Allport) habían desarrollado una propuesta de cómo podía hacerse el abordaje al ser humano total, del que se derivaron implicaciones para las prácticas psicodiagnósticas (Avila y Rodríguez 1987)

Aún así, no se haría el intento de formular un diagnóstico, de clasificar a la persona o sus problemas en algún sentido. El interés se centraría en las actitudes, sentimientos, emociones y conductas específicas. El diagnóstico se consideraría importante sólo para el reconocimiento de posibles condiciones orgánicas (neurológicas o fisiológicas).

Rogers al principio de su vida profesional se oponía decididamente a que se hiciera una evaluación del cliente en forma de diagnóstico formal, excepto en el caso en que este diagnóstico se fuera a utilizar para fines de investigación. Por lo que el diagnóstico, para él, no solamente es innecesario, sino que en cierto sentido es nocivo o imprudente, ya que incrementa el papel de responsabilidad del terapeuta. Otra razón era las implicaciones sociales de control que el terapeuta parecía tener sobre las decisiones del cliente en ciertas áreas importantes de su vida. Desde este punto de vista, el uso directivo o autoritario de pruebas psicológicas es algo definitivamente ajeno a los fundamentos de la terapia que tiene al cliente como centro e interfiere con el desarrollo del propio yo del cliente. Parece también que el tener que dar respuestas a cualquier tipo de prueba puede dar origen a cuestiones de valor y de esta manera interferir con el proceso de actualización (Ibidem).

Sin embargo, la entrevista clínica sigue siendo el instrumento más importante de evaluación. Al respecto Carl. Rogers considera que en la entrevista dentro del enfoque humanista el psicólogo expone su papel no directivo y pone los medios de investigación a disposición del sujeto, por lo cual este habla su problema y encuentra la solución. El psicólogo no efectuará ninguna investigación ni de los antecedentes ni de la personalidad del sujeto, y menos juzgará ni discutirá ninguno de los sentimientos ni las ideas expresadas por el sujeto. Es así como Rogers considera que la terapia es el diagnóstico y ese diagnóstico es un proceso que se desenvuelve en la experiencia del sujeto y no en el intelecto del práctico, por lo que la finalidad del terapeuta es crear las condiciones en las cuales el sujeto puede hacer, experimentar y aceptar el diagnóstico de los aspectos psicológicos de la inadaptación (Nahoum, 1961).

La obra de Abraham Maslow proporciona otra versión del modelo fenomenológico. Maslow acentúa la importancia de la experiencia subjetiva y la percepción única de la realidad que cada persona mantiene tratando de subrayar, el elemento positivo, creativo y único acerca de los seres humanos. Como Rogers, Maslow considera que las personas tienen la capacidad (y necesidad) de lograr la actualización, pero él sugiere que las personas fracasan

en obtener su potencial humano completo debido a la presencia de las necesidades no cubiertas, y no tanto por las incongruencias entre la autoexperiencia y la experiencia orgánica.

Para Maslow estas necesidades forman una jerarquía que incluye los requisitos fisiológicos básicos, con los que cada persona nace, así como requisitos de un nivel superior como la seguridad, amor, pertenencia, autoestima y, finalmente, la autoactualización (Fernández 2003).

Algunos años después Laing (1967) planteaba desde presupuestos existenciales un acercamiento similar, centrado en la “comprensión individual de cada persona que pide ayuda, en el contexto de un encuentro bilateral intenso”. Fruto de la influencia existencialista hacia la década de los sesentas, aparecen trabajos como los de Jourard, Danna y Leech que empiezan a definir la alternativa existencial. Junto a ello, y derivado de las obras de Rogers se empieza a formular por analogía una evaluación centrada en el cliente.

Finalmente, dentro del enfoque humanista o existencial se consideran como métodos de evaluación más característicos la observación y auto observación; la observación parte de la unión observador-observado, lo que supone una gran implicación personal del evaluador en lo evaluado. La empatía creada a través de las tareas compartidas entre evaluado y evaluador, crean las condiciones para una evaluación centrada en el cliente, es por tal que el proceso psicodiagnóstico no tiene como objeto la producción de etiquetas, descripciones o predicciones. Las técnicas utilizadas con y por los sujetos son elegidas, valoradas e interpretadas por o con los propios sujetos, los cuales derivan su propio crecimiento y aprendizaje de tales actividades. Así, la actividad diagnóstica y la actividad terapéutica quedan imbricadas en una única ejecución.

