

FUNDAMENTOS Y ENCUADRE BÁSICO DE LA CLÍNICA CONDUCTUAL

Pérez (1981) "La psicología clínica es una área aplicada a la psicología general que se ocupa de investigar y aplicar los principios que permitan comprender las características únicas de cada persona que tenga problemas, con los objetivos esenciales de reducir su malestar, ayudarlo a obtener más satisfacción y permitir que haya satisfacción para las personas que conforman su entorno social."

CALIFICACIÓN DE LOS PROBLEMAS HUMANOS

- Sobrenatural: posesión o mal.
- Subjetivo e interpersonal: desviación o disfunción.
- Religioso: pecado.
- Estadístico: anormalidad.
- Moral: perversión.
- Psiquiátrico o psicodinámico: enfermedad mental.
- Legal: mal comportamiento.

La idea de aplicar un criterio estadístico deriva de cómo se han manejado los datos en las ciencias naturales, en el sentido de suponer que las características psicológicas se distribuyen en forma de curva normal. Lo problemático sería lo infrecuente, situado a los extremos (más allá de los límites que en un momento conocemos). **Belloch** (1995) señala que el modelo estadístico sustenta la idea de una continuidad cualitativa entre lo patológico y lo no patológico, entendiendo que las diferencias son más bien de carácter cuantitativo (temor).

Obviamente, el medio cultural, en una sociedad cualquiera, va fijando los límites que son los extremos de esta distribución.

Dentro del ámbito religioso, los problemas psicológicos se solucionan orando, confesándose.

En lo moral, la solución es un esfuerzo de voluntad guiada por fuertes principios. En el criterio ético - legal, se establece como patrón de conducta normal la que se ajusta a la prescripción de los roles establecidos por las normas culturales predominantes; es calificado como problemático cuando es claramente opuesto a la ética dominante.

En cuanto al criterio de relativismo transcultural, donde la problemática es absolutamente diferente según las diferentes sociedades, podemos decir que es válido en buena medida. Sin embargo, en todas las culturas se consideran anormales a las personas caracterizadas

por una conducta no previsible, imposibilidad de comunicarse y de controlar de forma mínima sus conductas.

En los criterios subjetivo e interpersonal se sostiene que en toda cultura existen normas de referencia para juzgar lo que es psicológicamente problemático, pero que siendo estas normas variables en el tiempo, una persona psicológicamente adecuada será aquella capaz de responder convenientemente a los cambios por diferentes vías: cambio personal (adaptación), cambio de su entorno físico o social global, o también, cambio de localización social. Si éstas vías se siguen convenientemente, es adecuado calificar a esa persona como normal. Los consensos sociales sucesivos señalan, además de las normas, las vías adecuadas para hacer frente a los cambios de normas.

I UNIDAD: FUNDAMENTOS TEÓRICOS Y METODOLÓGICOS

1. Características y limitaciones de los modelos clínicos tradicionales no conductuales.

a) MODELO MÉDICO

Es un buen enfoque respecto a la enfermedad puesto que el funcionamiento biológico que previene de la enfermedad puede describirse de un modo bastante estandarizado y general (la temperatura oscila muy poco alrededor de los 36°C), donde la inclusión cultural no tiene mucho que aportar.

La enfermedad como entidad reconoce una evidente etiología biológica como factores necesarios y suficientes, de los cuales dependen, sin duda, los síntomas y signos. Una enfermedad se caracteriza porque, dejada a su antojo, presenta un desarrollo invariante, predecible y responde también de un modo previsto a los tratamientos del caso.

Este modelo médico no puede aplicarse a los problemas psicológicos. Sin embargo, existe extrapolación debido a:

1. La fuerza histórica de la autoridad de la medicina: porque su ejercicio es capaz de aliviar el sufrimiento y mantener la vida.
2. Redefinición como enfermedad de las "posesiones demoníacas": se dio origen a un trato más benigno para los pacientes de hospitales psiquiátricos, induciendo una visión naturalista a la investigación.
3. Correlación entre las funciones cerebrales y patrones anormales de comportamiento: lo que indujo a sostener una causalidad directa entre ellas.
4. Desarrollo de los psicofármacos a partir de los '50: eficaces para reducir transitoriamente las manifestaciones psicológicas perturbadas.
5. Relativa ignorancia psiquiátrica de los avances en el conocimiento psicológico

Postulados

1. Un importante número de problemas psicológicos deben ser calificados como enfermedades mentales, sosteniendo que cada trastorno mental constituye una entidad claramente delimitada, con características clínicas que constituyen síndromes diferenciados cualitativamente del funcionamiento sano.
 - Ha aclarado que los problemas psicológicos no sólo deben ser visualizados en un contexto dentro de una situación cultural, sino que también deben atenderse los causales biológicos de los problemas psicológicos, que pueden ser potenciadores.
 - El desarrollo del conocimiento neurofisiológico ha permitido evaluaciones biomédicas complementarias a las psicológicas, que permiten un conocimiento más completo de la disfunción.
 - Los tratamientos farmacológicos han demostrado su utilidad como paliativos o como apoyo a la implementación de una intervención psicológica.

