



EL LIBRO MUERE CUANDO LO FOTOCOPIA

AMIGO LECTOR:

La obra que usted tiene en sus manos posee un gran valor. En ella, su autor ha vertido conocimientos, experiencia y mucho trabajo. El editor ha procurado una presentación digna de su contenido y está poniendo todo su empeño y recursos para que sea ampliamente difundida, a través de su red de comercialización.

Al fotocopiar este libro, el autor y el editor dejan de percibir lo que corresponde a la inversión que ha realizado y se desalienta la creación de nuevas obras. Rechace cualquier ejemplar "pirata" o fotocopia ilegal de este libro, pues de lo contrario estará contribuyendo al lucro de quienes se aprovechan ilegítimamente del esfuerzo del autor y del editor.

La reproducción no autorizada de obras protegidas por el derecho de autor no sólo es un delito, sino que atenta contra la creatividad y la difusión de la cultura.

Para mayor información comuníquese con nosotros:



Editorial El Manual Moderno, S. A. de C.V. Editorial El Manual Moderno (Colombia), Ltda
Av. Sonora 206, Col. Hipódromo, 06100 Carrera 12-A No. 79-03/15
México, D.F. Bogotá, D.C.



 **PROMOCION** 
MUESTRA: PROHIBIDA SU VENTA
EL MANUAL MODERNO

Psicología clínica

Dr. Pedro Antonio Sánchez Escobedo

Profesor Investigador Titular "C"
de tiempo completo
de la Universidad Autónoma de Yucatán

Editor responsable:
Lic. Santiago Viveros Fuentes
Editorial El Manual Moderno

 **Manual Moderno**[®]

Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V. Editorial El Manual Moderno, (Colombia), Ltda
Av. Sonora 206 - 201 Col. Hipódromo, C.P. 06100 México, D.F. Carrera 12-A No. 79-03/05 Bogotá, DC

Nos interesa su opinión,
comuniqúese con nosotros:

Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.,
Av. Sonora núm. 206,
Col: Hipódromo,
Deleg. Cuauhtémoc,
06100 México, D.F.
(52-55)52-65-11-62
(52-55)52-65-11-00
info@manualmoderno.com

Para mayor información en:

- Catálogo de productos
 - Novedades
 - Distribuciones y más
- www.manualmoderno.com

Psicología clínica

D.R. © 2008 por
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.
ISBN: 978-970-729-347-2

Miembro de la Cámara Nacional
de la Industria Editorial Mexicana, Reg. núm. 39

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida, almacenada en sistema alguno de tarjetas perforadas o transmitida por otro medio —electrónico, mecánico, fotocopador, registrador, etcétera— sin permiso previo por escrito de la Editorial.

All rights reserved. No part of this publication may be reproduced, stored in a retrieval system, or transmitted in any form or by any means, electronic, mechanical, photocopying, recording or otherwise, without the prior permission in writing from the Publisher.



Manual Moderno®

es marca registrada de
Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

Sánchez Escobedo, Pedro A.
Psicología clínica / Pedro Antonio Sánchez Escobedo. --
México : Editorial El Manual Moderno, 2008.
xviii, 454 p. : il. ; 23 cm.
Incluye índice
ISBN 978-970-729-347-2

1. Psicología clínica. I. t.

616.89 SANC,p.

Biblioteca Nacional de México

Director Editorial:
Dr. Marco A. Tovar Sosa

Editora asociada:
Lic. Tania Uriza Gómez

Coordinador de diseño:
Ramiro Alvarado Esquivel

Diseño de portada:
Sr. Sergio Alejandro Pérez Colín



Agradecimientos

A Aida Alcocer Perera por sus aportaciones a la clínica infantil, el trabajo multidisciplinario y la interpretación y administración de pruebas psicológicas.

A Adriana Mendoza Pedraza por sus aportaciones al capítulo de medición, psicometría y pruebas psicológicas. Agradezco el aprendizaje y colaboración en los procesos de estandarización de la escala de Weschler en México.

A Santiago Viveros Fuentes por el apoyo en el diseño, ilustración, organización y modificación de este texto.

A mis incansable, y dedicadas asistentes: Sandra Martín Tún, María Fernanda Cáceres Alcocer, Paulina Carrillo Espadas y a Rubí Medrano Chan por su esfuerzo, tiempo y organización, encomiables.

Glosario	423
Índice	429

Acerca del autor

El Dr. Pedro Sánchez Escobedo es Profesor, Investigador Titular "C", de tiempo completo, de la Universidad Autónoma de Yucatán.

Es médico cirujano y especialista en docencia por la Universidad Autónoma de Yucatán, es maestro en psicología educativa y del desarrollo por la Universidad de Bristol en Inglaterra y Doctor en psicología y psiquiatría por la Universidad de Iowa en los Estados Unidos.

El Dr. Sánchez pertenece desde 1996 al Sistema Nacional de Investigadores de México, ha sido responsable de diversos proyectos de investigación, por los que ha recibido apoyo estatal, federal e internacional. Es miembro del Consejo Mexicano de Investigación Educativa.

A la fecha ha publicado 4 libros, más de 70 artículos originales de investigación y ha sido invitado como profesor en las Universidades de Iowa, Pacífica Luterana, Ohio, Chicago State, la UNAM y la Anáhuac entre muchas otras.

Las áreas específicas de investigación son educación especial, orientación y educación superior. Ha ejercido la práctica clínica de manera multidisciplinaria, continua y paralela a la academia.



Introducción

En la presente obra, se analizan las competencias profesionales del psicólogo en los diversos ámbitos clínicos, identificando las habilidades necesarias para una práctica eficaz. Pretendemos abordar, de manera simple y didáctica, los principales retos que afronta el psicólogo clínico en la actualidad.

Además, en esta obra se compilan algunos de los principales trastornos psicológicos que se observan a lo largo del desarrollo humano, desde una visión clínica y evolutiva. Se examinan desde una perspectiva de atención integral, multidisciplinaria y holística: de ahí el nombre de esta obra, que subraya la importancia de identificar la psicopatología en el ejercicio de la clínica.

La obra está organizada para que el estudiante de psicopatología clínica se capacite para abordar los principales problemas observados en la práctica clínica, de una manera objetiva, sistemática y eficiente.

Este libro se basa en el pensamiento clínico, metódico y fundamentado en la evidencia empírica; ofrece al profesional una visión metódica y secuencial que le permita intervenir en los problemas sufridos por quienes buscan ayuda con un psicólogo. En particular, se pretende entrenar el pensamiento científico con la finalidad de establecer pronósticos y necesidades, calcular costos y

probabilidades de mejoría en las diversas intervenciones, así como otorgar lineamientos para conducirse de manera profesional, ética y humanista.

Se pretende, también, capacitar al clínico para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las diferentes condiciones observadas, facilitar la resolución de problemas de vida cotidiana, así como los procesos de ajuste, pérdida y adaptación. De igual forma, se hace hincapié en trabajar con diversos profesionales de la salud mental en equipo, de manera cooperativa y multidisciplinaria.

Esta obra inicia desde la convicción de que los problemas de salud mental, son importantes barreras para el desarrollo personal, para la felicidad plena y el desarrollo total de los potenciales humanos y representan un importante costo, en términos de salud pública; además de ser una barrera para el desarrollo del país.

La historia de la psicología nos ha mostrado las múltiples debilidades de tener enfoques únicos basados en corrientes de pensamiento absolutas, *a priori* y excluyentes; en los riesgos y daños que representa visualizar la patología psicológica desde una perspectiva filosófica particular, sin bases científicas adecuadas ni fundamentos empíricos que permitan evaluar la efectividad de las diferentes aproximaciones terapéuticas. Por lo anterior, esta obra es ecléctica ante las aproximaciones de los problemas clínicos y combina múltiples enfoques de intervención. Sin embargo, hay cierto énfasis en las bases biológicas y en la intervención medicopsicológica de muchos de los trastornos, por ello se aduce con frecuencia a la clasificación psiquiátrica de las enfermedades mentales (DSM-IV-TR) y en consecuencia se otorgan bases para la farmacoterapia.

La visión evolutiva en esta obra implica la visión integrada y total del ser humano como una persona que nace, crece y se desarrolla. Es decir, se explican los diferentes trastornos que ocurren con más frecuencia en diferentes etapas del desarrollo, pero al mismo tiempo, se trata de dar una visión de cómo los diferentes trastornos evolucionan, se complican, sanan, persisten o se transforman a lo largo de la vida del individuo.

El énfasis pragmático en la práctica clínica, deriva de la experiencia tanto en el ámbito académico como en la práctica clínica diaria del autor. Como profesor de muchos años, el autor está consciente de las limitaciones de quienes son puramente teóricos y por tanto, no poseen los "trucos" cotidianos para la práctica clínica diaria y los artificios necesarios para el manejo de un paciente; así como de las limitaciones de quienes, esencialmente prácticos, carecen de bases teóricas, con fundamentos empíricos robustos, que les permitan tener una autorregulación de su práctica.

Se otorga especial atención a la identificación de factores protectores y de riesgo para diferentes patologías. Al final del texto se incluye un glosario de términos con la finalidad de buscar un lenguaje claro y unívoco, fácil de entender, así como una lista de siglas y acrónimos utilizados.

probabilidades de mejoría en las diversas intervenciones, así como otorgar lineamientos para conducirse de manera profesional, ética y humanista.

Se pretende, también, capacitar al clínico para la prevención, diagnóstico y tratamiento de las diferentes condiciones observadas, facilitar la resolución de problemas de vida cotidiana, así como los procesos de ajuste, pérdida y adaptación. De igual forma, se hace hincapié en trabajar con diversos profesionales de la salud mental en equipo, de manera cooperativa y multidisciplinaria.

Esta obra inicia desde la convicción de que los problemas de salud mental, son importantes barreras para el desarrollo personal, para la felicidad plena y el desarrollo total de los potenciales humanos y representan un importante costo, en términos de salud pública; además de ser una barrera para el desarrollo del país.

La historia de la psicología nos ha mostrado las múltiples debilidades de tener enfoques únicos basados en corrientes de pensamiento absolutas, *a priori* y excluyentes; en los riesgos y daños que representa visualizar la patología psicológica desde una perspectiva filosófica particular, sin bases científicas adecuadas ni fundamentos empíricos que permitan evaluar la efectividad de las diferentes aproximaciones terapéuticas. Por lo anterior, esta obra es ecléctica ante las aproximaciones de los problemas clínicos y combina múltiples enfoques de intervención. Sin embargo, hay cierto énfasis en las bases biológicas y en la intervención medicopsicológica de muchos de los trastornos, por ello se aduce con frecuencia a la clasificación psiquiátrica de las enfermedades mentales (DSM-IV-TR) y en consecuencia se otorgan bases para la farmacoterapia.

La visión evolutiva en esta obra implica la visión integrada y total del ser humano como una persona que nace, crece y se desarrolla. Es decir, se explican los diferentes trastornos que ocurren con más frecuencia en diferentes etapas del desarrollo, pero al mismo tiempo, se trata de dar una visión de cómo los diferentes trastornos evolucionan, se complican, sanan, persisten o se transforman a lo largo de la vida del individuo.

El énfasis pragmático en la práctica clínica, deriva de la experiencia tanto en el ámbito académico como en la práctica clínica diaria del autor. Como profesor de muchos años, el autor está consciente de las limitaciones de quienes son puramente teóricos y por tanto, no poseen los "trucos" cotidianos para la práctica clínica diaria y los artificios necesarios para el manejo de un paciente; así como de las limitaciones de quienes, esencialmente prácticos, carecen de bases teóricas, con fundamentos empíricos robustos, que les permitan tener una autorregulación de su práctica.

Se otorga especial atención a la identificación de factores protectores y de riesgo para diferentes patologías. Al final del texto se incluye un glosario de términos con la finalidad de buscar un lenguaje claro y unívoco, fácil de entender, así como una lista de siglas y acrónimos utilizados.



CAPÍTULO 1

La psicología clínica como campo profesional

La psicología clínica es un campo en continua transformación disciplinaria y profesional que requiere de reflexión, actualización y renovación constantes.

La psicología clínica, constituye un campo heterogéneo de teorías y procedimientos. Esta heterogeneidad se presenta como una diversidad, que de acuerdo con Pérez (1998) "...raya, incluso, en doctrinas y prácticas contradictorias" (p. 78).

Se dice que el psicólogo clínico trabaja en la promoción de la salud mental y en la intervención y rehabilitación de las personas con trastornos mentales y físicos. Esta rama de la psicología surge de la tradición en las profesiones de ayuda para atender la patología o anormalidad, el término surge de la etimología griega *klinós* que significa cama, en este sentido el clínico "...se inclina sobre el que yace en la cama". La orientación clínica se dirige a quien tiene problemas y trastornos, enfatizando en el caso individual; pero sobrepasa el campo de la anormalidad y la patología, porque en muchos casos los psicólogos clínicos manejan eventos normales, cotidianos o extraordinarios, que de algún modo afectan a las personas en su desarrollo y bienestar. Así, ante la opinión pública, existe la noción de que el psicólogo es, el profesional de ayuda, quien coadyuva y facilita la intervención

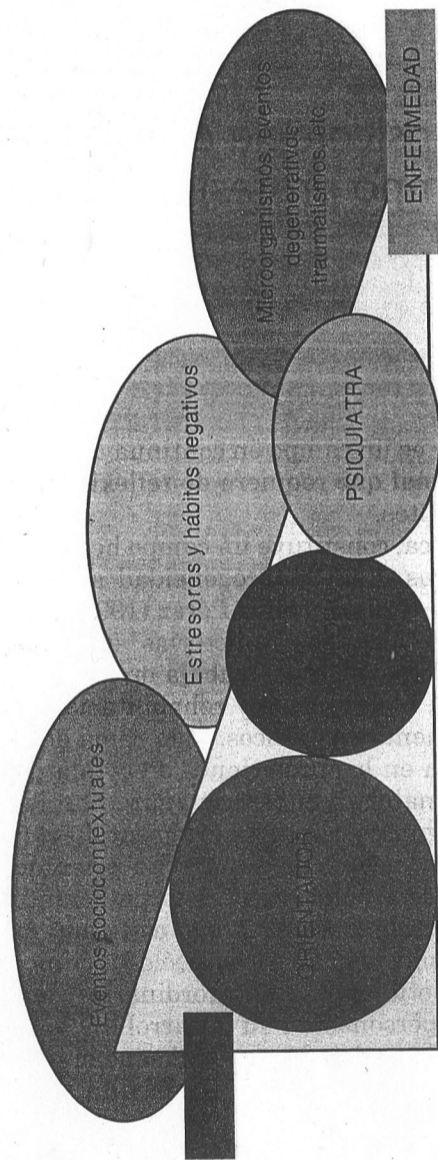


Figura 1-1. Profesiones de ayuda.

de personas con sufrimiento y angustia por procesos de pérdida, en casos de decisión dilemática o ante los problemas de vida y de pareja.

En el campo profesional, los psicólogos clínicos trabajan en la rehabilitación de personas con accidentes vasculares cerebrales, con esquizofrenia y depresión, con adicciones, autismo, educación especial y otros males y patologías; pero constantemente abordan problemas de identidad en la adolescencia, duelos y procesos de pérdida, problemas laborales, de pareja y de preparación para la muerte, eventos normales y esperados, pero que afectan el bienestar de la persona.

A pesar de la historia de la psicología, afectada por escuelas doctrinarias de pensamiento, con posturas dogmáticas excluyentes, cónclaves y otras vicisitudes. En los albores del siglo XXI, las diversas tendencias comienzan a converger en dos aspectos concretos: en el consenso de ciertas competencias profesionales específicas necesarias para la práctica y en la aceptación más extendida de explicaciones biológicas para muchos de los trastornos.

En la tradición psicológica, el campo clínico enfatiza la necesidad de visualizar al individuo dentro de su historia, contexto, tareas del desarrollo y fortalezas y vulnerabilidades, entre los muchos factores a considerar simultánea e integradamente.

Además, se exige cada día más del psicólogo clínico la capacidad de interactuar con otros profesionales —de igual o mayor recelo profesional— en términos de equidad y respeto mutuo, por lo cual la formación multidisciplinaria es indispensable, al igual que una actitud de apertura, ecléctica y de autocrítica constante, así como la disposición para el trabajo en equipo.

HISTORIA

La psicología clínica comenzó como una ciencia interesada en el estudio de la conducta esencialmente anormal o desviada, abarcando una amplia variedad de fenómenos manifiestos y encubiertos, adaptativos o maldaptativos, conscientes e inconscientes.