Metodología:

El método utilizado por Rogers es el *inferencial*, intuitivo, mediante el cual, y a partir de las expresiones verbales y afectivas que efectúan los sujetos, se intenta captar su mundo interno. El “facilitador” debe reconocer, clarificar y aceptar los sentimientos expresados por el cliente, lo cual conduce a que éste se acepte a si mismo, pueda pensar sobre sí mismo en términos positivos y adopte acciones positivas. Sólo a través de la *comprensión empática y de la aceptación incondicional* puede ponerse el terapeuta-evaluador en el lugar del cliente y alcanzar cierta visión de su conducta y sus móviles. Rogers aclara que el propiciar un clima favorable al cambio es con la aceptación, el cariño o aprecio hacia el cliente; esto aumenta la posibilidad de que el movimiento o cambio terapéutico tenga lugar (Kirchner, Torres y Forns, 1998).

Técnicas:

La técnica primordial para lograr un cambio en el sujeto es la entrevista que, desde esta perspectiva fenomenológica, adopta la modalidad de ser

totalmente libre o no estructurada. Será el propio sujeto quien decida qué, cuando y cómo hablar de sus problemáticas. El evaluador-terapeuta escucha, reacciona a los sentimientos expresados, los acepta, muestra atención, y trata de verbalizarlos de nuevo a fin de que el cliente experimente la retroalimentación o el impacto de sus propias expresiones, de modo que inicie un proceso de introspección que le conduzca al cambio. A esta forma no directiva de actuar se la ha denominado *técnica del espejo o del reflejo*, y también *técnica de la clarificación de sentimientos y actitudes* y fue propuesta en su libro *Counselin y Psicoterapia* (1942) (Ibidem)

Además de esta reacción y aceptación de sentimientos del cliente, Rogers concedió gran valor terapéutico a la actitud de confianza en las propias capacidades del cliente para hacer frente a sus dificultades. Esta actitud de confianza supone que el facilitador trata de captar el problema del cliente desde el cuadro de referencia y la realidad que se produce .

En suma, los elementos potenciadores del cambio psicológico son tres: la empatía, la autenticidad y el respeto sin condiciones. Y la relación que potencia el cambio toma en consideración el presente existencial del cliente y su mundo emocional

El grupo, en la teoría de Rogers alcanza un alto valor como potenciador del cambio. La eficacia clínica de los “grupos de encuentro” se debe a que el grupo multiplica los efectos facilitadores antes mencionados. Ello se consigue, en la medida en que se obtiene respeto, autenticidad y empatía de muchas personas, se permite la práctica de las relaciones sociales y de la creación de relaciones emocionales sociales positivas en un clima de total respeto y aceptación, se experimenta la capacidad personal de ayuda a otros y se vivencia el contraste del propio problema con el de los demás .

Rogers fue uno de los investigadores pioneros en la utilización de sistemas audiovisuales para grabar las sesiones terapéuticas con los clientes; dichos métodos eran considerados, hasta entonces, como invasores de la privacidad del sujeto y se creía que podían afectar la espontaneidad de sus verbalizaciones. Con tales registros, Rogers pretendía analizar la conducta verbal y lograr un conocimiento empírico de la dinámica de las entrevistas que permitiera identificar los elementos desencadenantes del cambio personal.

La técnica de clasificación Q de Stephenson, consiste en ordenar una serie de tarjetas, que contienen diferentes muestras de conductas, según su frecuencia de aparición en un determinado sujeto. Una de sus características de este tipo de técnica es que las diferentes conductas deben ser clasificadas siguiendo la distribución normal. Rogers y sus colaboradores han utilizado esta técnica para efectuar investigaciones sobre el autoconcepto y verificar las discrepancias entre el yo real y el yo ideal de un determinado individuo. Para analizar los datos obtenidos mediante la técnica Q, pueden utilizarse métodos correlacionales, análisis de varianza o análisis factorial (Id.)

Los *análisis de contenido* son técnicas consistentes en registrar, clasificar y tabular las verbalizaciones del sujeto con la finalidad de contrastar diferentes hipótesis sobre la naturaleza de la personalidad y de su autoconcepto. (Kirchner, 1998. p. 91) Con respecto al autoconcepto, es utilizada para comprobar los cambios que se propician a lo largo de la terapia, es decir, si en un principio el autoconcepto era negativo, después de la terapia se comprueba que cambia a un autoconcepto más positivo.

Las escalas de estimación tratan de captar el proceso de evolución y cambio durante la psicoterapia. Consisten en una serie de proposiciones sobre características personales a las que les otorga una puntuación según el grado de fuerza o debilidad con que aparecen en un determinado sujeto. Con esta técnica se puede evaluar el grado de congruencia entre la experiencia organismica tanto del sujeto como del terapeuta y sus autoconceptos respectivos; o también, la otra finalidad dada por Rogers, la de calibrar la calidad de la relación terapeuta-cliente(Id.).