Críticas

1. Se sabe que la conducta humana en general y la disfuncional, en particular, no puede explicarse totalmente aludiendo a procesos biológicos, psicológicos o sociológicos en términos exhaustivos; nuestra mejor propuesta sería un enfoque biopsicosocial que entiende a la naturaleza humana como una manifestación de una integración de todos estos determinantes (más o menos centrales o más o menos secundarios).
2. Las explicaciones del modelo médico frecuentemente se basan en analogías y, por lo tanto, es tentativa y comúnmente errónea o, a lo menos, incompleta. La eficacia de una medicación no implica que un problema tiene una base causal; si hubiera una base biológica se hablaría de enfermedad neurológica, no de una enfermedad mental (la mente es un constructo).
 - **Belloch y cols.** (1995) aceptan hablar de enfermedad mental cuando a la anomalía conductual cualquiera le subyace un defecto congénito, alteración metabólica o desregulación hormonal.
 - **Thomas Szasz**: la mente no se enferma, porque es una construcción.
 - **Simon Ballés**: no importa cuál es la etiología sino cual es el mejor tratamiento, aunque los psicológicos son casi siempre eficientes.
3. La inadecuación de la clasificación psiquiátrica en general, y especialmente respecto a los DSM I y II. No existe un criterio organizador: en algunos casos había una mera descripción, para otros problemas se aludía a la etiología y otras veces se utilizaban datos de instrumentos psicométricos. Se determinó que ocurría una baja confiabilidad interjueces, además de una baja confiabilidad temporal de los diagnósticos y los tipos de validez concurrente, predictiva y de constructo eran muy bajas. Los DSM III y DSM III R son menos objetables, aunque todavía se les juzga inadecuados o insuficientes porque presentan una baja validez de tratamiento.

b) MODELO PSICOANALÍTICO

Afirmaciones

1. Supone que las intervenciones terapéuticas conductuales tienen un mero efecto sintomático, por lo cual, según el modelo médico, aparecerá otro, puesto que la enfermedad subsiste. En general, cuando se aplica una intervención conductual se resuelve en mayor o menor medida el problema y comúnmente se resuelven otros no abordados; sin embargo, en algunos casos pareciera ser verdad lo que plantea el modelo psicoanalítico, pero lo que ocurre es que al resolver un problema pueden aparecer otros, pero es debido a:
 - Personas con alta emotividad en términos del neuroticismo de Eysenck, que desarrollan con mucha facilidad nuevos problemas.
 - Que el problema sea la ansiedad y se yerra el objetivo terapéutico, llegando a una alteración sobrepuesta.
 - Los cambios ocurren en sesión, pero es posible que esos cambios no se generalicen en la vida social. En el momento de enfrentar problemas de gran magnitud, puede que se genere otro problema adicional.
 - El tratamiento sólo ha eliminado algunas de las respuestas del problema y no todas las que lo componían.
 - Cuando no se alteran las condiciones de control operante, por castigo o limitación externa (Bandura)
 - No se elimine todo el repertorio conductual usado para alcanzar el refuerzo, corriendo el riesgo que el sujeto utilice operantes de nivel inferior (Bandura)

Luego de revisar un estudio de **Decker** (1956), **Eysenck** (1960) concluyó lo siguiente: de un grupo de 500 neuróticos severos, se van recuperando sin tratamiento: al año, el 45%; a los 2 años, el 72%; a los 3 años, el 82%; a los 4 años, el 86% y a los 5, el 90% eran ex - neuróticos. Se concluye que el psicoanálisis era no sólo inútil, sino perjudicial.

Críticas

1. La calidad psicométrica del psicólogo. Si sólo testea, estaría al servicio de la psiquiatría.
 - Estima que el psicólogo clínico es un psicómetro con fe. Primero que todo es redundante, ya que sólo ratifica, por la vía del uso de pruebas, un diagnóstico psiquiátrico que ya ha sido hecho.
 - El quehacer del psicólogo clínico como testómetro bien puede ser irrelevante, ya que muchas veces no importa conocer generalidades como la inteligencia, la personalidad y la motivación.
 - Actuaría como inoperante, porque la comunicación con el psiquiatra es difícil, ya que los términos de ambos aluden a conceptos diferentes. De esta comunicación no deriva ningún quehacer terapéutico conveniente y definido.