Históricamente, algunas áreas de la psicología clínica como la fenomenología, el diagnóstico clínico y los regímenes terapéuticos derivan de la psiquiatría, otras áreas como la psicometría de los ámbitos educativos y del reclutamiento militar; la modificación conductual y el método experimental surgieron en el laboratorio y todos ellos se fueron incorporando en un campo disciplinar específico que, desde la perspectiva psicológica, pretende ofrecer servicios profesionales a las personas que acuden a consulta por padecer sufrimiento y angustia de manera primaria; o de manera secundaria, por el sufrimiento que causan otras enfermedades y condiciones.

De acuerdo con Anzola (2005) la psicología, como campo de estudio, aborda las sensaciones y motivaciones del ser humano, la compleja red de aprendizajes entrelazados que conducen al comportamiento, la personalidad y también la conducta desviada. Dada la amplitud de este concepto, la ciencia psicológica se ha especializado en distintas ramas según su objeto de estudio, dando como resultado la psicología escolar, la psicología social, la psicología experimental, la psicología industrial y la psicología organizacional, y desde luego, la psicología clínica: enfocada directamente en el ámbito de la salud, la patología mental y la adaptación y sobrevivencia ante los eventos de la vida.

En suma, la psicología clínica se ocupa de los problemas relativos al área de la salud mental. Los psicólogos clínicos evalúan, diagnostican y tratan individuos y grupos con una serie de métodos y técnicas propias, con el objeto de lograr una mejor adaptación conductual, efectividad y satisfacción personal.

La psicología clínica constituye en sí misma, un campo disciplinar complejo y más o menos delimitado, estrechamente relacionado por un lado con las ciencias médicas y de la salud y por el otro la tradición psicológica de la psicometría, la visión humanista del ser y la hermenéutica, la cual interpreta en el ser humano lo que significa la enfermedad, condición de vida y cómo ésta afecta su contexto.

Como campo profesional, la psicología clínica, aparece formalmente en 1896 en la *Penn University* cuando Lightner Witmer

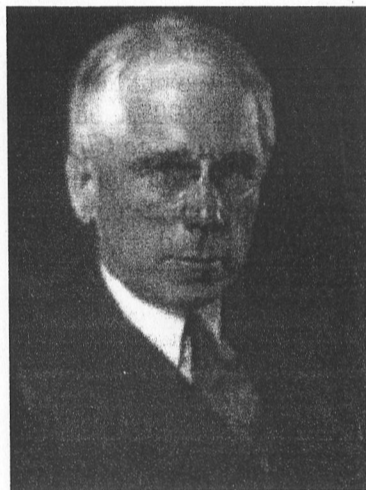


Figura 1-2. Lightner Witmer, padre de la psicología clínica moderna.

www.peti.pl/wiki/Clinical_psychologists

utiliza el término “psicología clínica” para connotar sus esfuerzos realizados con personas con discapacidad intelectual. Witmer concebía la psicología como una disciplina estrechamente vinculada con la investigación científica y sometida a la prueba de la utilidad y eficiencia en la práctica.

De acuerdo con Reisman (1991), el papel terapéutico del psicólogo perfilado por Witmer es muy similar al papel del terapeuta conductual de hoy en día.

Algunos de los mitos importantes en la historia de la psicología clínica pueden remontarse a los principios del siglo XX; por ejemplo el 15 de marzo de 1907 surgió el primer número de *Psychological Clinic*, una revista fundada por Witmer para el estudio y tratamiento del retraso mental.

Al final del decenio 1920-1929, los clínicos comenzaban a inquietarse y buscaban cada vez más reconocimiento por el papel que desempeñaban, dado su interés especial y único, en 1935 el comité

de normas definió la psicología clínica como "el arte y técnica relacionados con los problemas de adaptación de los seres humanos" (Weisman, 1976: 200). En 1936 se publicó el primer texto de psicología clínica (Phares, 1999) y en 1937, se inicia la publicación de lo que hoy es el *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (JCCP), considerado el inicio de la consolidación de la psicología como un campo profesional, único y diferente de otras disciplinas.

Rodríguez (1998) opina que las dos guerras mundiales del siglo XX, contribuyeron a la consolidación de esta especialidad como disciplina científica, a través de la medición de las diferencias individuales por medio de pruebas psicológicas para el reclutamiento y el tratamiento que demandaban los veteranos de guerra, contribuyendo a la formación del psicólogo clínico como terapeuta.

Es decir, el reclutamiento y la rehabilitación implicaban fuertes necesidades de atención clínico-psicológica. Además, los psiquiatras estaban desbordados en la posguerra, cuando las prioridades y los fondos financieros abundaban para atender a quienes habían combatido, en este contexto se moldea el psicólogo clínico como psicoterapeuta y coadyuvante en trastornos mentales y psicológicos, y se le define como un científico-práctico, cobrando auge como profesional en los ámbitos institucionales.

Esta noción, es adoptada por la *American Psychological Association* (APA) que en 1945 crea la División de Psicología Clínica y en 1949 en la Conferencia de Boulder, con la finalidad de clarificar los propósitos de la formación del psicólogo clínico en tres vertientes principales: evaluación, tratamiento e investigación.

Stricker y Trierweiler (2006) argumentan que la psicología clínica debe estar basada en los postulados científicos y la práctica clínica, cimentada en pensamientos objetivos, sistemáticos y basados en la ciencia clínica. De hecho, en la agenda de la conferencia nacional de las escuelas profesionales de psicología, definieron la ciencia psicológica como el modo sistemático de investigar que exige la identificación del problema, la adquisición, la organización y la interpretación de información relativa al fenómeno psicológico observado (Peterson *et al.*, 1993).

Por tanto, el ámbito clínico puede ser considerado como un laboratorio para el psicólogo clínico y debe ser abordado con la misma disciplina, pensamiento crítico, imaginación, apertura y rigor que caracteriza al científico en cualquier otro ámbito.

LA PSICOLOGÍA EN MÉXICO

En los albores del siglo XX se observó una preocupación por la psicología en México, a decir por los libros publicados sobre el tema por las instituciones de entonces y la tendencia de invitar científicos extranjeros a eventos académicos y médicos. De acuerdo con Galindo (2006), puede hablarse de una etapa histórica anterior al surgimiento de la psicología como ciencia, cuando se aborda el estudio de temas psicológicos en el sentido más amplio del término, es decir, ligados con problemas médicos y filosóficos, desde mucho antes del siglo XIX. Por ejemplo, Valde-rama (1985) habla de una psicología mexicana en los tiempos prehispánicos y coloniales.

La psicología en el sentido moderno nació en México en 1896, cuando Ezequiel Chávez fundó el primer curso de psicología en la Escuela Nacional Preparatoria. En esta primera época de desarrollo, es notable la influencia de la psicología francesa y alemana.

En los decenios 1940-1950, la psicología es entendida fundamentalmente como una mezcla de psicoanálisis, psiquiatría y psicometría. Los escasos trabajos notables que se publicaron son casi sólo adaptaciones de pruebas extranjeras (López *et al.* 1960) y ensayos psicoanalíticos (Ramírez, 1959).

Sin embargo, a partir del decenio 1960-1969, la influencia estadounidense desplaza gradualmente a la europea. Galindo (2006) identifica tres enfoques relevantes en la psicología en México: el transcultural, el conductual y el psiquiátrico-psicométrico. El primero, el transcultural, coincide con la fundación de la licenciatura en psicología en 1959 en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), vinculado con los psicólogos de la Universidad de Texas en Austin, y alrededor de la figura de Rogelio Díaz Guerrero.

El segundo, el conductismo, surge a finales del decenio 1960-1969, alrededor de la figura de Emilio Ribes quien, según Galindo (2006), señalaba que la única postura científica dentro de la psicología moderna la constituye el enfoque metodológico derivado de la corriente estímulo-respuesta.

El tercero, el enfoque psiquiátrico-psicométrico, es el más antiguo de la psicología mexicana, pues está vinculado directamente con las tendencias predominantes en el periodo de formación antes mencionado (década de los años sesenta). Los científicos que trabajan en este campo por lo regular son colaboradores de psiquiatras y la mayoría lo hace en la lucha de problemas como: alcoholismo, adicciones, enfermedades mentales y temas relativos al desarrollo de pruebas y escalas de uso clínico. Este último es el enfoque más apegado a la psicología clínica actual.

Sin embargo, en México, quizá no sea aventurado decir que la práctica clínica de los psicólogos fue influida con fuerza por la corriente psicoanalítica y conductual y que la distancia entre ambas se va reduciendo hacia una práctica integrada, ecléctica y con fuertes bases psicológicas.

CAMPO PROFESIONAL

La psicología clínica es una disciplina en la cual confluyen la tradición psicométrica y la psicoanalítica, es decir, el énfasis se pone en la medición de las diferencias individuales por un lado, y por el otro, en la comprensión de los mecanismos inconscientes que subyacen a la conducta. En México, los psicólogos han laborado históricamente como auxiliares psiquiátricos y como administradores de pruebas psicológicas.

Casado (1998) afirma que en el ámbito de la salud mental, la intervención del psicólogo clínico no es desde la perspectiva de enfermedad, curación, paliación de síntomas o todas, sino desde una visión más amplia del sujeto con biografía, red social, cultura y grupo social de referencia, con un medio que lo somete a un conjunto de exigencias.

La medicina conductual es una extensa área interdisciplinaria que integra los conocimientos de las ciencias conductuales, psicosociales y biomédicas para comprender la salud y la enfermedad.

A lo largo de los últimos 20 años, la medicina conductual ha hecho acopio de datos que demuestran la íntima conexión existente entre la salud mental y física. Las investigaciones han demostrado, por ejemplo, que las mujeres con cáncer de mama avanzado que participan en una terapia grupal de apoyo viven significativamente más que quienes no intervienen en este tipo de actividad (Spiegel *et al.* 1989), que la depresión predice la incidencia de cardiopatía (Ferketich *et al.* 2000) y que la aceptación realista de la propia muerte se asocia con una mayor supervivencia entre los afectados por el VIH/SIDA (Reed *et al.* 1994).

Es esta coyuntura entre la salud mental y física, la actuación en el terreno de la patología y la responsabilidad de ayudar a individuos sanos en periodos de dificultad es lo que caracteriza el campo del psicólogo clínico como profesional multidisciplinario, con fuerte necesidad de colaborar y comunicarse con otros profesionales de ayuda, tales como: tutores, psicólogos clínicos, psicoanalistas, psiquiatras y neurólogos, por mencionar algunas áreas afines.

Phares (1999) afirma que la psicología clínica es una profesión en continuo desarrollo y creación, que mantiene su visión básica de aplicar los principios psicológicos en los programas de los individuos y cuestiona si el psicólogo clínico debe formarse a nivel de licenciatura o bien de posgrado, argumenta que el título de doctor en psicología (PsyD) es la alternativa más común en EUA para los psicólogos que desean trabajar en los campos clínicos.

Norcross y Kart-Bray (1995) describieron las actividades que los psicólogos clínicos hacían en diversos ámbitos laborales, 84% manifestaron dar primordialmente psicoterapia, orientación y apoyo en el gabinete a pacientes quienes padecen trastornos mentales y otros trastornos físicos o problemas de vida y de ajuste. 66% afirmaron realizar un diagnóstico y evaluación en su práctica clínica; la mitad de ellos hacían algún tipo de labor docente, 62%

de supervisión clínica y la mitad, aproximadamente, labores de investigación, consultoría y administración de los servicios. Las anteriores, son responsabilidades profesionales del psicólogo clínico y elementos en su entrenamiento que deben estar incluidos en la formación de psicólogos clínicos; estos autores también reportaron que los principales sitios donde laboraban los psicólogos clínicos eran hospitales generales y psiquiátricos, clínicas o centros de orientación con pacientes externos y ambulatorios y sólo un tercio de ellos lo hacían en la práctica privada, ámbitos académicos de universidades, entre otros.

EL TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO

Casado (1998) argumenta la necesidad que tiene el psicólogo clínico de trabajar con otros profesionales de un mismo equipo, y con otros equipos con perspectivas diferentes. Es cada vez más evidente la obsolescencia de muchas visiones unidisciplinarias que describen la problemática del individuo desde lo psicológico, lo social, lo educativo, lo biológico o cualquier otra disciplina particular, de manera unidimensional. Por lo anterior, el psicólogo clínico debe aprender a trabajar de manera cooperativa y multidisciplinaria. Particularmente, en las medidas de prevención, intervención o seguimiento prescritos por otros profesionales y en la implementación de acciones como adherencia a la medicación, las dietas, las terapias físicas y mentales y otras acciones adicionales necesarias para el mejoramiento del paciente.

En muchos casos, el éxito de una intervención, ya sea médica, bariátrica, física o de cualquier índole, dependerá del cambio en hábitos y conductas que será necesario enseñar, modificar, reforzar y mantener en los largos tratamientos. ¡Quién mejor que el psicólogo para tomar la responsabilidad sobre este aspecto!

El éxito en la racionalización de los sistemas de salud y de la primacía de los enfoques preventivos sobre los curativos radica en el cambio significativo de hábitos insalubres por hábitos saludables. Por ejemplo, Richart y Cabrero (1988), mostraron claramente que los fracasos terapéuticos ante muchas enferme-

dades se debían al incumplimiento o la forma incorrecta de tomar la medicación y de otro tipo de medidas como las dietéticas, la disminución de ingesta de alcohol, el tabaquismo, la falta de ejercicio, entre las más comunes. Estos autores afirman que cerca de la mitad de los fracasos en la intervención se debe a que no hay un cambio significativo en los hábitos de vida: cambiar conductas poco saludables por conductas saludables.

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

La formación del psicólogo clínico como parte de un equipo de salud, capacitado para cambiar hábitos de vida nocivos por hábitos saludables pudiera ser un escenario laboral potencialmente rentable para la atención de las enfermedades, las cuales representan gran parte del gasto público en atención para la salud.

De hecho, la implementación de la atención psicológica en los tres niveles: el primario o preventivo, el secundario o de primera atención y el terciario a nivel alta especialidad dentro de un hospital, representa una acción sensata e inteligente para optimizar los recursos en el sistema nacional de salud; sobre todo si consideramos la importancia cada vez mayor de las patologías crónicas y psicosomáticas y el crecimiento del gasto en enfoques farmacéuticos y en intervenciones de alta tecnología. Como compromiso social, la formación del psicólogo clínico deberá facilitar un uso adecuado y eficaz de los recursos y las intervenciones por parte de los usuarios.

La figura 1-1 ilustra esquemáticamente el campo del psicólogo clínico en el contexto de otras profesiones afines.

ÉTICA PROFESIONAL

No se puede soslayar la importancia de considerar los aspectos básicos y relevantes de la ética profesional en la práctica de la psicología clínica.

El psicólogo clínico, al igual que otros profesionales de las ciencias de ayuda y de la salud, debe regirse por los principios básicos de: a) respeto por los derechos y la dignidad de las personas; b) cuidado responsable para desempeñar su profesión; c) integridad en las relaciones que el psicólogo establece con los demás para evitar conflictos de interés, y; d) responsabilidad hacia la sociedad.

Entre los problemas y dilemas éticos más frecuentes se encuentran los relacionados, en primer lugar, con problemas de competencia profesional, por ejemplo, cuando se hacen valoraciones psicológicas por personas no preparadas o interpretaciones erróneas de la aplicación de pruebas o el uso inadecuado de éstas. Esto está relacionado con acreditación, licencias profesionales y calidad de la formación profesional, aspectos de gran variabilidad en las escuelas mexicanas.

En segundo lugar, los problemas concernientes con las relaciones duales con pacientes; cuando éstos son familiares y pacientes o bien son estudiantes y pacientes; ambos casos, por lo general están contraindicados en la práctica clínica. En este tenor, y con menor frecuencia, los casos de relaciones amorosas o sexuales con los pacientes.

Un tercer aspecto para reflexionar son las quejas, cada vez más frecuentes, de cobros excesivos por los servicios psicológicos, ofrecimientos de curas milagrosas o la administración de terapias psicológicas para casos que no lo ameritan, por su grado o naturaleza. Todos estos problemas pueden agruparse dentro del rubro: práctica profesional fraudulenta.