Otros instrumentos los describen Hill y Corbett (1996): la “Escala de experiencia” trata de evaluar la implicación afectiva en el proceso terapéutico. La “Escala de clasificación de la calidad vocal del cliente”, analiza la implicación afectiva detectada a partir de las tonalidades vocales del cliente. El “Inventario de relaciones” de Barreto-Lennard 1962, 1986) analiza las percepciones que cliente y facilitador tienen acerca de la comprensión, la autenticidad, respeto, etc. Puestos en juego en la sesión de ayuda.

La teoría de Murray, por su naturaleza más interaccional generó una técnica: el T. A. T., que fue la base de numerosos estudios empíricos acerca de la personalidad normal y la motivación. Allport aportó los principios para el estudio de los *documentos personales* de los sujetos, técnica que junto al análisis biográfico constituye una de las bases más coherentes del estudio de lo individual. De las posiciones neo-adlerianas se derivó una nueva metodología: el análisis de los *recuerdos tempranos*, frecuentemente utilizados en las investigaciones que en la última década se llevan a cabo para depurar métodos indirectos de evaluación de la personalidad en los niños. Fruto de la influencia existencialista que va de Europa a los Estados Unidos, hacia la década de los sesenta, cuajan trabajos como los de Jourdard, y Dana y Leench, que empiezan a definir la alternativa existencial. Junto a ello, y derivado de las obras de Rogers, se empieza a formular por analogía una evaluación centrada en el cliente, consistente en un conjunto de proposiciones acerca de cuál sea la práctica psicodiagnóstica idónea al *counseling*. Finalmente, se estructura una aproximación humanista-existencial que hace énfasis en la crítica a los fines de la intervención psicológica, coexistiendo con un cierto eclecticismo metodológico, siempre que se respeten los principios humanistas básicos, cercanos a una formulación ecológica del sujeto (Avila y Rodríguez, 1987).

Cercanas a estos mismos estudios se encuentran las propuestas de las psicoterapeutas gestálticas y las conceptualizaciones diagnósticas que se han hecho en el Análisis Transaccional.

Los métodos de evaluación más característicos son la observación y la auto-observación; la observación parte de la unión observador-observado, lo que supone en ciertas aproximaciones una gran implicación personal del evaluador en lo evaluado. La facilitación y potenciación de la intuición y la empatía a través de las tareas compartidas tanto por el evaluador como por el evaluado crean las condiciones para una evaluación centrada en el cliente. Asimismo, se han diseñado numerosas técnicas a partir de estos y similares presupuestos. Las técnicas de rejilla, los métodos de la percepción interpersonal, varias estrategias de observación y de entrevista específicos, diversos cuestionarios, entre otras. Y no hay mayores resistencias en este enfoque al uso de las técnicas de evaluación más comunes, tanto psicométricas, proyectivas o conductuales, siempre que se respete la filosofía y los procedimientos característicos de este enfoque (Ibidem)

El proceso psicodiagnóstico (en el enfoque humanista) no tiene como objetivo la producción de etiquetas, descripciones o predicciones. Las técnicas utilizadas con y por los sujetos son elegidas, valoradas e interpretadas por o con los propios sujetos, los cuales derivan su propio crecimiento y aprendizaje de tales actividades. Actividad diagnóstica y actividad terapéutica quedan así imbricadas en una única ejecución. Se rompe además con el tradicional rol asimétrico que separa al evaluador del evaluado, en aras de los requisitos psicométricos de la estandarización, que aquí pierden todo su sentido (Id.)

Lo que interesa constatar es la auto-percepción del sujeto y de su ambiente, su capacidad de interacción significativa con el mismo y de auto-cambio en la dirección de atender a las necesidades humanas fundamentales, al margen de las exigencias sociales que son producto de la sociedad tecnológica (Id.).

El objetivo principal de este enfoque es el modificador; si bien, en otros modelos los objetivos o metas a alcanzar con la evaluación son la descripción, clasificación, predicción y explicación y/o modificación de la conducta, para Rogers esto no es importante por las siguientes razones:

- La explicación de la conducta es una meta prácticamente inviable, de hecho, no es posible explicar a otra persona, pues sólo el yo introspectivo es capaz de explicar con validez un mecanismo interno o un sentimiento interno. Lo más que puede hacerse es deducir una explicación fundada en lo que otro ser humano muestra de sí y ayudar a que el propio sujeto analice su conducta en un clima positivo para que aprenda sus bases y su explicación.
- La predicción, es un objetivo inalcanzable, ya que al no poder entrar en el mundo actual del sujeto difícilmente se puede predecir su futuro."Es

posible cierta predicción de la conducta del sujeto dentro del marco de la psicoterapia” (Bernstein y Nietzel, 1980). En efecto, si el paciente va adquiriendo una mayor comprensión de sí mismo, el terapeuta podrá predecir su posterior grado de ajuste.