- El quehacer del testómetra es improductivo, ya que está preparado para otras tareas además, como la intervención y la investigación. Cuando se es testómetra, la investigación no se aborda.
- Además el testómetra usa una clasificación categórica que corrobora la categorización del modelo psiquiátrico.

2. Modelo clínico conductual; etapas del desarrollo en la teorización, metodología y aplicaciones terapéuticas.

ORIGEN

La concepción conductual acerca de los problemas psicológicos, aunque no se señala explícita o implícitamente, se ajustó desde el inicio al criterio subjetivo e interpersonal de los problemas psicológicos, lo que significa que aunque inicialmente los clínicos conductistas utilizaron los términos psiquiátricos, progresivamente fueron cuestionándolo: primero el concepto de enfermedad mental, luego el concepto de neurosis, para llegar al punto último de oponerse a todo diagnóstico categórico que indicara una discontinuidad normal - anormal. Este punto de vista ha sido amoral porque nunca ha estado por juzgar bajo criterio de normal - anormal, sino por utilizar los conceptos adaptativo - desadaptativo o funcional - disfuncional.

Afirmaciones

1. La normalidad y la anormalidad no son condiciones intrínsecamente diferentes (cualitativa o cualitativamente) a condiciones normales, sino que corresponden a categorizaciones discrecionales a partir de un conjunto complejo de criterios.
2. Los mismos procesos causales de aprendizaje y otros (tipos de procesamiento de información cognitiva o afectiva; procesos psicofisiológicos y los postulados de la psicología social como la atribución causal, disonancia, reactancia, expectativas, etc.) y similares determinantes internos y externos codeterminan la génesis, desarrollo y mantenimiento de conductas funcionales y disfuncionales
3. El estudio de las conductas disfuncionales no puede ser un modelo (teoría extrapolada) de un campo distinto del conocimiento, sino que debe ser una auténtica teoría científica, con variables definidas objetiva y operacionalmente, con hipótesis sometidas a contrastación empírica de tipo experimental y explicaciones parsimoniosas.
4. Una posible clasificación de las disfunciones debiera ser dimensional y no categórica, esencialmente descriptiva, no aludiendo a explicaciones teóricas aún cuando pareciera ser útil referir las descripciones a las posibles explicaciones al nivel de intervención terapéutica.
 - Trastorno conductual primario: cualquier disfunción en la conducta observable o inferible resultante de aprendizajes excesivos, deficientes o

- excepcionales, en ausencia de anomalías biológicas necesarias y/o suficientes para producirlas
- Trastorno conductual secundario: ...que deriva de una anomalía biológica relativamente estable
 - Trastorno conductual terciario: ...que resulta de la interacción entre un trastorno conductual secundario y un ambiente inadecuado
5. La conducta disfuncional primaria y terciaria especialmente, pero también la secundaria, es el objeto de la descripción, explicación, predicción y eventual control que se lleve a cabo; no considerándosele (disfunción primaria y terciaria) síntomas de una supuesta patología biológica o una patología mental inventada.
 6. El estudio experimental de la conducta disfuncional, para los fines de una intervención modificatoria, es una actividad en permanente desarrollo en relación a los contenidos y métodos experimentales, de tal modo que es posible reformular porciones de la teorización más amplia del modelo, tomando en cuenta el conocimiento de la psicología y otras disciplinas que utilizan un paradigma científico similar.

Etapas del desarrollo del modelo conductual

* Terapia de comportamiento: derivadas del condicionamiento respondiente o clásico *
 Terapia conductual: derivadas del condicionamiento operante

1. 1899- 1938	Utilización exclusiva del modelo de aprendizaje pavloviano e instrumental. Aplicaciones fundamentales educativas a niños. No existió el objetivo de analizar detenidamente las reacciones funcionales entre las variables propias de las técnicas terapéuticas, sino que se intentaba demostrar que los procesos de condicionamiento eran eficaces
2. 1939- 1958	En EE.UU. hay un período de efervescencia en cuanto a teorizaciones caracterizadas por una hipersimplificación suponiendo una continuidad entre los procesos animales y humanos, despreocupándose por la psicología propiamente humana. Se inician los estudios acerca de la magnitud real acerca de la psicoterapia dinámica
3. 1959- 1969	Coexisten los modelos teóricos pavloviano-watsoniano y el modelo skinneriano operante con previdencia creciente del último. Existe un optimismo excesivo respecto a la amplitud y magnitud de la eficacia de las técnicas terapéuticas de condicionamiento. Comienzan las polémicas entre los estudiosos de laboratorio y los clínicos en cuanto a la rigurosidad y complejidad de los fenómenos. Aparece la insatisfacción de las aproximaciones tradicionales del diagnóstico y tratamiento de las conductas disfuncionales
4. 1970- 1976	Surge el interés por temas como la motivación, pensamiento y percepción. Comienzan a insinuarse las futuras corrientes continuistas y rupturistas. Ellis surgió con la TRE y Lurilla y Goldfried con la solución de problemas. Aparece interés por el autocontrol. Se comienzan a proponer intervenciones terapéuticas de amplio espectro, por el mantenimiento y extensión de los cambios a diversos a otros ámbitos. Se acercan las teorías que proponen la personalidad como constructo. Hay