Finalmente, otra área de conflicto ético es la del mantenimiento de la confidencialidad inherente a la atención psicológica y el discernir cuando y qué se debe develar durante un juicio legal o al informar sobre el estado de salud del paciente a los familiares de éste, al momento en que así lo soliciten. En este aspecto, cabe resaltar la obligación del psicólogo clínico de romper el acuerdo de confidencialidad cuando el paciente o alguna otra persona están en riesgo de daño para él o para otros, y en este caso debe capacitarse al profesional para proceder de las

mejores formas posibles; para dar aviso a los familiares y las autoridades correspondientes en caso necesario y para actuar como prueba de cargo o como perito en procesos judiciales en los que existe daño como consecuencia de una enfermedad mental.

Código ético

El propósito principal del código ético es garantizar la protección de los usuarios de los servicios psicológicos y ofrecer apoyo al psicólogo, tanto en la toma de decisiones como para educar a terceros que le soliciten acciones contrarias a los principios que rigen su comportamiento.

García (2004) analiza y discute los principios y valores éticos que deben regir la conducta profesional del psicólogo, en seguida se revisan algunos de los más relevantes.

Principios

Los principios se derivan del sentido común y de los principios básicos de convivencia social y son guías que norman la solución de problemas que se presentan en las relaciones del psicólogo con sus pacientes, con otros psicólogos y con el público en general. La siguiente lista no es exhaustiva, sin embargo incluye algunos de los más relevantes principios éticos universales que se deben considerar en la práctica clínica, ordenados con una intención de prioridad.

1. Acatar las normas morales y legales. Por ejemplo, obtener el consentimiento informado del paciente y explicar los principios de confidencialidad y las limitaciones del tratamiento.
2. Respetar los derechos humanos, ser tolerantes con la diversidad cultural, las preferencias sexuales, las diferentes posiciones políticas o ideológicas.
3. Determinar la finalización de una intervención dada la posibilidad de iatrogenia, porque ya no es útil para el paciente o porque se ha convertido en una relación dual o peligrosa para el bienestar del paciente.

4. Evitar el abuso en los cobros, bajo la premisa de que el daño patrimonial hacia el paciente es por sí mismo una acción negativa y poco ética.
5. Acreditar las técnicas de evaluación psicológica utilizadas en la práctica y explicar al paciente los procedimientos, así como las exigencias, riesgos y demandas físicas e intelectuales de las mismas.
6. Cuidar la seriedad de las declaraciones públicas en medios escritos y electrónicos, protegiendo primariamente la confidencialidad del paciente y tener cuidado de no dañar la imagen de la profesión.
7. Cuidar el uso de animales de laboratorio en los procesos de experimentación, procurando no causar daño o sufrimiento innecesario.

Los valores éticos

El valor se refiere a las creencias personales que nos impulsan a la acción, a cierto tipo de conducta con base en lo que consideramos bueno y malo. Los valores propuestos para una práctica adecuada son:

1. Actuar con la convicción de que se está haciendo lo mejor para el paciente y que se antepone su bienestar y mejoría al prestigio, logro o lucimiento profesional.
2. Cuidar la confidencialidad de la información en la práctica profesional bajo la convicción de evitar daños al paciente. En este sentido el principio hipocrático de "primero no daño" sí se debe aplicar.
3. Actuar bajo los principios de honestidad, justicia, respeto y responsabilidad; en fin, bajo la guía de los principios éticos universales.

Lozano *et al.* (2003) argumentan que la enseñanza de los valores morales se sustenta en la ausencia de modelos morales absolutos, por lo cual se precisan criterios morales propios y razonados. Por ejemplo, todos hemos tenido la experiencia de

que nuestros valores sean cuestionados y criticados por otras personas y en otros contextos distintos a los nuestros, a la vez que hemos sido críticos con otras escalas axiológicas. Esa experiencia nos ha hecho ser conscientes de que debemos cuestionar, fundamentar y defender con argumentos nuestros propios valores. Los nuevos avances en biotecnología, robótica, medicina y neurociencias, nos sitúan en situaciones nuevas a las que debemos responder con el desarrollo coherente de los valores morales que hacen la vida digna.

Por lo anterior, la educación en valores debe ser inherente a la enseñanza de los contenidos o habilidades que se pretenden desarrollar en un psicólogo clínico.

La Comisión Nacional de Ética en Psicología (CoNaEP)

En México, las acciones que violen el código ético pueden conducir a la imposición de sanciones a un psicólogo por parte de la Comisión Nacional de Ética en Psicología (CoNaEP) y de instituciones diferentes a la Sociedad Mexicana de Psicología (SMP), incluyendo las autoridades judiciales correspondientes, asociaciones psicológicas estatales, comisiones de arbitraje, la Dirección General de Profesiones de la Secretaría de Educación Pública (DGP, SEP), así como por otros organismos estatales y federales.

La CoNaEP está conformada por ocho miembros distinguidos y representantes de las diferentes áreas del gremio de la psicología: educación y desarrollo, organizacional, social, clínica, básica-experimental, investigación, docencia y ética.

De acuerdo con González-Celis (2007) la CoNaEP cumple la función de recibir y atender quejas de los usuarios de servicios psicológicos o de colegas quienes se encuentran en un dilema de naturaleza ética, o que saben de alguna persona o grupo que cometa acciones contrarias a las normas éticas.

Los casos son revisados por la CoNaEP siguiendo las normas de acuerdo con el Código Ético del Psicólogo, en el cual se señala que los psicólogos y estudiantes de psicología, miembros o no

de la Sociedad Mexicana de Psicología, asumen la responsabilidad de actuar en el desempeño de sus actividades profesionales, académicas y científicas bajo un criterio rector, que es garantizar en todo momento el bienestar de todas las personas, grupos u organizaciones que requieran de sus servicios, dentro de los límites naturales de la práctica de la psicología.

CAPÍTULO 2

Salud mental y enfermedad

Dentro de las necesidades básicas del ser humano se encuentran, en un lugar preponderante, gozar de buena salud, es por ello que gobiernos, comunidades, familias y personas se preocupan siempre por conservar y mantener niveles óptimos saludables. Como se manifestó en la Cámara de Diputados en México “Un país que presente serios problemas en la salud de sus habitantes tendrá problemas para llevar adelante un Plan Nacional de Desarrollo de sus propios pobladores” (Sandoval y Richard, 2005).

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

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

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

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

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

En este capítulo, revisaremos las diversas perspectivas que permiten dilucidar si una persona se encuentra sana o enferma y analizaremos las dificultades conceptuales en la delimitación de lo que es un trastorno mental.

SALUD MENTAL Y FÍSICA

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005), actualmente se calcula que 450 millones de personas en el mundo padecen alguna forma de trastorno mental que les genera sufrimiento e incapacidad. Aproximadamente, 130 millones de ellas sufren depresión; entre 70 y 90 millones padecen trastornos por el abuso de alcohol o diversas drogas; de 24 a 25 millones sufren de esquizofrenia; 37 millones tienen demencia, un millón de personas se suicidan cada año y cerca de 15 millones intentan suicidarse.

En el transcurso de su vida, una de cada cuatro personas se verá afectada por algún trastorno mental y se calcula que una

de cada cuatro familias en el mundo tiene un miembro con algún trastorno mental (Saraceno, 2004).

Esto supone un costo enorme en sufrimiento humano, discapacidad y pérdidas económicas debido a padecimientos mentales y se calcula que los trastornos mentales y del comportamiento representan 12% de la carga de morbilidad en el mundo.

Sin embargo, el presupuesto para salud mental de la mayoría de los países es inferior a 1% del gasto total en salud. La relación entre carga de morbilidad y gasto en salud es claramente desproporcionada. Más de 40% de los países no disponen de una política de salud mental y en más de 30% no existe un programa dedicado a ella. Solo 10% de los países tienen una política de salud mental que incluya niños y adolescentes.

La OMS (1946) ha definido la salud en general, como un estado de completo bienestar mental, físico y social; y no meramente como la ausencia de enfermedad o dolencia; pero si definir el concepto de salud general ha sido complicado, definir el concepto de salud mental es mucho más difícil.

La literatura especializada abunda en definiciones diversas que nos dan una idea de la dificultad en el juicio de enfermedad y salud en el campo de la psicología, por ejemplo para Hadfield en el siglo XIX, la salud mental era el funcionamiento pleno y armonioso de toda la personalidad. Aún Marx opinó con respecto al tema, argumentando que la alienación o enajenación mental era la enfermedad fundamental del hombre, sólo solucionable, desde luego, con el socialismo. Pese a la diversidad de opiniones existentes, es posible consensuar tres ideas fundamentales respecto a la salud mental.

La primera es que la salud mental es una parte integral de la salud y es más que la ausencia de enfermedad. La segunda es que la salud mental está íntimamente conectada con la salud física. La tercera, tiene que ver con el sentido de felicidad, libertad, paz social y oportunidad, conceptos mucho más subjetivos, pero importantes de tener en cuenta cuando hablamos de una persona con salud mental.

Recientemente, la OMS ha redefinido el concepto de salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo está consciente de sus propias habilidades, puede afrontar el estrés normal de la vida, trabajar fructífera y productivamente y es capaz de hacer una contribución a su propia comunidad.

Las nociones de salud mental, implican además respeto por los derechos humanos, una consciencia pacífica y armónica, la capacidad de tomar decisiones individuales y la capacidad de poseer libertad, autonomía, información y otros aspectos relacionados con el logro de metas y el cumplimiento de aspiraciones.

En otras palabras, la salud mental no sólo implica la ausencia de enfermedad o de desviaciones significativas de la norma (anormalidad); sino que conlleva aspectos subjetivos de la condición individual tales como la satisfacción personal, la felicidad, la libertad y la competencia personal y la capacidad de adaptación al entorno.

Personalmente, la definición genial de Freud de salud mental "*lieben und arbeiten*" ("amar y trabajar") es casi siempre un criterio suficiente para dilucidar si un individuo está mentalmente sano y ajustado. Es decir, una persona quien puede trabajar (estudiar, llevar un hogar, etc.) y amar (tener relaciones sociales sanas, de pareja, de convivencia comunitaria, etc.) es una persona quien quizás no requiera de servicios profesionales de salud mental. Por esto, en esta obra se hace énfasis en la relación entre la psicopatología y el desarrollo humano, ya que los factores que influyen en el desarrollo humano influyen también en la salud mental y es probable que exista una relación dinámica entre éstas.

Los trastornos mentales ocasionan costos económicos, sociales, familiares, emocionales y personales para quienes los padecen. Basten solamente dos ejemplos de índole económico: en EUA se ha reportado el costo directo de los tratamientos en 148 mil millones de dólares, esto representa 2.5% del Producto Nacional Bruto. Los costos indirectos en los países desarrollados son de 2 a 6 veces superiores en comparación con los que se registran

en los países en vías de desarrollo, donde los costos son bajos generalmente (OMS, 2005).

Otro ejemplo es Chile, con una población de 3.2 millones de habitantes, donde los costos directos del tratamiento de los trastornos mentales es aproximado a los 74 millones de dólares, lo que representa la mitad del presupuesto total de salud mental de ese país (Araya *et al.* 2001).

Los costos sociales también pueden ser significativos en términos del rechazo social, estigmatización, discriminación y ausencia de oportunidades de trabajo para las personas con trastornos mentales. Las familias también deben lidiar con varios aspectos como la carga emocional de cuidar al enfermo si está discapacitado y apoyarlo económicamente si no trabaja, cubrir los costos de los tratamientos como consultas, hospitalizaciones, terapias, medicamentos, transportación a los lugares de atención, etc. Asimismo debe considerarse el tiempo que algunos familiares dejan de trabajar y no percibir ingresos por tener que llevar al paciente a las consultas y tratamientos; las repercusiones en la disminución de la calidad de vida en la familia, el estrés ocasionado por la enfermedad y como consecuencia la presencia de trastornos mentales y problemas emocionales en los familiares del paciente, como la depresión y el abuso del alcohol; la discriminación ejercida por otras familias o por la comunidad sobre la familia por tener un enfermo mental en el hogar, e incluso el desgaste emocional en casos en que la discriminación intrafamiliar ocurre cuando algún integrante no acepta al enfermo, lo rechaza y lo discrimina negando así el apoyo emocional tan necesario para el paciente.

PROBLEMÁTICA DE SALUD MENTAL EN MÉXICO

Antes de preocuparnos por el bienestar del individuo, su realización plena y su capacidad de autoactualización; se debe reconocer que en México existen muchos y graves problemas de salud mental que han sido pobremente atendidos. Valencia (2007) estima que alrededor de 15 millones de personas padecen algún

trastorno mental. Los resultados de la última Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica (ENEP) indican que 28.6% de la población presentó alguno de los 23 trastornos incluidos en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) alguna vez en su vida y que solamente uno de cada 10 pacientes recibe atención especializada (Medina *et al.* 2004).

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

Aunque en México los problemas de salud mental en la infancia no son identificados se calcula que 7% de la población entre los 3 y 12 años de edad se encuentra afectada, por ejemplo, en las escuelas de educación especial de la Secretaría de Educación Pública (SEP), se atienden anualmente aproximadamente a 140 mil niños con problemas de aprendizaje (Sánchez *et al.* 2003). Se calcula que sólo una de cada cuatro personas afectadas por trastornos mentales o psicológicos recibe atención profesional en México (Medina *et al.* 2005).

La búsqueda de atención puede tardar de 8 a 15 años y 15% de las personas con trastornos mentales prefiere automedicarse (Vitela, 2006).

Entre niños y adolescentes de 4 a 16 años de la ciudad de México, se estimó que 16% podría tener algún tipo de trastorno; la mitad de ellos presentó algún síntoma, pero la necesidad de atención se consideró únicamente para 13% (Caraveo *et al.* 2002).

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

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

Además, las cárceles mexicanas están llenas de enfermos mentales, muchos indigentes son enfermos mentales sin atención y en el ámbito rural se esconde y es motivo de vergüenza tener un familiar con algún trastorno mental.

De todas las personas afectadas, una gran proporción no recibe atención especializada debido a las limitaciones en la infraestructura de los servicios de salud mental; la demanda de atención es muy grande y existe un reducido número de especialistas y personal de salud mental.

González *et al.* (2003) refieren que en México, si bien se cuenta con estudios realizados en población escolar éstos se han hecho con instrumentos que miden la sintomatología y no el diagnóstico, por lo tanto tienen una cobertura limitada. Se desconoce cuántos de estos trastornos se presentan en adolescentes en el nivel de secundaria.

Berezon *et al.* (2001), al analizar las creencias de la población acerca de la salud mental, reportaron que aun en situaciones en las cuales se demostró la disponibilidad de un servicio de salud mental donde era posible recibir atención, sólo 35% de personas afectadas por un trastorno mental acudió a consulta con un especialista.

En resumen, pese a los grandes avances en salud mental en el país en los últimos 25 años, las insuficiencias y deficiencias de la atención en esta área continúan siendo graves y aún hay mucho por hacer.

OTRAS VISIONES DE LA SALUD MENTAL

Más allá del aspecto médico o de atención, la salud mental también tiene connotaciones relacionadas con la filosofía y la calidad de vida. Por ejemplo, el bienestar, la adaptación y la felicidad

son conceptos implícitos en el de salud mental que por su subjetividad y dificultad como constructores científicos no han sido plenamente incorporados al concepto de salud mental.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Otro enfoque notable en la promoción de la salud mental es su carácter cultural. Bajo este enfoque, la promoción de la salud mental, buen trato y cultura de paz, son características que deben ser definidas en función de los rasgos culturales de cada región, zona o grupo étnico, considerando las normas, pautas y valores sociales, culturales y religiosos que influyen y determinan los comportamientos y formas de relación.

La enfermedad mental afecta varios niveles. Por ejemplo, desde el punto de vista personal, impide el bienestar y ajuste;

desde el punto de vista laboral, la cronicidad de un problema incide de un modo negativo en su rendimiento. Desde el punto de vista familiar, la existencia de miembros con un proceso crónico constituye una carga sobre el resto de los miembros de la familia, deteriorando la convivencia o impidiendo la búsqueda de soluciones eficaces a una situación de degradación ya existente. Esta circunstancia puede afectar a estos otros integrantes del grupo familiar, facilitando la aparición de trastornos en varios niveles por lo que el carácter total y holístico de la salud mental no debe perderse de vista. En este sentido, la problemática individual debe contemplarse con una visión global que vislumbre, por ejemplo, el ejercicio de la libertad y la toma de decisiones; en muchos casos el bienestar de la persona está en función de las dediciones de vida que tome, y éstas a su vez están influenciadas por la cultura, género, nivel educativo y valores culturales circundantes. En fin, son muchas y muy diversas las avenidas de reflexión que deberán recorrerse para alcanzar un concepto de salud mental que incluya todos los aspectos relevantes de la vida del ser humano y que nos permita entender a cabalidad las formas de alcanzar una vida plena, satisfactoria y con significado positivo.