- La clasificación no interesa al paradigma puesto que se evita explícitamente la comparación intersujetos y la otorgación de entidades nosológicas.

El objetivo modificador logra un mejor ajuste personal y social de los individuos.

Aplicación,

El ámbito de aplicación de la aproximación humanista es el clínico y su objetivo es conseguir un mejor ajuste personal y social de los individuos con problemas personales. Como esta teoría está centrada en el hombre, en una filosofía de la vida, también puede aplicarse a distintas realidades sociales como al ámbito educativo, en base a establecer una mejor relación profesor-alumno.

También en psicología comunitaria ha tenido aplicación la teoría de Rogers, con la finalidad de provocar cambios en áreas comunitarias y en las estructuras sociales a fin de conseguir un óptimo desarrollo de las personas que viven en ellas.

6.5 Teoría de la Gestalt

El existencialismo dio la base filosófica a la terapia Gestalt que consiste en establecer cómo el hombre percibe su experiencia inmediata, el cambio reside en colocar, el experimentar, el vivir, el sentir, en lugar de percibir. Así mismo la terapia Gestalt toma el concepto de que el individuo tiene que hacerse responsable de su propia existencia. Surge a partir de las propuestas de los psicoterapeutas gestálticos, principalmente de los trabajos de Fritz Perls, el cual recibió la influencia y los conocimientos de Sigmund Freud, Wilhem Reich, Kurt Goldstein, Karen Horney, Kurt Levin y de su esposa Laura Perls, cofundadora de la terapia Gestalt. La experiencia que retoma Fritz Perls de Goldstein se refiere a los trabajos que realizó con personas que padecían lesiones cerebrales y fue lo que dio origen a su principio de que “cuando un órgano del ser humano se encuentra dañado o falta, la persona en su totalidad cambia, se modifica y reorganiza en consecuencia de la pérdida” (Castanedo, 1993)

Otras de las raíces de la terapia Gestalt proviene de la filosofía oriental Zen (para los orientales el hombre sabio se guía por lo que siente y no por lo que ve) y de la Fenomenología.

De acuerdo con los principios de la terapia Gestal, “el ser humano vive o siente sus percepciones, necesidades, pensamientos y emociones como procesos en formación y destrucción de Gestalten (configuraciones, formas) en las que se da la polaridad de lo que sobresale en ese momento (figura), y lo que se esconde (fondo). En algunos momentos la figura puede ser el individuo en contacto consigo mismo y el fondo la interrelación entre el individuo y el medio que le rodea, en otras ocasiones la figura puede convertirse en fondo y el fondo en figura” (Kirchner, Torres y Forns, 1998).

A pesar de que en terapia Gestalt no es requisito indispensable establecer un psicodiagnóstico de la personalidad del cliente, la evaluación psicológica gestáltica puede resultar algunas veces de gran utilidad para determinar el progreso que obtiene el paciente en el proceso terapéutico, además de que este psicodiagnóstico también es especialmente útil para efectos de investigación, lo que se lleva a cabo comparando los resultados obtenidos por el cliente con un instrumento de medición antes y después de finalizado el encuentro terapéutico, para de esta manera formular hipótesis acerca de los efectos de la psicoterapia. Para tal fin son con mayor frecuencia empleadas las siguientes pruebas psicológicas: Test de Orientación en las Relaciones Interpersonales Fundamentales de William Schutz; El Cuestionario Gestáltico Homeostático de Ansel Woldt; Las Fases de la Estructura y Textura de la Experiencia Humana de John Enright; El Examen Gestáltico del Contacto Interpersonal de Jon E. Frew; La Escala de Bloqueos a la Creatividad de Sonia y Edwin Nevis y el Cuestionario de Autoanálisis para Terapeutas y Establecimiento de metas de Desarrollo de Edwin Nevis (Castanedo, 1993).

La terapia gestáltica parece estar pensada para situaciones donde el paciente necesita conocer cuales son sus sentimientos y deseos relacionados con sus problemas; sentimientos y deseos más allá del deber ser, más allá del planteamientos éticos o de conveniencia social. Se sobreentiende que, descubierta esta base emocional, el paciente es más libre para decidir aquello que le conviene. El formato supone que los contenidos de la entrevista serán múltiples, siendo necesario descubrir (o centrarse) en uno determinado, tema que, seguramente cambiará en la siguiente. De no cambiar se juzga que el proceso terapéutico se estancó en una reiteración improductiva.