	una ampliación de medios y modos de aplicaciones terapéuticas
5. 1977-	Están claramente tipificados los continuistas y los rupturistas. Los conservadores enfatizan la autorregulación con proceso terapéutico, otros acuden al modelo observacional y los rupturistas incorporan definitivamente el pensamiento y la motivación en el entrenamiento autoinstruccional, la inoculación de stress y la solución de problemas y también incorporan propuestas de la psicología social

Se ha intentado definir la terapia conductual, pero de una manera no muy satisfactoria, excepto las más antiguas que reconocían claramente que la teoría de base era la del aprendizaje.

Eysenck (1964):

"Terapia conductual es el intento de alterar el comportamiento y la emoción humano en forma benéfica de acuerdo a las leyes de la moderna teoría del aprendizaje"

Wolpe (1969):

"La terapia conductual o terapia de condicionamiento es el uso de principios de aprendizaje establecidos experimentalmente con el propósito de cambiar la conducta desadaptativa de tal forma que hábitos desadaptativos son debilitados o eliminados y hábitos adaptativos son iniciados o fortalecidos"

Yates

"Es el intento de utilizar sistemáticamente aquel cuerpo de conocimientos empíricos y teóricos que han resultado de la aplicación del método experimental en psicología, en sus disciplinas íntimamente relacionados: fisiología y neurofisiología; con el fin de explicar la génesis y el mantenimiento de patrones anormales de comportamiento y de aplicar dicho conocimiento al tratamiento o prevención de anormalidades por medio de estudios experimentales controlados de casos individuales, tanto descriptivos como correctivos". Se refiere a la psicología general y no a la del aprendizaje, alude a dos disciplinas externas, incorpora el objetivo de la prevención y los casos individuales.

Wilson (1982):

"La terapia conductual contemporánea es difícil de definir por la diversidad de puntos de vista teóricos, por el amplio número de procedimientos terapéuticos heterogéneos; sin embargo, lo común a todos los teóricos conductuales es el hecho de atender a los principios, procedimientos y hallazgos de la psicología como ciencia experimental"

COMPARACIÓN CON OTROS MÉTODOS (YATES)

1. Hay diferencias fundamentales entre la terapia conductual y otros enfoques, por lo tanto, serían irreconciliables. Implica una gran rigurosidad científica en la formulación y comprobación de hipótesis, lo que no se da en otros enfoques.

- Existen semejanzas y diferencias. Se ha visto que hay factores comunes a la terapia conductual y a la psicoterapia, que son de tipo no específico (efecto placebo, expectativas del paciente y la sugestión) y específico (el apoyo por parte del terapeuta, el consejo y la reafirmación, la manipulación ambiental, la señalización de fuentes de estrés y de patrones repetitivos de comportamiento inadecuado).

Labrador (1986) distingue 3 niveles de comparación:

- Nivel superior : sistema teórico explicativo, en que no hay similitudes.
- Nivel intermedio: semejanzas de relaciones terapéuticas y la función de los terapeutas
- Nivel específico: existen semejanzas pero de menor importancia

Semejanzas a nivel intermedio: el terapeuta busca incrementar las expectativas de éxito del paciente. Uno y otro enfoque establecen relaciones terapéuticas. El terapeuta pretende dar una visión externa acerca del paciente y el entorno que le rodea, lo que le da sentido al problema que presenta y al terapeuta. Ofrecen al paciente una prueba constante de la realidad (el terapeuta como mantenedor del ambiente).

- La terapia conductual se puede reducir totalmente a la psicoterapia. Si así fuera, no se podrían explicar los mejores resultados de la terapia conductual. Se contraargumenta que en realidad los resultados del psicoanálisis son del tipo que la metodología conductual no detecta, a lo que Wilson responde "que los psicodinámicos no pueden explicar por qué o cómo es que la terapia conductual obtiene éxito violando principios tan básicos de la psicoterapia como la relación transferencial entre terapeuta y cliente (cuando actúan por medio de grabaciones).
- La psicoterapia se puede reducir total o parcialmente a la terapia conductual. Algunos procesos y operaciones conductuales están presentes en la psicoterapia conductual, por ejemplo, el proceso de desensibilización que ocurriría siempre que el terapeuta escucha al paciente en una audiencia abierta y tolerante, el refuerzo positivo de conductas verbales del paciente para que aumente la frecuencia, el moldeamiento y el modelado.