DIMENSIONES DE LA ANORMALIDAD PSICOLÓGICA

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

La figura 2-2 muestra diversos eventos psicopatológicos desde una visión multidimensional.

Sufrimiento

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

Conducta maladaptativa

Mientras el sufrimiento es básicamente un aspecto afectivo y negativo que siente el individuo, la conducta maladaptativa se refiere a la parte conductual, es decir, a lo que hace. En general, la adaptación describe la capacidad del individuo de interactuar con su medio ambiente, de afrontar los problemas de manera exitosa y de ajustarse y funcionar ante el cambio dentro de las exigencias de su entorno. Los términos resiliencia y afrontamiento (*coping*) describen la capacidad de adaptación; por lo que valorar la conducta adaptativa es importante ya que éste es uno de los aspectos más relevantes para identificar la normalidad. En realidad, el estatus de enfermedad se adquiere cuando el individuo no puede funcionar adecuadamente en su entorno personal, familiar, social, escolar o laboral. Por ejemplo, la persona quien no puede tolerar cambiar de estatus en su empleo, o que no se adapta ante la separación o abandono del cónyuge, etc. Se dice, quizás con razón, que gran parte de la inteligencia y

capacidad de sobrevivencia del individuo reside en esta capacidad de adaptación, en biología el dicho "adaptarse o morir" es regla para muchas especies.

Irracionalidad

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

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

Pérdida de control

El control, en salud mental, se refiere a la consistencia que a través del tiempo, muestra una persona con respecto a su conducta. Connota la capacidad para predecir la reacción de una persona conocida ante un evento determinado. Una persona con control de sí misma es muy predecible; pero para que exista control debe actuar de manera ponderada, racional y con propósito. La pérdida de control, caracteriza a las personas con labilidad afectiva o con carácter explosivo, como coloquialmente se les llama. Esto es un dato de patología mental, ya que en muchos casos la pérdida de control se asocia con episodios de agresión,

que conducen a la pérdida de empleo y de relaciones afectivas. Por ejemplo, cuando una persona pierde su empleo al reaccionar violenta y agresivamente ante los regaños de su jefe.

Convencionalidad

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

Incomodidad de terceros

Esta categoría, un tanto subjetiva, es también un criterio importante de considerar para juzgar la salud mental o la capacidad de convivencia social y laboral de una persona. Es importante considerar la necesidad del individuo de adaptarse a un contexto social y de funcionar en un entorno comunitario, ya sea laboral, escolar o familiar, de forma armónica, con aceptación y capacidad de cooperación de grupo.

Muchos individuos, sin embargo, no son capaces de adaptarse al sentimiento mayoritario de comunidad y al sentimiento de interdependencia de un grupo y causan, por lo general, sufrimiento e incomodidad en otros: son hostiles, intrigantes o muestran actitudes de evasión o de boicoteo. Cuando estas conductas son más o menos persistentes, estos individuos tienden a provocar

rechazo o arruinar el ambiente. En el idioma español existe la expresión "tienen mala vibra". Por esto, es importante evaluar si el individuo es capaz de aceptar convencionalismos sociales y si su intención y su sentimiento general es positivo o negativo. Por ejemplo, piense en un conocido quien lleva el estigma, entre compañeros, de ser la manzana de la discordia, de ser problemático y de causar malestar en el resto del grupo.

POBREZA Y SALUD MENTAL

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

La propia OMS señala que en ausencia de inversiones bien dirigidas para preservar la salud mental el círculo vicioso de la pobreza y los trastornos mentales será perpetuado. Esto impedirá el alivio de la pobreza y el desarrollo. Por lo anterior, es importante que el lector revise con atención la figura 2.1, extraída del informe de la salud mental en México y preparada especialmente para la Comisión de salud de la LIX legislatura.

El lector podrá observar en esta figura que cuando la pobreza, la enfermedad mental y la enfermedad física se combinan, constituyen círculos viciosos casi imposibles de superar, considerando los efectos añadidos cuando éstos se presentan de manera concomitante en la vida de un ciudadano.



Figura 2-1. Círculo vicioso entre pobreza y enfermedad mental.

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

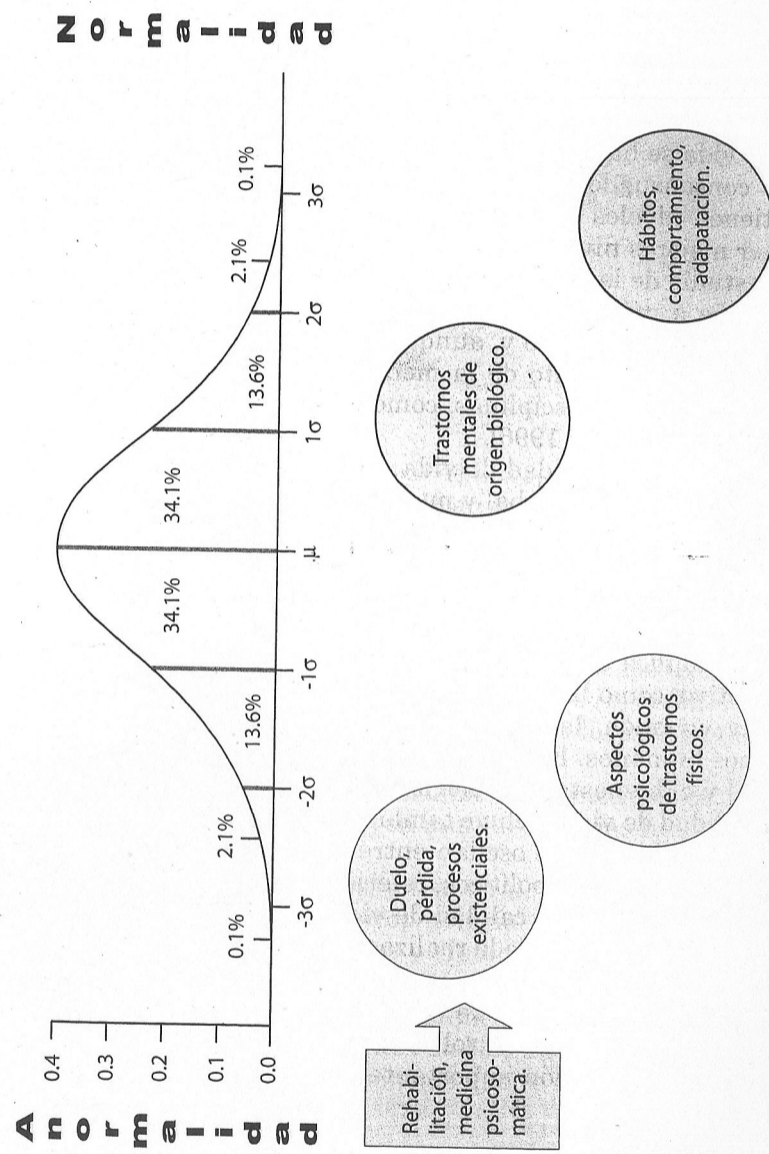


Figura 2-2. Figura que ilustra los diferentes procesos psicológicos dentro de una visión nomotética de la salud y la enfermedad.

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

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

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

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

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

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

CAPÍTULO 3

Bases biológicas de la psicopatología

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

Por la naturaleza misma del trabajo en problemas de salud y adicciones, por mencionar sólo dos de los muchos campos específicos del psicólogo clínico, esta tendencia irreversible del siglo XXI, influye mucho más en el currículo de la psicología clínica que en otros campos psicológicos.

Para el clínico, resulta fundamental entender, aunque de forma sucinta cómo se influyen mutuamente las funciones mentales y las orgánicas.

Los textos especializados, en general, señalan dos vertientes de entendimiento de la psicopatología. La primera es la idea general de que muchos signos y síntomas psicológicos tienen su explicación en eventos de tipo neuroendocrino e inmunitario. La segunda sustenta que algunas creencias, situaciones afectivas y conductas se asocian con hábitos maladaptativos con respecto a la salud; las siguientes son conductas que se asocian con el intento

para evitar enfermedades y mantener la salud: comer sensatamente, hacer ejercicio con regularidad, dormir lo suficiente, no fumar, mantener relaciones sexuales seguras, utilizar el cinturón de seguridad en los vehículos y cumplir los tratamientos médicos. Para ambas perspectivas es necesario tener bases primordiales de anatomía y fisiología del cerebro y del sistema nervioso en general.

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

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

IMPORTANCIA DE LAS NEUROCIENCIAS

Las neurociencias son ramas de la ciencia que estudian la anatomía, la fisiología, la bioquímica y la biología molecular del sistema nervioso, especialmente en lo relativo al comportamiento y el aprendizaje. En los últimos 30 años, las investigaciones sobre la función del cerebro y la fisiología cerebral han arrojado grandes descubrimientos, baste revisar el otorgamiento de los premios Nobel. En 1981, se le dio a Sperry por sus investigaciones sobre

la especialización funcional de los hemisferios cerebrales; en 1991 a Neher y Sakmann por la explicación de los canales de calcio en la sinapsis; en 1997 a Prusiner por el descubrimiento de los priones en las enfermedades neurodegenerativas, y en el año 2000 a Carlson, Greengard y Kandel por la transducción de las señales del sistema nervioso.

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

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

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

Las neurociencias integran los conocimientos de las ciencias conductuales, psicosociales y biomédicas para comprender la salud y la enfermedad. A lo largo de los últimos 20 años, en la medicina conductual se ha hecho acopio de datos que demuestran la íntima conexión existente entre la salud mental y física. En las investigaciones se ha demostrado, por ejemplo, que las mujeres con cáncer de mama avanzado y que participan en una terapia grupal de apoyo viven significativamente más que quienes no intervienen en este tipo de actividad (Spiegel et al., 1989), que la depresión predice la incidencia de cardiopatía (Ferketich et al., 2000) y que la aceptación realista de la propia muerte se asocia con un menor tiempo de supervivencia entre los afectados por el VIH/SIDA, incluso después de ajustar los datos en función de otros posibles factores predictivos de la mortalidad (Reed et al., 1994).

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

En esta obra, sólo señalaremos algunos de los aspectos más importantes, revisando algunos principios básicos que son indispensables y que se deben tener en consideración en el ejercicio de la clínica.

GENÉTICA

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

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

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

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

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

Según Quiroga (2001) el "Proyecto Genoma Humano" está identificando genes relacionados con las enfermedades mentales, el cual revolucionará la terapéutica con la aparición de medicamentos "a la medida" de cada individuo, dirigidos a neutralizar el efecto bioquímico de la mutación y que tendrán una función preventiva más que curativa. Una de las aplicaciones importantes de la información geonómica, será la de proporcionar nuevos fundamentos para el desarrollo de tratamientos eficaces frente a los trastornos mentales y del comportamiento.

En esta vertiente de conocimiento, resultará todavía más retador discernir cómo las influencias genéticas interactúan y son moldeadas por las influencias medioambientales, el reto de entender el crecimiento y desarrollo, la aparición de patrones de conductas saludables y patológicas dependerá de la comprensión profunda de la compleja interacción entre los genes, el medio

ambiente y la persona. El debate "nature" versus "nurture" aún continuará candente y apasionado en los próximos años.

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

La plasticidad sináptica modifica la estructura física del cerebro. Puede darse la creación de sinapsis nuevas, la eliminación de sinapsis antiguas y el fortalecimiento o el debilitamiento de las existentes. El resultado es que la información que se procesa en el circuito cambiará para incorporar la nueva experiencia.

Tanto en el periodo prenatal como durante la infancia y la edad adulta, los genes y el entorno participan en una serie de interacciones inextricables. Cada acto de aprendizaje, modifica la estructura y función del cerebro. No hay que olvidar que el éxito evolutivo del cerebro humano reside en que, dentro de ciertos límites, conserva su plasticidad sináptica durante toda la vida; este reciente descubrimiento se aparta de anteriores teorías según las cuales la estructura del cerebro adulto es estática.

En cuanto a la investigación en genética, cabe resaltar los estudios analógicos, es decir, los experimentos con otras especies como los ratones y conejos, animales con los cuales muchos laboratorios en el mundo, trabajan hoy en día introduciendo o suprimiendo sistemáticamente genes identificados; mientras otros han emprendido proyectos de generación de mutaciones aleatorias en el genoma de varios animales. Estas estrategias ayudarán a comprender la relación de los genes con sus acciones en las células, en los órganos y, en conjunto, del organismo.

En este sentido, en psicología clínica se continuarán los estudios familiares para determinar la morbilidad de ciertos padecimientos

en familias; particularmente se continuarán los estudios en gemelos idénticos, cuyo andamiaje genético es bastante parecido.

Por lo anterior, en la capacitación del psicólogo clínico, será indispensable contar con fuertes bases de genética. Desde el punto de vista de la estructura y función genética, hasta el conocimiento de los métodos de estudio e investigación de los materiales genéticos.

ANATOMÍA

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

Andreas (2004) afirma: "El cerebro es la esencia de lo que nos define como seres humanos. Entender su estructura y su funcionamiento significa entendernos a nosotros mismos. El cerebro normal y sano es un órgano complejo, milagroso e ingeniosamente creado".

El cerebro es el sitio donde llegan las señales procedentes de los órganos de los sentidos, de las terminaciones nerviosas nociceptivas y propioceptivas; procesa toda la información procedente del exterior y del interior del cuerpo para almacenarla como recuerdos (ver figura 3-1).

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

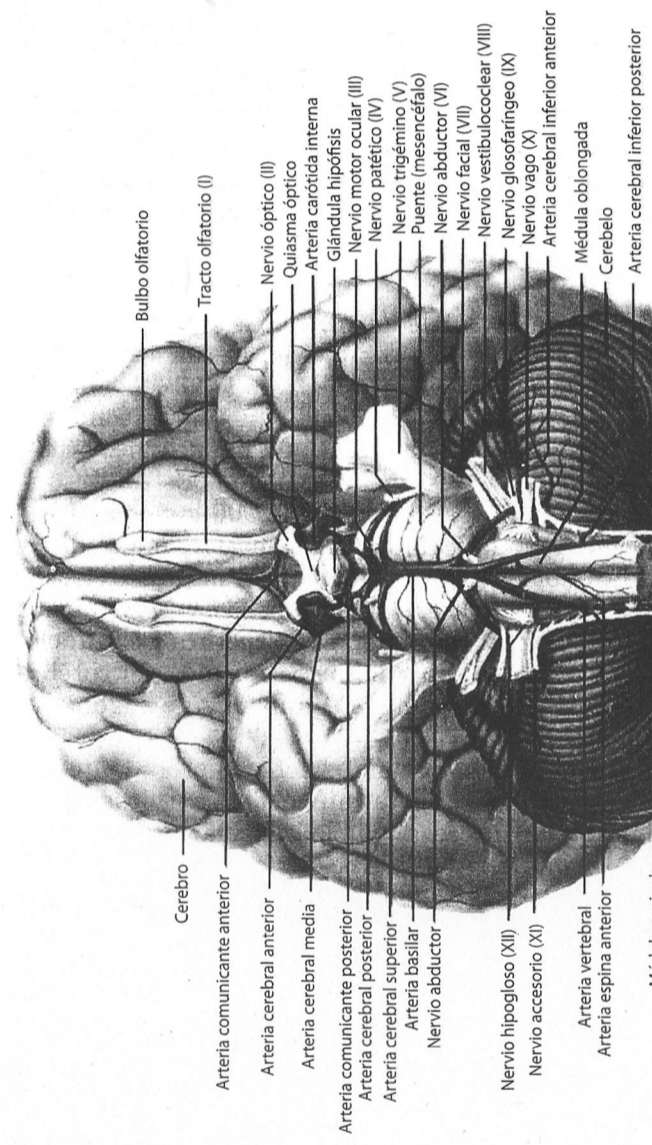


Figura 3-1. Anatomía del cerebro, corte transversal.

complejo desarrollo justifican el nivel superior de inteligencia del hombre, si se compara con el de otros animales.

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

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

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

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

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

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

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

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

El hipotálamo está situado debajo del tálamo, en la línea media en la base del cerebro y está conformado por distintas regiones encargadas de la regulación de los impulsos fundamentales y de las condiciones del estado interno de organismo (homeostasis) como el nivel de nutrientes, la temperatura, etc. El hipotálamo también está implicado en la elaboración de las emociones y en las sensaciones de dolor y placer. En la mujer, controla el ciclo menstrual.