En el formato gestáltico se alternan momentos de discurso del paciente con momentos de elaboración conjunta con el terapeuta. La entrevista es el procedimiento para detectar un mensaje no explícito en su discurso (mensaje no entendido como figura pregnante en el fondo del discurso) que se supone revela el verdadero estado del paciente, lo que en el lenguaje de la Gestalt significa que el cliente fue capaz de identificar un deseo que estaba oculto pero presente. El juego gestáltico, es la fórmula técnica utilizada para la identificación de deseos y necesidades. La entrevista proporciona un cambio cognitivo por la ampliación de la conciencia producto del juego gestáltico; dicha ampliación no sólo provoca el descubrimiento del deseo o necesidad

inconsciente, también sirve para aumentar la vivencia emocional ligada al deseo y para un encuentro con las necesidades propias y del otro.

Identificación cognitiva (encuentro, en el lenguaje de la Gestalt) de los deseos propios y de la otra persona y aberración emocional ligada al cuánto se desean algo, son las tres virtualidades, y por lo tanto, las razones para utilizar el formato gestáltico. La técnica del juego moviliza deseos y afectos, a veces de forma abrumadora, por lo que resulta útil para que las parejas conozcan cuál es la realidad del estado de su relación (Ibidem).

CONTRASTACION

Básicamente, el psicólogo pretende que el paciente supere sus problemas y lleve una vida más satisfactoria. Así es como, dependiendo de los resultados del diagnóstico y de la teoría en la que se baso para realizarlo, encontrará la manera de ayudar al paciente a cambiar para mejorar. Principalmente se consideran las necesidades que manifiesta el paciente durante la valoración psicológica y los resultados obtenidos.

Como ya se ha mencionado a lo largo del trabajo, el primer encuentro con el paciente es importante para observar sus conductas, sus movimientos, forma de vestir; pero una de las técnicas de mayor relevancia, independientemente del enfoque que se utilice para la valoración y diagnóstico del paciente es la entrevista, que es el mejor medio para obtener la información necesaria sobre el paciente, su forma de vida, síntomas, aparición de los mismos, duración, características entre otros. De esta manera se define el enfoque a utilizar, en el encuadre con el paciente y la elección de la terapia a seguir.

Analizando cada uno de los enfoques, primeramente, el psicoanálisis tiene su ámbito de aplicación en el área clínica y tiene por finalidad lograr una mejor adaptación personal del sujeto mediante la toma de conciencia de sus dificultades y de la etiología de las mismas. Ello conduce a una reestructuración de las diferentes fuerzas e instancias intrasíquicas que determinan la mejor formula expresiva de las pulsiones. El diagnóstico psicológico pondrá de relieve el estado de las estructuras internas y de los mecanismos de acción (mecanismos de defensa) prioritariamente usados por el sujeto en su vida de la relación personal.

En comparación con otros, a este enfoque se le ha considerado el tratamiento de elección para un porcentaje de población muy pequeño, sobre todo de los que llegan a los servicios de psicología de instituciones siquiátricas, así que requiere estar lo suficientemente enfermo para necesitarlo y lo suficientemente bien para tolerarlo. La mayoría de los pacientes presentan síntomas o problemas de la vida que se pueden resolver a sus satisfacción con terapias menos intensivas o menos prolongadas que el análisis.

Hay muchos pacientes que llegan a consulta y requieren de fármacos para controlar su sintomatología entre ellas la ansiedad, por lo cual no se recomendaría el psicoanálisis ya que podría agravar ese tipo de malestares.

Para quienes presentan poco apego a la realidad, vulnerabilidad psicológica el propio esfuerzo efectuado durante el psicoanálisis puede producirles desorganización psicológica con peligro de cambios regresivos e incluso psicóticos, explosiones de carácter graves, abandono del tratamiento y pulsiones suicidas. Para estos pacientes, el psicoanálisis sería un enfoque demasiado largo y necesita tratarse por medio de otros enfoque donde se brinde más apoyo, como son aquellos casos de alteraciones de adicción,

problemas sexuales graves. En estos casos se trata de modificar una conducta problema y lo más recomendable es una terapia conductual o cognitivo conductual que es más corta y se enfoca solo a la solución de lo que esta causando el malestar.