3. Caracterización del modelo conductual integrativo; 4. Similitudes y diferencias entre la terapia conductual y otros enfoques clínicos psicoterapéuticos.

NOMBRE	EXPLICACIÓN TEÓRICA	OBJ. TERAPÉUTICOS	PROCEDIMIENTOS
Dinámico tradicional	La perturbación deriva de una fantasía inconciente de represión activa de una condición o fantasía	Redistribuir las energías y un insight de los motivos inconcientes	Sólo técnicas semántico-simbólicas: a. libre, interpretación, catarsis, análisis de transferencia
Cognitivo	Hay una cognición conciente	Cambio de la	Técnicas semántico-

semántico	que afecta la conducta y/o la emoción	cognición conciente	simbólicas por razonamiento lógico y el método socrático
Conductual puro	Los estímulos condicionados controlan las emociones y las consecuencias controlan las conductas	Cambio de la conducta y/o emoción	Técnicas de acción y manipulación de eventos o estímulos antecedentes y consecuentes
Cognitivo Conductual	Algún tipo de cognición conciente involucrada en el procesamiento de los estímulos externos antecedentes y consecuentes	Cambio de la cognición pero también de toda la conducta. Cada cambio potenciando al otro	Técnicas semántico-simbólicas y de acción aplicadas a diferentes objetivos relacionados o paralelos
Conductual integrado	A la base de una perturbación psicológica están condicionamientos y aprendizajes de otro tipo y procesamientos informativos tanto cognitivos como afectivos de los eventos externos e internos, antecedentes y consecuentes	Cambios conductuales y/o cognitivos y/o afectivos	Técnicas semántico-simbólicas, imaginarias y de acción, de manera secuencial o paralela

II UNIDAD: ENCUADRE TEMPORAL DE LA ACTIVIDAD CLÍNICA

1. Establecimiento de la relación terapéutica: acciones y propósitos.

Se sostuvo que la relación terapéutica no tenía importancia alguna, al contrario de las orientaciones de insight que han señalado y sostenido que la relación terapéutica es muy importante para el proceso de cambio. El punto de vista conductista es un punto de vista técnico en el sentido de señalar que las técnicas terapéuticas son las que producen el cambio: sostiene que el terapeuta sería un experimentador y un agente controlador y el paciente sería un sujeto controlado.

Apoyó esto la influencia predominante del medio sobre la conducta, lo que llevó a postular que las personas son regidas por leyes naturales constantes, en relación a las cuales el terapeuta podía implementar acciones de influencia. Los conductuales argumentaron por años el rol inexistente de la relación terapéutica debido a que la DS ha sido tan efectiva cuando es llevada a cabo por el terapeuta en sesión como en presentación automatizada. **Wolpe y Lazarus** (1966) sostenían que a lo más, la relación podía movilizar las esperanzas de los pacientes, pero que la técnica era la que efectuaba los resultados. **Krasner** describía al terapeuta conductista como una máquina de reforzamiento social, sosteniendo que el

terapeuta funcionaba para el paciente como un reforzador social generalizado, capaz de afectar las conductas.

En el punto de vista interpersonal sostenido por las otras orientaciones, diversos autores se opusieron al planteamiento técnico desde aquellos que decían que la relación terapéutica era "el" medio de cambio hasta los que sostenían que era un factor coadyudante.

Rogers criticó al enfoque técnico por la manipulación implicada para el paciente, comentando que el control externo skinneriano inducía a ver a los pacientes como esclavos despersonalizados.

Otros decían que la visión técnica infraestimaba la complejidad del ser humano, no considerando su capacidad de autodirección; otros hacían resaltar la discrepancia entre lo que los terapeutas conductistas decían que ocurría en la sesión y lo que realmente ocurría (la relación terapeuta - paciente).

Goldstein (1980) señala la importancia de una relación terapéutica positiva que puede ser definida por sentimientos de agrado, respeto y confianza del paciente por el terapeuta (entendiendo que se aplica a los pacientes dispuestos, para los cuales es posible generar condiciones de apoyo que maximicen el efecto de las relaciones terapéuticas).