El hipotálamo actúa también como enlace entre el sistema nervioso central y el sistema endocrino. En efecto, tanto el núcleo supraóptico como el núcleo paraventricular y la eminencia mediana están constituidos por células neurosecretoras productoras de hormonas que son transportadas hasta la neurohipófisi-

sis a lo largo de los axones del tracto hipotálamo-hipofisiario. Allí se acumulan para ser excretadas en la sangre o para estimular células endocrinas de la hipófisis. Este sistema, explica el control general que tiene el cerebro sobre todas las funciones corporales, tanto a través de estímulos eléctricos como por la regulación de la liberación de diferentes hormonas. Por lo anterior, se le atribuye al sistema neuroendocrino la regulación de las funciones vegetativas.

El principio de telencefalización nos ayuda a entender muchos fenómenos mentales, éste consiste en organizar las funciones del cerebro desde una perspectiva evolutiva y genealógica; es claro y sucinto las funciones primordiales y vitales, e inconscientes se encuentran en las partes más bajas y antiguas del cerebro. Es decir, las funciones básicas como la respiración, el apetito, la agresión y el funcionamiento neurovegetativo se sitúan en partes asociadas con el hipotálamo y el eje hipotálamo-hipofisiario. Siguiendo esta lógica, las funciones más complejas y sofisticadas y menos vitales se encuentran en las partes más nuevas del cerebro, filogenéticamente hablando, es decir, en la corteza cerebral y en las zonas frontales y prefrontales. Así, es fácil inferir que una lesión en las partes bajas del cerebro producirá mayor riesgo de muerte al incapacitar centros de funcionamiento primario, y las lesiones en las regiones más altas, un menor riesgo mortal; pero con riesgo de más daño en las funciones superiores.

Todo psicólogo clínico debe poseer fuertes bases de neuroanatomía para entender las funciones de la mente.

HISTOLOGÍA

El tejido nervioso consiste básicamente de dos tipos de células, las neuronas y la neuroglía. Las neuronas son responsables de la emisión y la recepción de impulsos nerviosos o señales. La neuroglía aporta a las neuronas nutrientes, protección y soporte estructural. En conjunto, el cerebro contiene más de cien mil millones de neuronas, pertenecientes a miles de tipos diferen-

tes. De acuerdo con Waxman (2003) la complejidad de las acciones del sistema nervioso se refleja en una estructura rica y compleja. Es decir, el sistema nervioso puede verse como una compleja y dinámica red de computadoras interconectadas.

Neurona es el nombre asignado a la célula nerviosa y todas sus prolongaciones. Son células excitables especializadas para la recepción de estímulos y la conducción del impulso nervioso. Su tamaño y forma varía considerablemente. Cada una posee un cuerpo celular desde cuya superficie se proyectan una o más prolongaciones denominadas neuritas. Las neuritas son responsables de recibir información y conducirla hacia el cuerpo celular denominado dendritas. La única neurita larga que conduce impulsos desde el cuerpo celular se denomina axón. Las dendritas y los axones a menudo se denominan fibras nerviosas. Las neuronas se ubican en el encéfalo, médula espinal y ganglios. Al contrario de las otras células del organismo, las neuronas normales en el individuo maduro no se dividen ni reproducen. En el cuadro 3-1 se muestra la clasificación de las neuronas: por su modo de ramificación y por su tamaño.

Las neuronas del sistema nervioso central están sostenidas por algunas variedades de células no excitables que en conjunto se denominan neuroglia. Estas células, en general, son más pequeñas que las neuronas y las superan de 5 a 10 veces en número (50% del volumen del encéfalo y la médula espinal). Hay cuatro tipos principales de células neurogliales: los astrocitos, los oligodendrocitos, la microglia y el epéndimo. En el cuadro 3-2 mostramos las características de cada una de las células que componen la neuroglia.

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

Cuadro 3-1. Clasificación de las neuronas

<i>Por el modo de ramificación</i>	<i>Disposiciones de las neuritas</i>	<i>Localización</i>
Unipolar	La neurita única se divide a corta distancia del cuerpo celular	Ganglio de la raíz posterior
Bipolar	La neurita única nace de cualquiera de los extremos del cuerpo celular	Retina, cóclea sensitiva y ganglios vestibulares
Multipolar	Muchas dendritas y un axón largo	Tractos de fibras del encéfalo y la médula espinal, nervios periféricos y células motoras de la médula espinal
<i>Por el tamaño</i>		
De Golgi tipo I	Axón largo único	Tractos de fibras del encéfalo y la médula espinal, nervios periféricos y células motoras de la médula espinal
De Golgi tipo II	Axón corto que con las dendritas se asemeja a una estrella	Corteza cerebral y cerebelosa

También, un concepto general en la histología neuronal es el carácter de la irreversibilidad, el cual hoy por hoy se sostiene, de la estructura y función neuronal. Hasta ahora, existe el consenso de que cada neurona muerta es una neurona irremplazable. El tejido nervioso, debido a su enorme sofisticación filogenética

Cuadro 3-2. Características de la neurología

46

<i>Estructura</i>	<i>Descripción</i>	<i>Localización</i>	<i>Función</i>
Astroцитos	Cuerpos celulares pequeños, prolongaciones largas y delgadas, filamentos citoplasmáticos, pies perivascularres	Sustancia blanca	Sostén y defensa
Protoplasmáticos	Cuerpos celulares pequeños, prolongaciones gruesas y cortas, muchas ramas, pies perivascularres	Sustancia gris	Soporte
Oligodendrocitos	Cuerpos celulares pequeños, pocas prolongaciones delicadas, sin filamentos citoplasmáticos	En hileras a lo largo de los nervios mielínicos, rodeando los cuerpos de las células nerviosas	Forman la mielina en el SNC, influyen en la bioquímica de las neuronas
Microglia	Célula neuroglial más pequeña, ramas onduladas con espinas	Dispersas por el SNC	Son inactivos en el SNC normal, proliferan en la enfermedad y la fagocitosis, acompañados por monocitos sanguíneos

PSICOLOGÍA CLÍNICA

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Epéndima	De forma cuboidea o cilíndrica con cilios y microvellosidades, uniones en hendidura	Revisten ventrículos, conducto central	Circulan el LCR, absorben el LCR
Tanicitos	Prolongaciones basales largas con pies terminales sobre capilares	Revisten el piso del tercer ventrículo	Transporte de sustancias desde el LCR hasta el sistema hipofisario portal
Células coroideas	Lados y bases que forman pliegues, uniones estrechas	Cubren las superficies de los plexos coroideos	Producen y secretan LCR

BASES BIOLÓGICAS DE LA PSICOPATOLOGÍA

47

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

NEUROFISIOLOGÍA

En seguida, revisaremos de forma somera algunos de los principios básicos de la fisiología neuronal. Repasaremos los conceptos de sinapsis y explicaremos de manera simple la forma como los neurotransmisores y los medicamentos farmacológicos funcionan en la hendidura sináptica. Se espera que el psicólogo clínico, consulte textos más especializados y extensos en este tópico, por lo cual sólo revisaremos elementos claves para el entendimiento de ciertos eventos clínicos.

Sinapsis

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

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

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

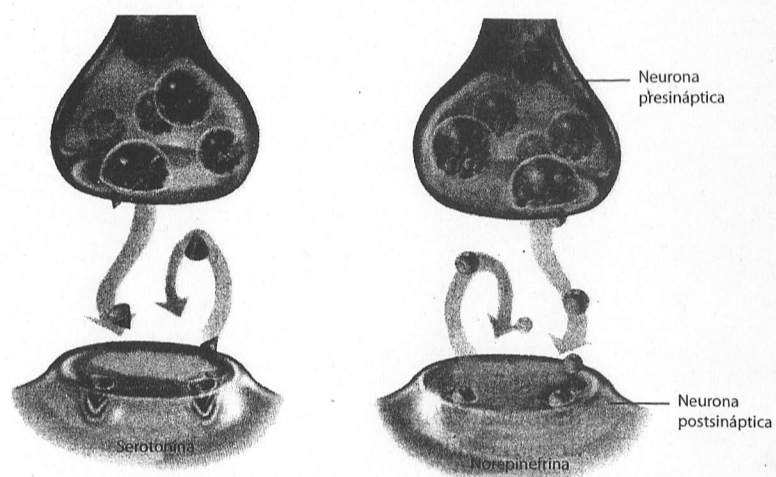


Figura 3-2. Depresión sináptica, liberación y recaptura de neurotransmisores.

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

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

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

La suma de los impulsos excitadores e inhibidores, que llegan por todas las sinapsis, los cuales se relacionan con cada neurona

determina si se produce o no la descarga del potencial de acción por el axón de esa neurona.

Neurotransmisores

Los neurotransmisores son las sustancias químicas encargadas de la transmisión de las señales desde una neurona hasta la siguiente a través de la sinapsis. También se encuentran en los axones de las neuronas motoras, donde estimulan las fibras musculares para contraerlas. En este capítulo, revisaremos algunos de los neurotransmisores más significativos. En general los neurotransmisores son excitadores que tienden a despolarizar la célula postsináptica, o inhibidores que hacen lo contrario. La investigación actual, acerca de los neurotransmisores y sus sitios de acción, es muy intensa en la industria farmacéutica. Sin embargo, son muchísimos más los sitios de acción que los neurotransmisores descubiertos; y muchos fármacos aducen sus desventajas y virtudes en función de los sitios receptores diferenciales donde actúan, más que en el mimetismo con neurotransmisores producidos por el SNC.

La estructura bioquímica de los diferentes receptores y los múltiples efectos secundarios asociados con el uso de fármacos son objeto minucioso de estudio de la psicofarmacología. En seguida, mencionamos sólo algunos de los neurotransmisores clásicos, refiriendo efectos muy generales. Se invita al lector profundice sobre estos tópicos en textos especializados.

Neurotransmisores excitadores

La acetilcolina fue el primer neurotransmisor descubierto. Fue aislado en 1921 por Loewi, quien ganó el premio Nobel. La acetilcolina tiene muchas funciones: es la responsable en gran medida de la estimulación de los músculos. También se encuentra en neuronas sensoriales y en el sistema nervioso autónomo, y participa en la programación del sueño REM. Pese a ser uno de los más conocidos y estudiados, aún hoy en día se descubren nuevas funciones de esta sustancia, por ejemplo existe un vínculo entre

la acetilcolina y la enfermedad de Alzheimer, ya que hay una pérdida de casi 90% de la acetilcolina en los cerebros de quienes sufren de esta enfermedad. La famosa toxina botulina funciona bloqueando la acetilcolina, causando parálisis; el botox un derivado de esta toxina se usa para eliminar temporalmente las arrugas.

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

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

La serotonina o 5-hidroxitriptamina (5-HT) es una sustancia sintetizada en las neuronas serotoninérgicas del sistema nervioso central y en las células enterocromafin (células de Kulchitsky) en el tracto gastroinpruebainal, el cual se genera a partir del triptófano, un amino ácido esencial aportado mediante la dieta, ya que no lo fabrica el cuerpo por sí solo. Una vez producida la serotonina tiene un importante desempeño en varios campos, por ejemplo, la regulación del deseo sexual y del apetito, el mantenimiento de la vigilia, la modulación de la ansiedad y la agresividad, también es esencial para la producción de hormonas como la melatonina.

La serotonina es un neurotransmisor íntimamente relacionado con la emoción y el estado de ánimo. Se ha mostrado que demasiada serotonina ocasiona la pérdida del control, la ira, el trastorno obsesivo compulsivo y el suicidio. Insuficiente serotonina produce el incremento del apetito por los carbohidratos y problemas con el sueño, lo cual también está asociado con la depresión y otros problemas emocionales. También juega un papel importante en la percepción. Los alucinógenos como el

LSD funcionan adhiriéndose a los receptores de serotonina en las vías perceptivas. Es también el neurotransmisor que induce la hibernación en los osos y otros animales (Boeree, 2007).

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

Neurotransmisores inhibidores

Entre los neurotransmisores inhibidores están la dopamina y el ácido gama amino butírico (GABA).

La dopamina bloquea la tendencia de esa neurona a disparar. La dopamina está asociada con los mecanismos de recompensa en el cerebro. Las drogas como la cocaína, la nicotina, el opio, la heroína y el alcohol promueven la liberación de dopamina.

En la esquizofrenia, se ha demostrado, hay grandes cantidades de dopamina en los lóbulos frontales; y las drogas que bloquean la dopamina son usadas para ayudar a los esquizofrénicos. Por otro lado, poca dopamina en las áreas motoras del cerebro ocasiona la enfermedad de Parkinson, la cual implica temblores corporales incontrolables.

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

TÉCNICAS NEUROBIOLÓGICAS DE EXPLORACIÓN EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

Los conocimientos acerca de la estructura y la función del cerebro han evolucionado a lo largo de los últimos años y nuevos instrumentos de investigación clínica ahora están disponibles para conocer el cerebro humano vivo: sintiendo y pensando. Las

neurociencias cognitivas, la psicometría y la clínica en combinación con las técnicas de indagación imagenológicas ofrecen cada vez más posibilidades de identificar las regiones específicas del cerebro que se utilizan para distintos aspectos del pensamiento y las emociones.

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

A continuación se describen algunas de las técnicas de uso más común en la clínica para complementar la indagación de la condición del paciente. Finalmente y por su empleo cotidiano en las neurociencias se comenta la técnica de punción lumbar para la evaluación del líquido cefalorraquídeo.

Tomografía axial computarizada (TAC)

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

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

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

Gamagrafía

La medicina nuclear es un área especializada de la radiología que utiliza cantidades muy pequeñas de sustancias radioactivas, o

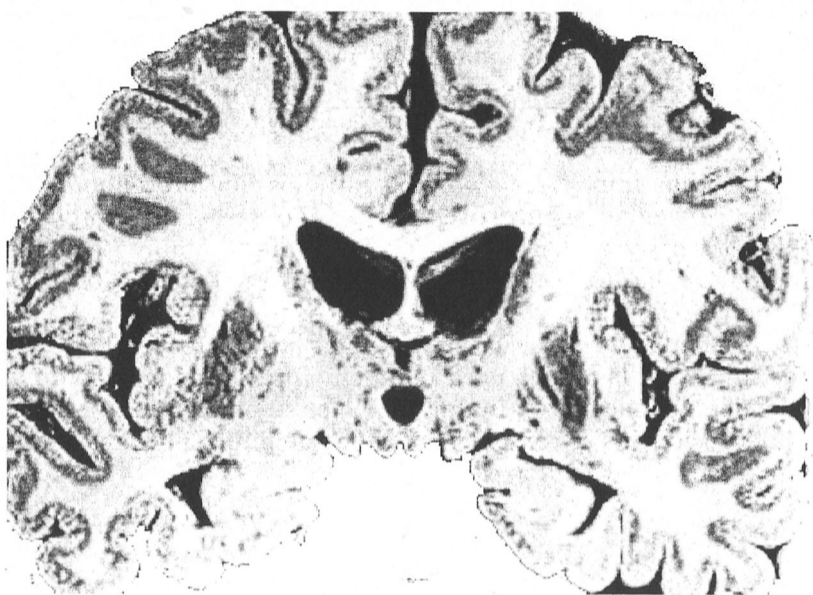


Figura 3-3. Ejemplo de corte de una tomografía del cerebro.

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

Como los rayos X atraviesan los tejidos blandos como piel, epidermis, grasa, músculos y vasos sanguíneos, es difícil visualizarlos con rayos X convencionales, salvo que se utilice un agente de contraste para facilitar la visualización del tejido. El método de imágenes nucleares permite la visualización de la estructura y la función de órganos y tejidos. El grado de absorción o captación del

radiofármaco por un órgano o tejido específico puede indicar el nivel de funcionalidad del órgano o tejido en estudio. Por lo tanto, los rayos X de diagnóstico se usan principalmente para estudiar la anatomía; mientras que las imágenes nucleares se utilizan para estudiar la función de órganos y tejidos.

El tipo de detector más común es la cámara gama. Cuando la cámara gama detecta la radiación, se emiten señales digitales que se almacenan en una computadora.

Las áreas en las cuales el radiofármaco se concentra en mayor cantidad se denominan "zonas calientes", las áreas que no lo absorben y que aparecen con menor brillo en la imagen se denominan "zonas frías".

Resonancia magnética (RMN)

La resonancia magnética (RMN) es el más reciente avance tecnológico de la medicina para el diagnóstico y utiliza ondas de radiofrecuencia dentro de un campo magnético de alto poder.