De todos los pacientes, son candidatos para el análisis, pacientes con síntomas clásicos de neurosis y neurosis de carácter moderado, de personalidad limítrofe y narcisista y los que experimentan otros trastornos de carácter, los cuales son accesibles al psicoanálisis y capaces de tolerarlo.

Se le han hecho algunas críticas a este enfoque, entre las principales, que es demasiado largo y costoso para mayoría de las personas, además las técnicas y complejidades del psicoanálisis lo hacen útil solo para personas que básicamente están en contacto con la realidad y que tienen la habilidad para conversar y establecer una interacción verbal. Otra crítica que se le hace es que es una buena forma de llegar al origen del problema, pero no necesariamente lo resuelve. Es por ello que se necesita mucha labor clínica para determinar si el paciente es no candidato al psicodiagnóstico en el enfoque psicoanalítico.

Otro enfoque psicodiagnóstico es el existencial, el cual es un criterio psicodinámico que se oriente a la forma que tiene el paciente de experimentar los hechos principales de la vida humana y la reacción a ellos, en especial a la muerte, la libertad, la responsabilidad, el aislamiento y la falta de sentido. El enfoque existencial es la exploración profunda de las sensaciones y de los procesos del pensamiento provenientes de la experiencia interior del paciente. Anima a este a hacerse responsable tanto de sus éxitos como de sus fracasos en la vida y esta indicado en los trastornos somatoformes. En los trastornos de personalidad el criterio existencial es valioso para fomentar la comprensión de los pacientes, de sus sentimientos y de sus necesidades, las relaciones de estos sentimientos y necesidades con su funcionamiento social y ocupacional habitualmente inadaptativo. El criterio psicoterapéutico tiene utilidad en algunos trastornos de personalidad esquizoide, de evitación, histriónica, narcisista, compulsiva, dependientes, pasivo agresivas y limítrofe.

Es evidente que este enfoque no abarca a todos los padecimientos y que sus técnicas de aplicación no pueden aplicar a todos los pacientes y problemáticas que ellos presenten.

Este enfoque conductual se trabaja específicamente con conductas detectadas como problema (que por lo general son motivo de consulta) que afectan el funcionamiento del paciente como es el caso de la ansiedad, fobias, obsesiones, convulsiones, esquizofrenia, retraso mental, conductas problema en el área escolar, disfunciones sexuales, enuresis, onicofagia, trastornos del sueño y múltiples hábitos de dependencia como el tabaquismo, el alcoholismo, drogadicción, juego patológico y trastornos somatoformes. Así se realiza un análisis de la conducta para identificar los factores que influyen o desencadenan la conducta indeseable y para valorar la eficacia de las

intervenciones. Es primordial que el psicólogo comprenda lo que necesita y requiere quien solicita el servicio y de acuerdo a ello ofrecerlo, de igual manera se debe reconocer las limitaciones para dar o no tratamiento al paciente, en caso de no poder brindárselo canalizarlo con el profesionalista que se considere pertinente, como sería el caso de otro compañero psicólogo o el psiquiatra reconociendo cuando el paciente requiera otro tipo de tratamiento, es decir, la administración de fármacos. Todo lo anterior en base a la elaboración del diagnóstico.

Como es de esperar también tiene sus críticas. Se consideró que el modelo conductual respondía a una concepción mecanicista, cabe afirmar que tuvo buenos resultados en relación a la acción terapéutica.

Pero para el caso del psicodiagnóstico y la aplicación terapéutica del modelo conductual, cabe mencionar que se pueden descubrir varias conductas problemas a través de la entrevistas, para determinar si una es consecuencia de la otra es indispensable la aplicación de más de una técnica de diagnóstico, que aunque pueden ser muy cortas, pueden resultar tediosas. Con referencia al a aplicación de técnicas conductuales pueden resultar efectivas para la modificación de la conducta sin embargo algunas de ellas pueden resultar aversivas para el paciente, como cuando se utilizan estímulos que provocan tensión, náuseas y que ponen en ridículo a la persona. Esto en lugar de resultar terapéutico puede resultar contraproducente.

Es posible que este enfoque abarque un sin fin de problemas, pero es preciso saber adecuar las técnicas con las que se encuentre este modelo y aplicar según el tipo de problema que se presente, incluso se tiene que tomar en cuenta las características de la personalidad del paciente.

En el caso del enfoque cognitivo conductual, el objetivo fundamental es el cambio de determinadas conductas a partir del cambio del pensamiento. El modelo aplica para lograr deshabitaciones de drogas como el tabaco, el alcohol u otro tipo de sustancias que crean dependencia.