REALZANTES DE LA REL. TERAPÉUTICA	COMPONENTES DE LA RELACIÓN TERAPÉUTICA	CONSECUENCIAS DE LA RELACIÓN ADECUADA	RESULTADO
Estructuración del p. Imitación por parte del paciente Conformidad del p. Cercanía física y postura de terapeuta Pericia y status del terapeuta Credibilidad del t. Empatía Calidez Autorevelación del terapeuta Similitud terapeuta-paciente Cercanía física y postura	Atracción- agrado Respeto Confianza	Comunicación adecuada terapeuta-paciente Apertura del paciente vía autoreflexión Predisposición del paciente a la influencia del terapeuta.	CAMBIO

COMPONENTE DE ATRACCIÓN AGRADO

1. Estructuración del paciente: Inducirlo a asumir el rol de buen paciente, no pasivo. Hay diferentes modos de hacerlo:
 - Directa: una persona, que no es el terapeuta, le dice al paciente que probablemente el terapeuta será de su agrado
 - Indirecta:
 - la alusión a rasgos del terapeuta: otra persona describe al paciente en ciertas características positivas, aludiendo particularmente a la calidez y la experiencia.
 - comunicar al paciente cierta similitud de ideas, valores, actitudes y estilos de vida
 - Del terapeuta: comunicación de expectativas de rol al paciente: luego de conocer el motivo de consulta y precisarlo brevemente, le clarifica al paciente lo que él debe esperar del terapeuta, referido al proceso general que el terapeuta va a llevar a cabo (descripción del problema, examen de la historia a nivel lo suficientemente amplio para contextualizar el problema, elaboración conjunta de hipótesis explicativas y decisión de las acciones terapéuticas).

Hay dos condiciones que se buscan para lograr una mayor efectividad de la estructuración

- Quien la lleve a cabo debe ser percibido por el paciente como confiable
 - Debe aplicarse cuando el paciente está experimentando gran molestia con sus problemas
2. Imitación por el paciente: el paciente típico debe, en una supuesta sesión, expresar al terapeuta su agrado y satisfacción por la conducta del terapeuta. Es conveniente que el modelo sea del mismo sexo y de edad similar.
 3. Conformidad del paciente: Presión hacia la conformidad. Exponiendo al paciente a una sesión (real o supuesta) de un paciente que siendo inicialmente renuente al terapeuta, comience a estar de acuerdo con sus planteamientos. Funciona incluso cuando el terapeuta es poco atractivo, si es que está bien hecho.
 4. Cercanía física y la postura del terapeuta: Proxémica. Cierta conducta no verbal, como la cercanía física, inclinación del tronco desde la vertical, contacto ocular y alineación de los hombros, inducen la percepción de agrado por parte del paciente.

COMPONENTE DE RESPETO

1. Pericia y status: Manejo de los horarios, sugerencias de éxitos anteriores (por el terapeuta u otros), establecimiento de normas por parte del terapeuta.
 - Arreglos ambientales: Diplomas, títulos, libros, elementos de escritorio, aparatos, etc.
 - Conducta específica de un experto: Saludo, mirada a los ojos, tratamiento por el nombre; posición física confortable, comunicación verbal y no verbal, manejo.
2. Credibilidad: Tiene que ver con su calidad de experto, para confiar en él como fuente informativa, predecible y consistente. Aportan a ello:

- La percepción por parte del paciente de que el terapeuta está motivado por intenciones de ayuda y que está interesado en el bienestar y el desarrollo del paciente.
 - El dinamismo del terapeuta (su confianza aparente, su vitalidad y actividad).
3. Empatía: Se pueden distinguir cinco niveles, donde desde el tercero, ésta es de tal calidad que permite establecer una buena relación terapéutica.
1. Lo que hace el terapeuta es recibir al paciente dentro de un marco de referencia establecido, como representante de un estereotipo. No puede comunicar al paciente que está teniendo conciencia de, incluso, las condiciones emocionales más superficiales del paciente. No alude a emociones ni sentimientos subyacentes a las comunicaciones del paciente; repite lo que el paciente está diciendo, sin aludir a factores subyacentes.
 2. El terapeuta comunica al paciente que percibe los sentimientos expresados por éste, pero lo hace simplificando la comunicación, haciendo prevalecer su juicio de tal forma que, incluso, opina respecto a los sentimientos expresados por el paciente.
 3. El terapeuta responde a la expresión afectiva del paciente en términos equivalentes, no profundiza en lo subyacente a la expresión afectiva del paciente, sin embargo, de modo implícito o explícito le da a entender su disposición a situarse en su lugar. Rogers postula que en esta postura, el terapeuta permite al paciente comenzar su apertura.
 4. La respuesta del terapeuta profundiza el sentimiento y significado de las expresiones del paciente. Adelanta una interpretación de lo que podría estar de base en la comunicación. El paciente estaría más dispuesto aún a profundizar en sus comunicaciones afectivas y abrirse a su expresión emocional (Rogers). [El terapeuta puede errar e inducir al paciente a expresar sus sentimientos de esa forma].
 5. El terapeuta sintoniza con los sentimientos más profundos del paciente y está en condiciones de explorar, en conjunto, el trasfondo afectivo que el paciente no ha expresado al principio. Se cuestiona la incapacidad de ponerse en el lugar de otro sin tener experiencias similares en la realidad (cabén dos opciones: no esperar la empatía o enriquecer la experiencia).
4. Calidez: También existen cinco niveles:
0. El terapeuta no es cálido, sino que ofrece consejo activamente y él señala lo que es conveniente o inconveniente para el paciente. Establece lo que debe ser y coteja al paciente con sus esquemas.
 1. El terapeuta responde juntando mecánicamente a las comunicaciones del paciente. No le plantea lo conveniente o inconveniente de hacer.
 2. El terapeuta comienza a aparecer como más cálido en el sentido de decirle al paciente que está preocupado y le importa la conducta comunicativa del paciente.
 3. El terapeuta comunica al paciente un profundo interés y preocupación por su bienestar; quizás le pueda comunicar cuando le dice "usted es su propio juez", casi confundiendo con la aceptación rogeriana.
 4. El terapeuta comunica la calidez sin restricción, manifestando aceptación y profundo respeto por la comunicación y experiencia idiosincrásica. Le da a entender que su comunicación no afecta su valor esencial como persona.