Para producir imágenes sin la intervención de radiaciones ionizantes como los rayos gama o X, la resonancia magnética se obtiene al someter al paciente a un campo electromagnético con un imán de 1.5 Tesla, equivalente a 15 mil veces el campo magnético de nuestro planeta.

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

La resonancia magnética funcional (RMf) es un procedimiento relativamente nuevo para medir los pequeños y rápidos cambios

metabólicos que ocurren en una parte activa del cerebro. Las lesiones y enfermedades, como un derrame cerebral o un tumor de cerebro, pueden hacer que las funciones se desplacen a otras partes del cerebro, facilitando la aparición de alguna anomalía. Esta información puede ser crítica para planear la cirugía, la radioterapia, el tratamiento de un derrame y otras intervenciones para tratar enfermedades cerebrales.

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

Electroencefalograma (EEG)

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

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

muy genérico e inconsistente de la medición de la actividad eléctrica del cerebro.

Potenciales evocados

Es una exploración neurofisiológica que evalúa la función del sistema sensorial acústico, visual, somatosensorial y sus vías por medio de respuestas provocadas frente a un estímulo conocido y normalizado.

Cuando un tren de estímulos sensoriales de cualquier tipo llega al cerebro, provoca secuencias características de ondas en el trazado EEG, que denominamos potenciales evocados. Son diferentes para cada modalidad sensorial y su variabilidad también depende de la intensidad del estímulo. Característicamente presentan una relación estable en el tiempo respecto al estímulo.

La determinación de los potenciales evocados puede ser realizada de diversas maneras según el tipo de estímulo, por ejemplo, potenciales visuales, auditivos, somato-sensoriales y motores; asimismo, se hacen potenciales evocados relacionados con eventos generalmente cognitivos.

Pese a los notables descubrimientos realizados hasta la fecha, la neurociencia se encuentra todavía en sus albores. Los futuros avances nos permitirán conocer con mayor detalle la relación entre el cerebro y las funciones mentales y conductuales complejas. Las innovaciones en imagenología cerebral, unidas con los estudios neuropsicológicos y electrofisiológicos, ofrecerán imágenes dinámicas en tiempo real del sistema nervioso en funcionamiento. La obtención de imágenes se combinará con la capacidad cada vez mayor de registrar simultáneamente la actividad de un gran número de neuronas, lo cual permitirá descifrar su lenguaje. Otros avances se basarán en los progresos de la genética. Ya está disponible de manera pública una secuencia preliminar operativa del genoma humano (Department of Energy Office of Science, 1990-2003).

Punción lumbar

A diferencia de los procedimientos descritos previamente, caracterizados por ser relativamente indoloros y no invasivos, la punción lumbar tiene por objeto obtener una muestra del líquido cefalorraquídeo (LCR) a través de la introducción de una aguja en la parte más caudal de la médula espinal.

El LCR suele ser claro y sólo contiene cantidades muy pequeñas de proteínas y azúcar (glucosa).

Durante una punción lumbar el sujeto permanecerá acostado de lado o sentado bien derecho. Le frotarán la piel de la espalda con una solución antiséptica y le inyectarán un anestésico local para insertar una aguja de pequeño calibre en la espalda a nivel de la cadera por debajo del final de la columna vertebral. Hará avanzar la aguja con cuidado hasta encontrar el LCR. Para un examen del LCR, se extrae el equivalente a 1 o 2 cucharaditas de líquido, el cual se almacena y transporta para su análisis en tubos especiales esterilizados.

En ocasiones la punción lumbar es difícil de llevar a cabo y requiere con frecuencia de varios intentos.

CAPÍTULO 4

Una visión evolutiva

La visión moderna de la psicopatología exige conocer dos factores indispensables que influyen en la conducta humana y en su juicio de valor en cuanto a su normalidad o anormalidad. La primera, es un conocimiento sobre el desarrollo humano, los diferentes estadios en los cuales el ser humano evoluciona y de las expectativas que social, cultural y físicamente se esperan de los individuos en determinados puntos dentro de un parámetro cronológico. La segunda, es la capacidad del clínico para juzgar las competencias conductuales, cognitivas y afectivas y la capacidad del individuo para adaptarse, ajustarse y responder ante las demandas del medio ambiente. En suma, existen dos criterios indispensables para juzgar la patología: el primero es el nomotético, relacionado con la norma y la comparación del individuo con otros de su misma edad, género y cultura. El segundo, es un criterio de competencia, el cual se refiere al juicio sobre si las conductas y competencias presentadas por las personas son adecuadas para responder ante las exigencias del contexto, así como a la presentación de competencias específicas ante situaciones particulares. Por lo anterior, y dada esta complejidad, resulta importante en esta obra revisar algunos conceptos elementales de la psicopatología del desarrollo. La figura 4-1 ilustra diversos estadios de desarrollo humano.

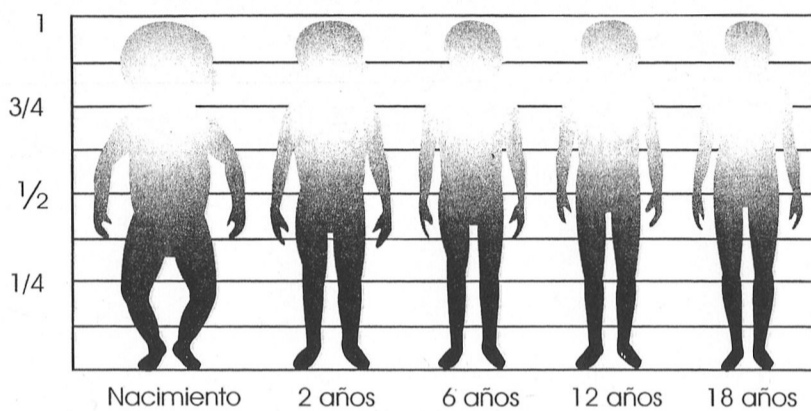


Figura 4-1. Ciclo vital.

PSICOPATOLOGÍA DEL DESARROLLO

En la literatura especializada de los diversos campos de la salud mental, particularmente en psicología del desarrollo y en la psiquiatría infantil, se promueve la adopción de un marco teórico multidisciplinario en el enfoque de entidades psicopatológicas. Este esfuerzo se basa en la concepción de la conducta del estudiante desde una perspectiva que intenta integrar jerárquicamente conocimientos de las ciencias médicas y psicológicas en lo que pretende ser una visión integral y evolutiva de la salud mental (Cicchetti, 1984).

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

Tradicionalmente, las ciencias médicas y psicológicas habían adoptado diferentes marcos teóricos, a veces incompatibles o contradictorios. No resultaba extraño encontrar, ante un mismo fenó-

meno, explicaciones que no sólo eran diversas sino a veces incompatibles y que sugerían, con poca lógica, una brecha entre el aparato psicológico y la biología celular. Por ejemplo, aún es común leer en algunos textos que a medida que la persona crece su creatividad disminuye; esto es contrario a la teoría general desarrollo, pues un cerebro más sofisticado y evolucionado tendrá mayor capacidad creativa.

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

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

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

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

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

La psicopatología del desarrollo se enfoca en la búsqueda y el entendimiento de patrones de adaptación; pero también de patrones de mala adaptación intentando establecer los eventos y factores que precipitaron la aparición de determinadas competencias conductuales y cuáles la restringen o retardan. Según Garmezy (1986), competencia e incompetencia, vulnerabilidad e invulnerabilidad son dos lados de una misma moneda.

Otro postulado importante en esta visión, establece que el funcionamiento individual es coherente a través de periodos discontinuos de crecimiento y de tiempo, a pesar de transformaciones fundamentales de la conducta manifiesta (Sroufe y Rutter, 1979). Esto tiene implicaciones prácticas para el pronóstico del curso de una condición y permite al clínico identificar vulnerabilidades y fortalezas.

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

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

Desde la perspectiva del desarrollo se considera que un número importante de factores actúan simultáneamente para moldear y modificar la conducta. La magnitud, circunstancia, tiempo y ocasión, son todos factores importantes por determinar en la conducta del estudiante. Para ilustrar lo anterior, piense en el caso

de enfermedades como la esquizofrenia, cuyos intentos por prevenir la enfermedad se han efectuado sobre todo en adultos de alto riesgo, es decir, quienes tienen padres con esquizofrenia o quienes han presentado conducta antisocial, algún tipo de autismo u otro tipo de situación de estudiante en infancia, sin embargo pocos estudios establecen cuáles factores previenen la aparición de la enfermedad. Rutter (1979) reportó que de una muestra de niños con alto riesgo de padecer esquizofrenia, que estuvo bajo seguimiento, sólo 10% de éstos presentó eventualmente la enfermedad, 10 veces más que la población en general, pero mucho menos que lo esperado por el investigador.

CONTINUIDAD VERSUS DISCONTINUIDAD

Robbins (1976) publicó un estudio de seguimiento de 436 niños a quienes atendía en la consulta psiquiátrica y él pudo establecer que sólo los niños con problemas de conducta persistían durante la infancia y manifestarían problemas durante la adolescencia, mientras los trastornos emocionales rara vez persisten en la adolescencia. Lo anterior, ilustra la posibilidad de disminuir problemas de conducta en el adulto, si éstos se detectan, pronostican y manejan desde la etapa infantil. Cada día se otorgará más importancia a la prevención de la intervención temprana, las acciones que puedan darse en niños con conductas problemáticas o con factores de riesgo de enfermedad mental en el adulto y en las formas como debe prevenirse la aparición de trastornos del adulto o al menos disminuir las probabilidades de esto. Contrario a la opinión de mucha gente, acerca de que en su infancia y en ausencia de psicólogos, los niños crecían y se desarrollaban sin problemas, la investigación ha demostrado con amplia evidencia que muchos de los trastornos del adulto pueden prevenirse si se hace una intervención efectiva en la infancia. Por ejemplo, niños con separación de ansiedad quienes han sido tratados presentarán menor probabilidad de sufrir de agorafobia con crisis de pánico cuando sean adultos; muchos problemas de conducta adecuadamente manejados, se asociarán con

estilos más saludables de vida y problemas emocionales adecuadamente manejados promoverán relaciones de pareja más saludables y funcionales en los adultos.

La visión del individuo como un organismo que crece, se desarrolla y cambia a través del tiempo y las influencias del medio ambiente, es fundamental para una cabal comprensión tanto del individuo sano adaptado y funcional, como del individuo con desajuste y con alguna psicopatología.

CRECIMIENTO, DESARROLLO Y ENFERMEDAD

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

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

Esta es una visión esencialmente descriptiva, en el sentido que estudia el desarrollo del individuo utilizando la perspectiva de la psicología del desarrollo como herramienta de investigación.

Por esto, términos tales como competencia y adaptación, sustituyen la terminología del modelo médico, la cual connota implícitamente estar sano o enfermo: adaptación se refiere a la adecuación ante nuevas situaciones de la vida personal; y competencia a la aparición de determinadas capacidades del individuo, por ejemplo autocrítica a medida que el individuo madura.

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



Figura 4-2. Desarrollo predice la evolución de la conducta a lo largo de la vida.

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

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

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

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

La contribución de la psicopatología del desarrollo en el establecimiento de criterios de normalidad, requiere de la definición de diversas tareas durante el desarrollo de puntos de logro y eventos que los niños deben alcanzar a medida que maduran, por lo anterior resulta necesario identificar algunas conductas claves y observarlas a través del tiempo para establecer, cuando típicamente, se presentan los marcadores de cambio.

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

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

Aún las clasificaciones diagnósticas, como el DSM-4-TR, establecen criterios generales para una variedad de casos frontera resaltando por su importancia el de inteligencia frontera y los trastornos de la personalidad frontera de hecho, existe generalmente una enorme dificultad en el campo de la clínica para definir el umbral de un caso, en un pequeño número de pacientes que ciertamente se encuentran en la frontera de la normalidad y la anormalidad; el reto del clínico es decidir si el paciente está sano o enfermo, si el paciente está adaptado o no y sobre todo si necesita o no de intervención psicológica, psiquiátrica o de otro tipo.

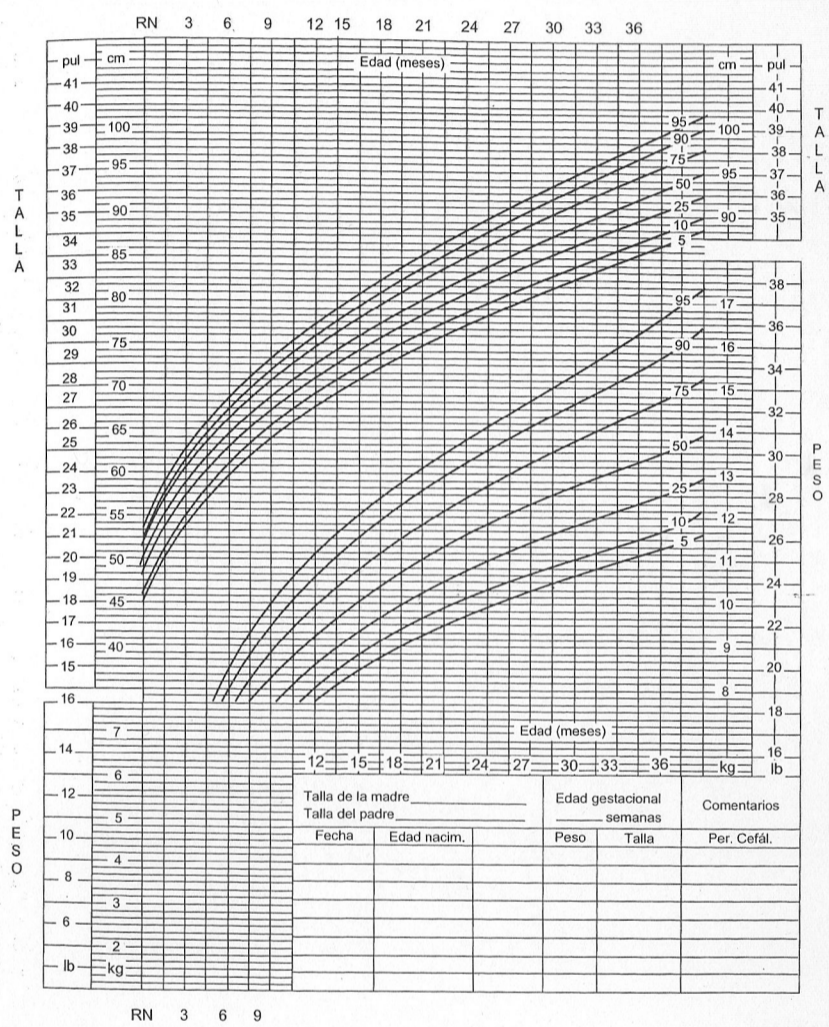


Figura 4-3. Percentiles estándar para talla y peso por edad en niños, del nacimiento a los 36 meses. (Centers for Diseases Control and Prevention). Tomada de HAY: DIAGNÓSTICO CLÍNICO Y TRATAMIENTO PEDIÁTRICOS, 14A/ED. D.R. (c) 2006. Cortesía de Editorial El Manual Moderno, S.A. de C.V.

© Editorial El Manual Moderno. Fotocopiar sin autorización es un delito.

En la mayoría de estos casos los síntomas son leves, inconsistentes y sobre todo poco definidos; se basan básicamente en la preocupación, malestar general y muchas veces la información del paciente carece de valor discriminatorio.

El estudio más amplio y multidimensional propuesto es la psicología del desarrollo, pues permite manejar en estos casos las limitaciones del modelo médico, bajo una perspectiva dinámica que considere el establecimiento de capacidades a través del desarrollo del individuo y de las diversas formas de adaptación ante los eventos o circunstancias durante la vida del paciente.

A través del análisis de diversos indicadores del desarrollo de la persona, cubriendo aspectos físicos, emocionales, psicosexuales y psicosociales se podrán establecer las etapas del desarrollo satisfactoriamente alcanzadas con el consiguiente establecimiento de factores protectores. Asimismo, la ubicación del problema en áreas específicas y el establecimiento de puntos concretos de inmadurez tanto biológica como psicológica permitirán una mejor evaluación de la condición de referencia, así como el establecimiento de criterios terapéuticos acordes para ser objetivamente evaluados.

Las bases teóricas que sustentan la psicopatología del desarrollo, también nos permitirán catalogar de una vez por todas las diferencias entre la conducta del estudiante y la enfermedad mental. La conducta del estudiante será definida, en términos del sexo: consistencia y circunstancia; y de esta forma determinaremos que no todas las conductas de los estudiantes confrontarán una enfermedad mental.