Representa dos enfoques, por un lado el conductual que a partir de este toma algunas técnicas y las complementa con técnicas cognoscitivas, pone especial atención a los pensamientos que pueden ser el origen de las conductas. En primera instancia, este enfoque parece el que abarca los dos aspectos importantes de la persona, sin embargo sus limitaciones se pueden apreciar en el tipo de problemas que abarca y las técnicas que utiliza.

En el caso de la teoría de la Gestalt se da gran importancia al aquí y en el ahora, es decir la persona tiene que reconocer la experiencia inmediata en su totalidad, lo que siente y piensa para que su comportamiento este de acuerdo con todo su ser para ser mejor en el futuro. Este enfoque es de gran utilidad en problemas como depresión, baja autoestima y orientación vocacional.

Si bien puede resultar un enfoque cognoscitivo, en donde lo fundamental es el pensamiento con tintes conductistas, sin embargo las limitaciones que pueden observarse son que solo avoca problemas presentes que están causando malestar sin tomar en cuenta la vida personal, que de alguna manera tienen relevancia en la manifestación del síntoma.

Por lo anterior cada uno tiene sus propio procedimientos en cuanto a su proceso psicodiagnóstico y sus técnicas de intervención, sin embargo no es tarea fácil decidirse por un enfoque en particular, sobre todo por que todos tienen elementos a favor y en contra, además cada uno aborda diferentes problemáticas por lo que es indispensable desde el inicio del proceso contar con la información para determinar que tipo de enfoque aplicar, por lo que se reitera que una buena entrevista es el inicio para decidirse por cualquiera de los enfoque arriba descritos.

En conclusión es importante que el psicólogo tome tres aspectos para determinar el enfoque psicodiagnóstico a seguir.

- La entrevista completa con el paciente que puede ser semiestructurada y abierta.
- El tipo de problemática.
- Las características del paciente.

CONCLUSIONES

Una vez realizado el presente trabajo se puede concluir que el psicodiagnostico es un proceso que se realiza para obtener información sobre la conducta humana, a partir de la aplicación de diversos test y la utilización de varias técnicas que conllevan al tratamiento adecuado para resolver las problemáticas.

Así pues en el proceso psicodiagnostico la evaluación es de suma importancia ya que es una parte esencial, donde se permite diferenciar a un individuo de otro y de su medio ambiente, utilizando en cada caso una metodología específica, la cual produce resultados más rápidos y seguros para el paciente.

Cabe señalar que el psicodiagnostico como la evaluación en algunas ocasiones se considera como sinónimo, pero esto va depender de la corriente que maneja determinado terapeuta o psicólogo, pues cada quien percibe las cosas de diferente manera y es respetable como tal.

Ahora bien dentro de la realización, del psicodiagnostico una de las técnicas más importantes y que todas las corrientes realizan es la entrevista, ya sea abierta, cerrada o semiestructurada, es una de las técnicas más adecuadas para recopilar información del paciente, pues es donde se establece una relación directa con el y es la base a partir de la cual se selecciona los procedimientos a utilizar para seguir el objetivo que se persigue.

Es por ello que puede decirse que depende de cada corriente o enfoque el grado de efectividad de sus técnicas, procedimientos o estrategias para una buena realización de un psicodiagnostico.

No obstante el objetivo principal de las diversas corrientes ya sea psicoanalítico, conductual, o gestalt, es mejorar el comportamiento humano, evitando que el paciente sea etiquetado sin elementos ya que de ser así el resultado es el incremento de la problemática y no la solución de la misma.

Finalmente es necesario señalar que en teoría los diferentes enfoques muestran una gran efectividad en sus procedimientos y técnicas, sin embargo en la práctica algunos de los mismos no producen buenos resultados pues

para adoptar un enfoque y elaborar un diagnóstico es preciso conocerlo en sus fundamentos, efectividad, técnicas y aplicación, sobre todo en que tipo de problemáticas se puede aplicar ya que no debe darse un diagnóstico aventurado y si bien algunas corrientes no consideran la existencia de un diagnóstico, lo cierto es que hacen uso de estrategias para obtener datos que les permita aplicar el tratamiento más adecuado a cada problemática.

Considero importante mencionar que a partir de que se reviso los antecedentes del psicodiagnóstico, se pudo constatar que se ha buscado la forma de obtener por varios métodos o técnicas, información de la conducta humana implementando cada corriente la mejor manera de llegar a esta, de ahí que surja su relevancia pues cada una enfoca a la conducta desde diferentes puntos de vista .

{

BIBLIOGRAFÍA

Acevedo, A., López, A. (1992) EL PROCESO DE LA ENTREVISTA CONCEPTOS Y MODELOS. México: Limusa. 2ª reimpresión.