El planteamiento rogeriano ha aportado las condiciones destacando la importancia de la empatía y calidez del terapeuta, no queriendo decir que se acepte sin críticas:

CRÍTICAS AL ENFOQUE ROGERIANO (Shertzer y Stove, 1980)

1. Ignora o niega los procesos racionales del paciente porque siempre busca la comunicación afectiva.
2. El terapeuta rogeriano no entrega información necesaria concreta para fines prácticos.
3. Los objetivos de la terapia son los mismos para todos (autoconocimiento y autoaceptación), contradiciendo la unicidad rogeriana.
4. Los objetivos planteados son tan globales que nunca se sabe cuando se logran, porque su operacionalización es difícil.
5. La neutralidad afectiva del terapeuta es objetivamente imposible.

COMPONENTES DE LA CONFIANZA

1. Autorevelación del terapeuta: Comunica la impresión global que le produce el paciente en términos informales, sus reacciones al problema o a la conducta del paciente en sesión, o bien, información sobre sí mismo (su vida en general o específicamente).
2. Similitud percibida por el paciente respecto al terapeuta: No debe ser necesariamente exacta (modos de vida, nivel, procedencia geográfica común, etc.).
3. Cercanía física y la postura del terapeuta

Se debe evitar:

En la conversación, llevar a cabo exclamaciones de sorpresa, alarma, emisión de juicios morales, críticas, amenazas. No hay que impacientarse, hacer falsas promesas, culpar al paciente de sus dificultades, dogmatizar, ridiculizar, interpretar temprana y abundantemente, insistir en quebrar las resistencias a comunicar del paciente.

Debe hacerse:

Expresar apertura aún a actitudes irracionales, respetar las preferencias distintas a las del propio terapeuta.

Beutler, Crago y Arizmendi (1986) consideraron elementos que correlacionan positivamente respecto a la terapia (haciendo equivalente la competencia del terapeuta a su reputación):

- Similitud del status socioeconómico del paciente y el terapeuta.
- Similitud actitudinal general respecto a valores vitales.
- Bienestar emocional del terapeuta (equilibrio psicológico).
- Pericia y status del terapeuta.

- Credibilidad.
- Estilo directivo del terapeuta.

Evaluación de problemas, fijación de objetivos e intervención terapéutica

Etapa 1: Propósitos y actividades

1. Lograr una descripción general los problemas a partir del enunciado inicial del paciente.
2. Elaborar una lista de conductas problemáticas, ordenándolas de acuerdo a tres criterios:
 - Excesos o déficit (descripción cuantitativa)
 - El ámbito en que ocurren
 - Tipo de respuesta comprometido de acuerdo al criterio psicobiológico

Etapa 2: Selección de las conductas objetivo de la intervención terapéutica

1. Decidir el orden de prioridad de las conductas a modificar, de acuerdo a diferentes criterios:
 1. Gravedad del problema para el paciente y/o para otros (más incapacitante, más perturbador emocionalmente, más difícil de resolver).
 2. Secuencias entre problemas en relación a la disposición de conductas necesarias para llevar a cabo el cambio.
 3. Consideración de períodos especiales de la vida del paciente.
 4. Disponibilidad de apoyos externos a la terapia.
 5. La decisión del paciente (categorización de sus problemas).