Lo anterior es importante ya que en la psicología, como en otros campos de la salud, es muy importante diferenciar la connotación del término problema, lo cual sugiere una condición transitoria, leve y superable; del término trastorno, el cual connota, por lo general, una condición no leve o grave e insuperable sin atención suficiente.

El concepto de enfermedad mental será definido por las características de la conducta del estudiante como extensión,

persistencia en el tiempo, grado de adaptación y la adecuación de dichas conductas ante patrones culturales y sociales. Desde este punto de vista, una conducta particular no constituye un síntoma como tal, es el significado dentro del contexto del desarrollo lo cual le otorgara valor dentro del marco de la enfermedad.

La psicopatología del desarrollo es una ciencia que apenas emerge, su valor en la unificación de las ciencias médicas y psicológicas que intervienen en el estudio de la conducta del estudiante deberá ser evaluado en función de su utilidad en la práctica clínica.

Cabe revisar la relación entre la historia y los antecedentes de la conducta y su pronóstico. El aforismo en psicología de que la conducta previa predice la conducta futura es relativamente cierto. El clínico debe de ser capaz de evaluar la evolución de una condición a través del tiempo y de identificar los patrones de conducta repetitiva que lo caracteriza.

El establecimiento del pronóstico es importante ya que tiene implicaciones de costo. En muchos casos para el paciente desde la posibilidad de mejoría y curación, y las previsiones que deberá tomar en determinadas circunstancias.

Ciertamente, muchos de los patrones repetitivos de conducta y hábitos, tanto adaptativos como maladaptativos, se generan en la infancia y sólo se modulan o mimetizan a diferentes situaciones en el transcurso de la vida. Del mismo modo en los ancianos, reaparecen conductas ya superadas como adulto, éstos regresan como hábitos conductuales indeseables.

En esta visión evolutiva de la psicopatología ya no es posible continuar con una visión unidimensional del desarrollo, la cual percibía al organismo desde una perspectiva unidireccional ascendente de lo simple a lo complejo, de lo fácil a lo difícil, de lo inmaduro a lo maduro. En esta nueva visión, el proceso de desarrollo humano debe conceptuarse en forma de campana con una trayectoria ascendente en la fase de crecimiento, con un plateau o cima variable en la vida adulta y con una fase descendente o

involutiva en la vejez, ciertamente el proceso de crecimiento implica una degeneración global de las funciones intelectuales, de todo los órganos del cuerpo humano y este descenso o involución previa a la muerte debe ser mejor entendida y conceptualizada, también como una parte normal del desarrollo humano y de nuestra transición en esta estancia finita que llamamos vida.

CAPÍTULO 5

Bases teóricas y técnicas de la psicometría

Para el psicólogo clínico, su nicho específico de poder profesional y la tarea en el campo clínico que lo distingue cualitativamente de los otros profesionales quienes laboran en el campo de la salud, es su capacidad para aplicar pruebas psicológicas, calificarlas y sobre todo, interpretarlas a la luz de las demás evidencias del proceso.

Por lo anterior, en esta obra resulta indispensable repasar las bases teóricas y técnicas de la medición en psicología y revisar, de manera somera e intencionada, algunas de las pruebas más utilizadas en la clínica.

Varios autores han defendido, con alguna razón, que el papel fundamental del psicólogo clínico y la práctica clínica, consiste en la aplicación de pruebas psicométricas para lo cual debe estar entrenado, además para la calificación e interpretación de las pruebas que aplique.

En este capítulo, se revisan de manera puntual las principales funciones profesionales del psicólogo clínico como psicómetra o examinador y las competencias profesionales necesarias para aplicar, calificar, integrar e interpretar las pruebas psicológicas utilizadas en la práctica clínica. En particular, se analiza la

forma como el profesional debe difundir, discutir y participar en el equipo multidisciplinario en la divulgación de los resultados, dándole significado para la condición del paciente (Anzola, 2005).

FUNDAMENTOS

Para que la práctica clínica tenga ciertas bases científicas, son necesarias algunas condiciones indispensables, por ejemplo, la objetividad, la independencia y sobre todo la falibilidad. Estos elementos son clave en la aplicación de pruebas psicológicas.

Las pruebas psicológicas se aplican en una amplia variedad de contextos, y esto no es la excepción para la clínica y la salud mental.

Muchas condiciones, no pueden evaluarse a cabalidad, sin el uso de pruebas psicológicas. Por ejemplo, no es posible establecer el diagnóstico de discapacidad intelectual sin la presencia de al menos dos pruebas: una de inteligencia y otra de conducta adaptativa. El juicio clínico, sobre todo en casos frontera es a todas luces insuficiente.

Esto a veces es muy difícil de entender por algunos profesionales de la salud, quienes con frecuencia se muestran dubitativos y escépticos ante la información proporcionada por las pruebas psicológicas, quizás en respuesta ante los abusos históricos de los resultados de las pruebas y los mitos en el lego respecto a los usos de las mismas.

Por lo anterior, el psicólogo clínico no sólo debe saber aplicar las pruebas, sino poder educar a los otros compañeros del equipo de salud en cuanto a la utilidad; pero sobre todo en cuanto a las limitaciones de las mismas. Ciertamente, aducir las propiedades que éstas no tienen, vislumbrar las pruebas psicológicas como panacea en la clínica o abusar de sus resultados en la interpretación han sido factores para poner en tela de juicio el papel del psicólogo en el equipo de salud. Así, en este capítulo dedicamos una sección específica para ponderar las limitaciones de las pruebas psicológicas.

LIMITACIONES DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS

Es importante mencionar algunas limitaciones cuando se usan pruebas psicológicas. La primera, es que ninguna prueba psicológica es elemento suficiente e indispensable para establecer un diagnóstico definitivo. Es decir, es muy arriesgado que con una sola prueba el clínico pueda emitir un diagnóstico y hacer un juicio a cabalidad sobre lo que le acontece al paciente.

Por lo general, es indispensable una batería de pruebas, la observación y la información que surge de la entrevista clínica y otros elementos provenientes de todo el proceso desde el punto de vista médico, físico, psicológico, social y contextual.

Aiken (2006) afirma que las pruebas más utilizadas por los psicólogos clínicos son, en este orden, las escalas de inteligencia de Wechsler (en todas sus versiones), el inventario multifásico de la personalidad de Minnesota, la prueba de Bender y las pruebas proyectivas para niños de figura humana; y para adultos, las pruebas de la percepción temática y la de manchas de tinta de Rorschach. Sin embargo, cabe resaltar que las pruebas neuropsicológicas cobran cada día más auge y son utilizadas más ampliamente en la valoración de una serie de condiciones como la demencia, los trastornos de aprendizaje, el abuso de sustancias y otras condiciones.

El segundo aspecto importante de considerar es que las pruebas necesitan de gente bien preparada, tanto para aplicarlas como para calificarlas, sobre todo para interpretarlas en donde los juicios son mucho más complejos y elaborados.

Igualmente, cabe advertir que las diversas pruebas tienen utilidades y poderes muy diferentes en la práctica clínica; por ejemplo, las pruebas de inteligencia se deben aplicar para el diagnóstico de discapacidad intelectual; mientras que para esta condición las pruebas de personalidad, de conductas delictivas antisociales, las pruebas proyectivas o de percepción temática, tendrán un valor relativamente pobre. Es decir, las pruebas psicológicas pueden jerarquizarse, ordenarse y juzgarse en función de los propósitos de la evaluación.

Lo anterior también muestra el carácter instrumental de las pruebas psicológicas, es decir, no hay pruebas buenas y malas; sino pruebas que son relevantes o no al obtener información específica de la condición del paciente.

En el ámbito clínico las pruebas sirven sobre todo para tres funciones diferentes del proceso clínico: la primera es la detección o identificación de un paciente, una persona con riesgo de una enfermedad; la segunda es proveer evidencia para el diagnóstico de la condición mórbida; y la tercera es para evaluar los progresos, si los hay, de la intervención.

EL EXAMINADOR

El psicólogo debe estar entrenado específicamente en el uso de la prueba que va a aplicar. En la práctica clínica, muchas veces he observado cómo muchos psicólogos titulados, sin experiencia específica en determinadas pruebas, aplican y califican estos instrumentos sin la menor idea de sus usos y limitaciones. El título académico de psicólogo, no es sinónimo de capacidad para aplicar todas y cada una de las diversas pruebas existentes en el mercado. Debe existir entrenamiento particular y específico en cada prueba y siempre un periodo de ensayo antes de usar una prueba de forma seria con un paciente.

De igual forma el autor apoya la idea de que otros profesionales, más allá de la psicología, como los trabajadores sociales y los licenciados en educación puedan aplicar algunas pruebas psicológicas siempre y cuando hayan sido entrenados en esta área. Principalmente, en el sistema de educación especial en donde muchos niños no son evaluados de manera adecuada por la ausencia de las pruebas psicológicas necesarias o por barreras que se imponen a muchos de los profesionales de la educación en el uso y aplicación de las mismas.

Se aconseja al psicómetra, familiarizarse con el instrumento mediante dos técnicas: estudiar con detenimiento el manual técnico que acompaña a la mayoría de las pruebas estandarizadas y

aplicarla de manera experimental o piloto antes de usarla con fines de diagnóstico.

Un examinador perito muestra cierta flexibilidad al aplicar las pruebas; la sensibilidad y la paciencia pueden dar mejores resultados, por lo cual es mejor proporcionar tiempo suficiente para que los sujetos dominen el material de la prueba, por ejemplo a través de prácticas en los reactivos de ejemplo.

Después de aplicar una prueba individual, el examinador debe recopilar y guardar en un lugar seguro todo el material. Se debe inspirar seguridad y mostrar respecto al desempeño del examinado, tal vez con un pequeño premio si se trata de un niño.

Para el empleo de los instrumentos clínicos, por lo general, es importante entrevistar al padre u otro acompañante, quizá antes y después de la prueba. Además, después de la prueba puede proporcionarse a la persona o a quien lo acompaña alguna información sobre lo que se hará con los resultados y la forma cómo van a utilizarse. El examinador debe informar sobre los resultados e interpretaciones a las personas adecuadas y las implicaciones de esto.

CONSIDERACIONES PARA EL USO DE PRUEBAS PSICOLÓGICAS

El procedimiento que debe seguirse para aplicarse una prueba depende de la clase de instrumento, ya sea individual o grupal, de poder o por dominio evaluado. Asimismo, considerar las características del examinado, tales como edad, antecedentes culturales y educativos; condición física y mental. No importa el cuidado que se ponga al elaborar una prueba, los resultados no serán válidos a menos que se aplique y califique de manera apropiada, ya que varios factores pueden afectar el desempeño de la prueba como el grado de preparación, motivación, ansiedad, fatiga y salud del examinado; así como el grado de pericia, personalidad y comportamiento de la persona quien aplica el instrumento. También es necesario considerar las previsiones éticas y la normatividad en el uso de las pruebas psicológicas.

El lector puede revisar ampliamente los estándares para la aplicación de pruebas psicológicas, en el sitio web de la *American Psychological Association* (Asociación Americana de Psicología) (www.apa.org) de la , bajo el rubro "*Standards for Educational and Psychological Testing*".

A continuación, se hacen algunas consideraciones respecto de algunos de los aspectos más relevantes de la aplicación de pruebas psicológicas: programación, consentimiento informado, aplicación grupal y calificación.

Programación de la prueba

Es importante planear con cuidado la aplicación de una o varias pruebas psicológicas considerando las actividades que pudieran facilitar o no el proceso. Por ejemplo, es obvio el inconveniente de someter a prueba a los niños durante la hora del almuerzo, de juego o cuando normalmente ocurren o esperan otras actividades de diversión, tampoco cuando acaban de tener lugar eventos agradables o emocionantes. Tampoco es adecuado aplicar las pruebas con las personas de edad avanzada en las horas de su siesta o inmediatamente después de las comidas.

El tiempo de la prueba rara vez debe ser mayor a una hora continua para niños o de dos horas seguidas para un adulto. Por lo menos en la experiencia propia, los niños mexicanos se fatigan fácilmente durante las pruebas después de una hora y muchos de los adultos tienden a disminuir su ejecución después de dos horas en una prueba; resulta importante programar varias sesiones cuando las pruebas son extensas y se requiere de esfuerzo y concentración por parte del examinado.

Instrucciones de la prueba

Las instrucciones informan a los sujetos sobre el propósito de las pruebas, cómo proceder para la resolución y cómo indicar sus respuestas. Las instrucciones son esenciales para el éxito del proceso de prueba. El buen examinador es capaz de dar instrucciones

claras, precisas y concisas al examinado y de garantizar que éste comprenda a cabalidad lo que se pretende hacer durante la rutina. Frecuentemente, en un inicio y cuando el examinador no está familiarizado con la prueba, éste lee las instrucciones del manual. Sin embargo, con la práctica puede explicar las instrucciones de memoria y de manera natural y es común que este procedimiento se vuelva rutinario y sistemático.

A quienes aplican todas las pruebas estandarizadas se les pide que sigan con cuidado las instrucciones para la aplicación, aún cuando una explicación posterior a los sujetos ponga en claro su tarea. Apartarse de las instrucciones estandarizadas puede dar como resultado una tarea distinta de la que los diseñadores tenían en mente. Si las instrucciones para un grupo no son idénticas para quienes se estandarizó la prueba, las calificaciones del primero no tendrán el mismo significado que las del último. El resultado sería la pérdida de un marco de referencia útil para interpretar los resultados.

Consentimiento informado

Antes de todo, es importante que el psicólogo clínico obtenga el permiso y autorización del paciente o de los padres si éste es menor de edad; o de algún pariente cercano si padece de alguna limitación de la consciencia, para aplicar las pruebas psicológicas.

Por norma ética, el paciente debe estar informado de los procedimientos a los cuales será sometido, de la utilidad y de las limitaciones de las pruebas psicológicas y deberá consentir voluntariamente para responder y participar en la evaluación.

En muchos países, por ejemplo, para aplicarle a un niño una prueba de inteligencia u otro instrumento de evaluación se requiere del consentimiento informado de uno de los padres, el tutor o alguna persona que tenga la responsabilidad legal del niño, tal procedimiento es un requisito legal. El concepto de consentimiento informado es un acuerdo que realiza un organismo o un profesional con una persona en particular o su representante legal para autorizar la aplicación de una prueba psicológica

para obtener alguna información con propósitos de evaluación o diagnóstico.

Por lo general, el requerimiento de conocimiento informado se cumple al obtener la firma de la persona quien tiene la responsabilidad legal, con base en un formato que contiene la información básica del procedimiento, el modo de aplicación, los propósitos de la prueba, el uso que se dará a los resultados, los derechos del padre o tutor y el procedimiento para obtener una copia del informe final y la interpretación de los descubrimientos.

Este es un procedimiento importante para la protección del psicólogo y evita reclamaciones innecesarias, teniendo un valor legal y profesional importante.

Desde luego, existen ciertas excepciones para la exigencia de consentimiento informado, por ejemplo en los casos de discapacidad intelectual severa, de evaluaciones judiciales efectuadas a prisioneros y por orden de un juez, de pacientes con demencia avanzada y de personas quienes han sufrido un accidente y están en un proceso de rehabilitación.

Lugar

Idealmente las pruebas deben de aplicarse en espacios cómodos, ventilados y frescos, libres de factores de distracción y con niveles de silencio adecuado para la concentración. Un letrero que diga "Pruebas en progreso, no molestar" ayuda a evitar interrupciones.

Con respecto de las pruebas en el salón de clases, se debe informar a los alumnos con anterioridad cuándo y dónde será aplicada la prueba, el contenido de ésta y qué tipo de instrumento objetivo, de ensayo u oral. Los alumnos merecen una oportunidad para prepararse intelectual, emocional y físicamente.

Rapport

Al igual que en una situación de entrevista o de terapia, en la aplicación de las pruebas psicológicas, es importante establecer

una adecuada relación de trabajo con el paciente; en muchos casos es necesario establecer rapport antes de iniciar la prueba, con la finalidad de lograr la confianza y la comodidad del respondedor.

Sin embargo, debe señalarse que el rapport no puede ser excusa para desviarse de las instrucciones y los procedimientos estándares de la aplicación de la prueba. La amabilidad y candidez del entrevistador no deben ser una invitación para vulnerar los tiempos, candados y exigencias de una prueba específica.