Alexander, F. G. (1970). HISTORIA DE LA PSIQUIATRIA: UNA EVALUACIÓN DEL PENSAMIENTO PSIQUIATRICO DESDE LOS TIEMPOS PREHISTÓRICOS HASTA NUESTROS DIAS. Barcelona: Espaxs.

Avila, A., Rodríguez, C. (1987) PSICODIAGNÓSTICO CLÍNICO: LECTURAS ESCOGIDAS. Bilbao: Desclee de Brouwer.

Bernstein, D. A.; Nietzel, M. N. (1980) INTRODUCCIÓN A LA PSICOLOGÍA CLÍNICA. México: Mc Graw-Hill.

Boscolo, L., Bertrando, P. (1996) TERAPIA SISTÉMICA INDIVIDUAL. Argentina: Amorrortu.

Brenner, C. (1964) AN ELEMENTARY TEXTBOOK OF PSICHOANALYSIS. New York: international Universities pres.

Castanedo, C. (1993) GRUPOS DE ENCUENTRO EN TERAPIA GESTALT: DE LA "SILLA VACIA" AL CIRCULO GESTALTICO. Barcelona: Heder.

Dorsch, F. (1978) DICCIONARIO DE PSICOLOGÍA. Barcelona: Heder

Etchegoyen, H. (1986). LOS FUNDAMENTOS DE LA TÉCNICA PSICOANALÍTICA. Buenos Aires: Amorortu.

Fernández, M. (2003) PSICODIAGNÓSTICO DE RORSCHACH: SUS APLICACIONES Y PRESENTACIÓN DE CASOS. México: Manual Moderno.

Foucault, M. (1966). EL NACIMIENTO DE LA CLÍNICA: UNA ARQUEOLOGÍA DE LA MIRADA MÉDICA. México: siglo XXI.

Freud, A. (1974) PASADO Y PRESENTE DEL PSICOANÁLISIS. México: siglo XXI.

García, M. (2000) REFLEXIONES SOBRE EL QUEHACER PSICODIAGNÓSTICO. Buenos Aires: nueva visión.

Grassano, E. Siquier de Ocampo, M., García, M. (1987) LAS TÉCNICAS PROYECTIVAS Y EL PROCESO PSICODIAGNÓSTICO. Buenos Aires: Nueva Visión.

Golfried, M. R.; Davison, G. C. (1974) TERAPIA CONDUCTISTA APLICADA. Mc Graw-Hill

Heidbreder, E. (1971) PSICOLOGÍAS DEL SIGLO XX. Buenos Aires: Paidós

Kendall, P. C. (1988) PSICOLOGÍA CLÍNICA, PERSPECTIVAS CIENTÍFICAS Y PROFESIONALES. México: Limusa, Noriega distribuidores.

Kirchner, T., Torres, M., Forns, M. (1998) EVALUACIÓN PSICOLÓGICA: MODELOS Y TÉCNICAS. España: Paidós. 1ª. Edición.

Mannoni, M. (1996) LA PRIMERA ENTREVISTA CON EL PSICOANALISTA. España: Gedisa. 7ª.edición.

Meichenbaum, D. (1997) PSICOTERAPIAS COGNITIVAS Y CONSTRUCTIVAS: TEORÍA, INVESTIGACIÓN Y PRÁCTICA. Bilbao: Desclee de Brouwer.

Nahoum, D. (1961) LA ENTREVISTA PSICOLÓGICA. Buenos Aires: Kapelusz.

Navarro, G. J., Beyebach, M. (1995) AVANCES EN TERAPIA FAMILIAR SISTÉMICA. España: Paidós. 1ª edición.

Navarro, G. J. (1992) TÉCNICAS Y PROGRAMAS EN TERAPIA FAMILIAR. Barcelona: Paidós.

Rimm, D. C.; Masters, J. C. (1980) TERAPIA CONDUCTUAL: TÉCNICAS Y APLICACIONES. México: Press. 2ª edición.

Stierlin, H., Rücker-Embden, I., Wetzell, N., Wirsching, M. (1980) TERAPIA DE FAMILIA. LA PRIMERA ENTREVISTA. España: Gedisa. 2ª edición.

Umbarger, C. C. (1983) TERAPIA FAMILIAR ESTRUCTURAL. Buenos Aires: Amorrortu.

Vives, M. (1994) INSTRUMENTOS Y APLICACIONES DEL PSICODIAGNÓSTICO INFANTIL. Barcelona: promociones y publicaciones universitarias P. P. U.

Zilboorg, G., Henry, G. (1973) HISTORIA DE LA PSIQUIATRIA. México: Feltrinelli