Etapa 3: Tratamiento

1. Decidir el sentido general del cambio esperado (eliminación, disminución, elaboración, ajuste a requerimientos ambientales o personales).
2. Con la ayuda de la taxonomía psicosocial de Bandura, fijar más precisamente si el objetivo es afectar los elementos de respuesta o los estímulos de un problema.
3. Decidir el momento de iniciar la aplicación de la intervención, atendiendo a señales de compromiso y buena relación terapeuta-paciente (señales de buena relación: el paciente le da a entender al terapeuta que percibe que éste ha entendido la situación y el problema, que el terapeuta se da cuenta de la situación emocional del paciente; la comodidad del terapeuta puede ayudar a compartir con el paciente el trabajo de autorreflexión, autoconfrontación, descubrimiento de las bases de acción, etc.).
4. Seleccionar las técnicas de acuerdo a:
 - Naturaleza del problema
 - Características del paciente
 - Documentación bibliográfica
 - Preferencias del terapeuta
 - Preferencias del paciente
 - Factores ambientales

5. Decidir la combinación progresiva de las técnicas. Implica tener en cuenta que los procedimientos y técnicas no necesariamente deben aplicarse secuencialmente, sino que conviene combinarlas, que se traslapen.
 6. Aplicar las técnicas, de acuerdo a las etapas:
 1. Se describe al paciente de modo general, cómo se va a proceder secuencialmente
 2. Se puede modelar por la vía simbólica o in vivo
 3. Se lleva a cabo una práctica preliminar bajo instrucción, seguida de retroinformación correctiva.
 4. Se aplica la práctica terapéutica propiamente tal
 7. Diseñar procedimientos para lograr generalización de los cambios terapéuticos. Se le pide a la persona que practique en situaciones naturales y registre como actuó, que sintió, que pensó.
 8. Valoración de los resultados en tres instancias temporales, bajo tres criterios
- Instancias:
- Sesión a sesión
 - Al término de la terapia
 - De seguimiento

Criterios

- Estadísticos (normas)
- Experimental (cambios)
- Clínico (paciente y/o medio)

TIPOS DE ENTREVISTA INICIAL (Turkat, 1986)

1. Diagnóstica: Evaluación clínica, entrevista clínica psiquiátrica, que considera examen psicopatológico y psiquiátrico.
2. Ingreso o selección de pacientes: Intentando obtener información elemental de los problemas del paciente y de sus objetivos de ayuda terapéutica. En conjunto se concluye si se está en condiciones de ofrecerle ayuda, de hacerlo, se le informan los procedimientos y costos.
3. Psicométrica: El psicólogo lleva a cabo la aplicación de un instrumento psicométrico, habitualmente a indicación de un psiquiatra y luego aclara los resultados recogidos.
4. De o en crisis: Breve, altamente focalizada en problemas específicos, orientada a la acción (de evaluación y terapia), bastante directiva. Se usa en situaciones de emergencia, para ayudar a las personas a afrontar una situación.
5. De registro de historia vital: Recogida de datos detalladamente, respecto a diferentes ámbitos de la vida de la persona. Es útil en casos en que los problemas no son presentados por el paciente en forma clara o cuando el mismo problema se presenta en distintas áreas. Esta anamnesis puede completar la entrevista de evaluación descriptiva.

6. De manejo o dirección del paciente: Su propósito es conocer las necesidades y problemas del paciente para decidir si es necesaria o posible una intervención terapéutica.
7. De información: Entrevista con las personas que constituyen el entorno social, que aporta datos a los obtenidos en otro tipo de entrevista.
8. Descriptiva: No hay una sola forma de llevarla a cabo, porque guarda relación con la orientación terapéutica del profesional; dentro del enfoque conductual es dirigida, estructurada y de baja inferencia (considerándose que toda inferencia tiene que tratarse como una hipótesis a verificar); cuando el terapeuta explicita al paciente las conclusiones a las que está llegando a partir de su descripción, puede ocurrir que el paciente se esmere por entregar datos confirmatorios a ellas o todo lo contrario. La confiabilidad interjueces es alta cuando el terapeuta está muy dispuesto a observar y a limitarse a lo informado. Su confiabilidad se reduce cuando se toman en cuenta en mayor medida las inferencias.

Desde la perspectiva conductual se considera que toda inferencia tiene que tratarse como una hipótesis a verificar. Hay distintos tipos de entrevista descriptiva:

- Kanfer y Saslow : diagnóstico estructural
- Stuart : en paradigma operante
- Lazarus : de terapia multimodal
- Wolpe : de enfoque respondiente.

ASIGNATURA: Psicología Clínica I (Orientación Conductual)

DOCENTE: Raúl Martínez M.

PERÍODO: I Semestre de 1998.