El comportamiento del examinador puede tener un efecto significativo en la motivación de las personas. En ocasiones, una sonrisa es suficiente para que los sujetos ansiosos o sin preparación adecuada permanezcan tranquilos, se esfuercen y tengan un mejor desempeño. Ya que el examinador tiene más oportunidades de observar a las personas en las pruebas individuales que en las de grupo, en la aplicación de una prueba individual es menos probable detectar poca motivación, distracción y estrés.

Confidencialidad de los resultados

Otra consideración que debe tenerse presente todo el tiempo respecto con las pruebas psicológicas es la confidencialidad y el uso de los resultados de las mismas. Por ejemplo, en México es práctica común que los padres o los pacientes reciban únicamente una hoja de resumen ejecutivo de los resultados de las pruebas. Esto es deseable y buena práctica, ya que en muchos casos recibir toda la prueba o el procedimiento o interpretaciones, aún en partes, puede resultar contraproducente, tanto para el bienestar del paciente como para la interpretación y significado asumidos al respecto de la condición en estudio por el paciente y como por sus familiares. Las pruebas psicológicas deben utilizarse con cautela e inteligencia y deben informarse de manera clara y precisa tanto para el paciente como para los otros profesionales del equipo de salud y de esta forma todos entiendan de manera puntual que indica la prueba de utilidad y comprender mejor la el problema de referencia.

De igual forma, el psicólogo clínico, deberá guardar la confidencialidad de los datos de las pruebas, tanto en el expediente clínico como en las sesiones clínicas de divulgación de un caso. Sólo puede divulgar esta información a terceras personas cuando el paciente ha dado por escrito su consentimiento pleno para hacer esto.

Pruebas de grupo

En México, sin embargo, es común tener que aplicar pruebas en grupo, en salones de clase en donde los pupitres se encuentran próximos; y sobre todo, cabe señalar la arraigada costumbre de copiar en las pruebas; por lo anterior, es importante tomar medidas pues en muchas ocasiones esta práctica de copiar arroja resultados falsos y hace injusta la interpretación para algunos alumnos. Entre las técnicas comunes para reducir el efecto de copia se encuentran la utilización de formas alternas de pruebas, es decir, series "A" y "B" con reactivos distintos o en orden diferente; hojas de respuesta con distinto orden; o simplemente engrapar las hojas al azar o en desorden con la finalidad de reducir las posibilidades de que dos alumnos coincidan en la misma hoja. En cualquier caso, el examinador debe estar alerta ante los engaños, así como la plática y otros ruidos innecesarios.

En una situación de prueba de grupo cuando es imposible la interacción personal con cada uno de los sujetos, el examinador tiene más limitaciones para detectar los sentimientos y el desempeño de cada persona.

Después de la aplicación de la prueba de grupo, el examinador debe recopilar los materiales empleados (manuales, hojas de respuestas, borradores, lápices, etc.). En el caso de un instrumento estandarizado, deben contarse y cotejarse los manuales de la prueba y hojas de respuestas, así como revisar los demás materiales utilizados para asegurarse de que no falte nada. Sólo hasta ese momento, las personas pueden salir o prepararse para la siguiente actividad y las hojas de respuesta pueden ordenarse para su calificación.

Casos especiales

En la aplicación de pruebas psicológicas siempre hay que estar atentos a los casos especiales. En algunas circunstancias es necesario que los examinadores sean activos y motivadores. Una situación de prueba genera ansiedad, por lo cual el examinador debe lidiar con ésta y evitar las influencias negativas de la misma. De igual modo, debe tenerse cautela al aplicar una prueba en personas muy jóvenes o ancianas, con trastornos de la percepción, retraso mental o con desventajas culturales. En ciertas situaciones, es probable que las preguntas y respuestas deban darse de forma oral, en otros idiomas o con ayuda visual adicional. La persona quien aplica la prueba no sólo debe estar familiarizada con el material, sino, además, debe estar alerta y ser flexible, cálida y objetiva. A pesar de que estas cualidades no son fáciles de enseñar, la experiencia, en varias situaciones de prueba, tiene un papel importante en la adquisición de datos. La mejor forma de aprender a aplicar pruebas psicométricas es simplemente haciéndolo con cuidado y espíritu de autocrítica.

CALIFICACIÓN DE UNA PRUEBA

Por lo general, los resultados de la calificación intentan evaluar cómo el respondedor se desempeñó junto con otros sujetos equiparables en alguna dimensión. La historia de las pruebas psicométricas muestra una tendencia por evaluar las diferencias entre los individuos respecto con las características cognoscitivas y afectivas. Mientras mejor se logre esto, el comportamiento podrá predecirse de manera más exacta a partir de las calificaciones de las pruebas. Como consecuencia, los profesionales quienes elaboran las pruebas tratan de idear reactivos que se diferencian entre los individuos en términos de lo que se mide. Al hacerlo aumenta la variedad en las calificaciones totales y determinada calificación es un indicador más preciso de la posición de un sujeto respecto del resto de la gente.

Por lo general, la calificación en una prueba psicológica o educativa estandarizada requiere de entrenamiento de los procedimientos para puntuar, sumar los puntajes y transfórmalos en puntajes estándares.

La figura 5-1 ilustra la curva base de toda intervención en las pruebas estandarizadas.

Poder calificar una prueba no implica poder interpretarla adecuadamente; pero, es casi imposible interpretar adecuadamente resultados mal calificados. Por lo anterior, el lector deberá leer las instrucciones y los manuales de procedimientos, en especial para tratar de calificar y hacer el cálculo de las sumatorias, puntajes brutos y puntuaciones individuales.

Para evaluar la utilidad de un reactivo como medida de diferencias individuales en las características de habilidad o personalidad, quienes aplican las pruebas necesitan cierta medida de criterio, para esto se pueden calcular los índices de dificultad y discriminación (Aiken, 1999).

NORMAS Y ESTANDARIZACIÓN DE PRUEBAS

Las pruebas estandarizadas son las de mayor valía en la clínica, ya que se desarrollan por expertos, de manera profesional y con fines comerciales. Todas las pruebas estandarizadas tienen rutinas preestablecidas para su aplicación y calificación, las cuales deben seguirse muy de cerca, dejando pocas oportunidades para la interpretación subjetiva y personal. Además, la estandarización de cualquier instrumento de evaluación psicológica o educativa requiere de la aplicación en una extensa muestra de individuos quienes se seleccionan como representativos de la población meta para la cual se elabora el instrumento.

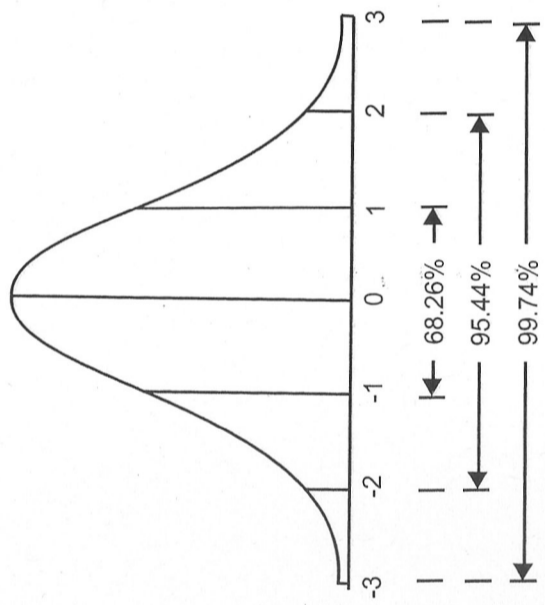
El propósito principal del proceso de estandarización es determinar la distribución de frecuencias de las calificaciones brutas para establecer los parámetros para asignar calificaciones estándares y así generar las normas. Para esto, los puntajes obtenidos por los participantes son convertidos en alguna forma de calificaciones derivadas o normalizadas.

El desempeño de una persona en una prueba se evalúa al referirse al cuadro de normas apropiado y encontrar las calificaciones convertidas equivalentes a las calificaciones brutas. La mayor parte de los manuales de las pruebas contienen cuadros de normas, los cuales enlistan las calificaciones brutas y las calificaciones convertidas correspondientes. Las tablas con las normas incluyen los equivalentes de edad, grado, rangos percentiles y calificaciones estándares. De esta manera, las normas sirven como marco de referencia para interpretar las calificaciones brutas. Las normas indican el desempeño del sujeto en la prueba respecto con la distribución de calificaciones que obtuvieron personas con la misma edad cronológica, grado, sexo u otras características demográficas y permite inferir escalas de desempeño por medio de la comparación.

Las normas publicadas en los manuales de las pruebas son útiles para comparar la calificación del sujeto con aquellas de una muestra de personas de distintas localidades, en ocasiones con toda una sección del país. Entre los tipos más populares de normas están: edad, grado, género, país, etc.

Una práctica más antigua en las pruebas es convertir la norma de edad del sujeto en un cociente, dividiendo la calificación de edad entre la edad cronológica de la persona y multiplicando el resultado por 100. De esta forma, el cociente intelectual (CI) en las antiguas escalas de Stanford-Binet, se obtenían del producto de la edad mental por 100 entre la edad cronológica.

Otro referente común de las normas son los percentiles que ubican al sujeto en un punto específico de la distribución, lo cual permite saber cuántos sujetos están por encima o por debajo del puntaje obtenido. A diferencia de los rangos percentiles, las calificaciones estándares representan las medidas en una escala de intervalo. Las normas de calificación estándar son calificaciones convertidas que tienen cualquier media y desviación estándar que se desee. Existen muchos tipos de calificaciones estándares: calificaciones Z, calificaciones CEEB, calificación de CI, Estaninas y calificaciones T (véase la curva de distribución normal).



Área entre $-n$ y $+n$ desviaciones estándar en una curva normal

Figura 5-1. Posiciones de desviaciones estándar y las áreas que encierra en la distribución normal. Tomada de Coolican H. (2005). Métodos de investigación y estadística en psicología. 3ª ed. México: Editorial El Manual Moderno. D.R. © 2005 por Editorial El Manual Moderno S.A. de C.V.

CONFIABILIDAD

Ningún instrumento de evaluación puede tener valor a menos que mida algo en forma consistente o confiable. Como consecuencia, uno de los primeros aspectos que deben determinarse en un instrumento de evaluación de reciente elaboración es verificar si es lo suficientemente confiable para medir aquello para lo cual se creó. Si en ausencia de cualquier cambio permanente en una persona (debido al crecimiento, aprendizaje, enfermedad o accidente), las calificaciones de las pruebas varían en gran medida de una aplicación a la siguiente, es probable que la prueba no sea confiable y no pueda utilizarse para hacer predicciones sobre el comportamiento de la persona.

Confiabilidad no es sinónimo de estabilidad; a diferencia de la estabilidad, la falta de confiabilidad es el resultado de los errores en la medida que se producen por estados internos temporales, como baja motivación o indisposición; o condiciones externas, como un entorno incómodo o con distracciones para una prueba. Los principales índices de confiabilidad son el de Kuder-Richardson y el de Chronbach.

Teoría de la confiabilidad clásica

En la teoría clásica de las pruebas se asume que la calificación obtenida por una persona las mismas se compone de una calificación "real", más algún error no sistemático de medida. La calificación real se define como el promedio de las calificaciones que se obtendrían si una persona presentara la prueba una cantidad infinita de veces. Se debe enfatizar que la calificación real nunca puede medirse con exactitud, sino que debe calcularse a partir de la calificación obtenida por la persona en la prueba.

Estos errores inherentes con la medición, se llaman "error estándar de medición". Por ejemplo, pregunte la hora entre sus compañeros de clase y observará que pocas son exactas entre sí. La medición real, será pues el promedio de todas las horas

reportadas y el error estándar de medición será la diferencia entre esta cifra y la hora de su reloj, por ejemplo.

En la teoría clásica de las pruebas se supone que la varianza de las calificaciones observada para un grupo de sujetos, es igual a la varianza de las calificaciones reales más la varianza de los errores no sistemáticos de medición.

Validez

Tradicionalmente, la validez de una prueba se define como su capacidad para medir el objetivo para la que fue diseñada. Una desventaja de esta definición es la implicación de que una prueba tiene sólo una validez, que se supone se establece mediante un solo estudio para determinar si la prueba mide lo que debe medir. En realidad, una prueba puede tener muchos tipos de validez; dependiendo de los propósitos específicos con los cuales se diseño, la población a la cual se dirige y el método para determinar la validez. Entre los métodos con los cuales puede evaluarse la validez se encuentran el análisis del contenido, la relación de las clasificaciones de la prueba con las calificaciones con base en un criterio de interés y la investigación de las características psicológicas o construcciones particulares que mide la prueba. Todos estos procedimientos son útiles en el grado cómo mejoran nuestra comprensión de lo que mide una prueba. Si entendemos esto último, entonces las calificaciones proporcionan una mejor información para tomar decisiones respecto de los sujetos. Además, necesitamos preguntar qué tanto aporta una prueba en particular para la predicción y comprensión de los criterios ya conocidos. Esta es la noción del aumento de la validez, la cual analizaremos más adelante.

A diferencia de la confiabilidad, la cual está influenciada sólo por los errores de medida no sistemáticos, la validez de una prueba se ve afectada tanto por los errores no sistemáticos como por los sistemáticos (constantes). Por esta razón, una prueba puede ser confiable sin ser válida; pero no puede ser válida si no es confiable. La confiabilidad es una condición necesaria; pero no

suficiente para la validez. Técnicamente la validez (relacionada con los criterios) de una prueba, como lo indica la correlación entre la prueba y una medida externa de criterio, nunca podrá ser mayor que la raíz cuadrada del coeficiente de confiabilidad de las formas paralelas.

Validez de contenido

La apariencia física de una prueba respecto con sus propósitos particulares (validez aparente) es, desde luego, una consideración importante al comercializarla. Sin embargo, el concepto de validez de contenido se refiere a algo más que la simple validez aparente. El asunto de la validez de contenido de una prueba se refiere al hecho de si el contenido de la prueba produce un rango de respuestas que representa 1 a 0 universo completos de habilidades, comprensiones y otros comportamientos que se supone la prueba debe medir. Ese universo de comportamiento se debe especificar con certeza. Así, si la prueba está bien diseñada, las respuestas que dan los sujetos a los reactivos serán representativas de las que serían sus respuestas al universo de situaciones en las cuales la prueba es una muestra. Un análisis de validez de contenido tiene lugar con mayor frecuencia en relación con las pruebas de aprovechamiento, en cuyo caso no existe ningún criterio externo. En las medidas de actitud, el interés y la personalidad, también se toma en cuenta la validez de contenido. La validez de contenido de una prueba de aprovechamiento se determina al evaluar el grado en el cual la prueba representa los objetivos de enseñanza. Una forma de hacerlo es comparar el contenido de la prueba con un perfil o un cuadro de especificaciones de la materia que supuestamente cubre la prueba. Si los expertos en la materia están de acuerdo en que la prueba parece y funciona como una medida de habilidad o conocimiento, la cual se supone debe evaluar, entonces se decide que posee validez de contenido. Estos juicios pueden comprender no sólo el contenido de los reactivos de la prueba, sino también un análisis de los procesos por los cuales deben pasar los sujetos para llegar a las

respuestas. Como es obvio, no es necesario que el proceso de evaluar la validez de contenido de una prueba sea hasta que ésta se elabore. Los expertos realizan los juicios sobre qué reactivos incluir desde el principio del proceso de elaboración de la prueba. Al definir el universo de contenido de la prueba y la muestra de ese universo que se incluirá, las personas quienes elaboran las pruebas toman parte en la validez de contenido.

Validez en relación con el criterio

De manera básica, todas las pruebas se validan al relacionar las calificaciones con el desempeño de las medidas de criterio; estándares o variables con los que puede compararse el desempeño de la prueba. En el caso de la validez de contenido, el criterio es el juicio de los expertos en la materia. Sin embargo, en forma tradicional, el término validez en relación con el criterio se limita a los procedimientos de revalidación en los cuales las calificaciones en la prueba de un grupo de sujetos se comparan con las calificaciones, clasificaciones u otras medidas conductuales o mentales. Algunos ejemplos de los criterios con base en los cuales se validan las pruebas son las notas escolares, calificaciones por parte de los supervisores y cantidades de dólares por ventas. Siempre que una medida de criterio está disponible en el momento de la prueba se determina la validez concurrente de ésta. Cuando las calificaciones con base en el criterio no se encuentran disponibles sino hasta algún tiempo después de aplicada la prueba, la validez de predicción de la prueba es el centro de interés.

Validez concurrente

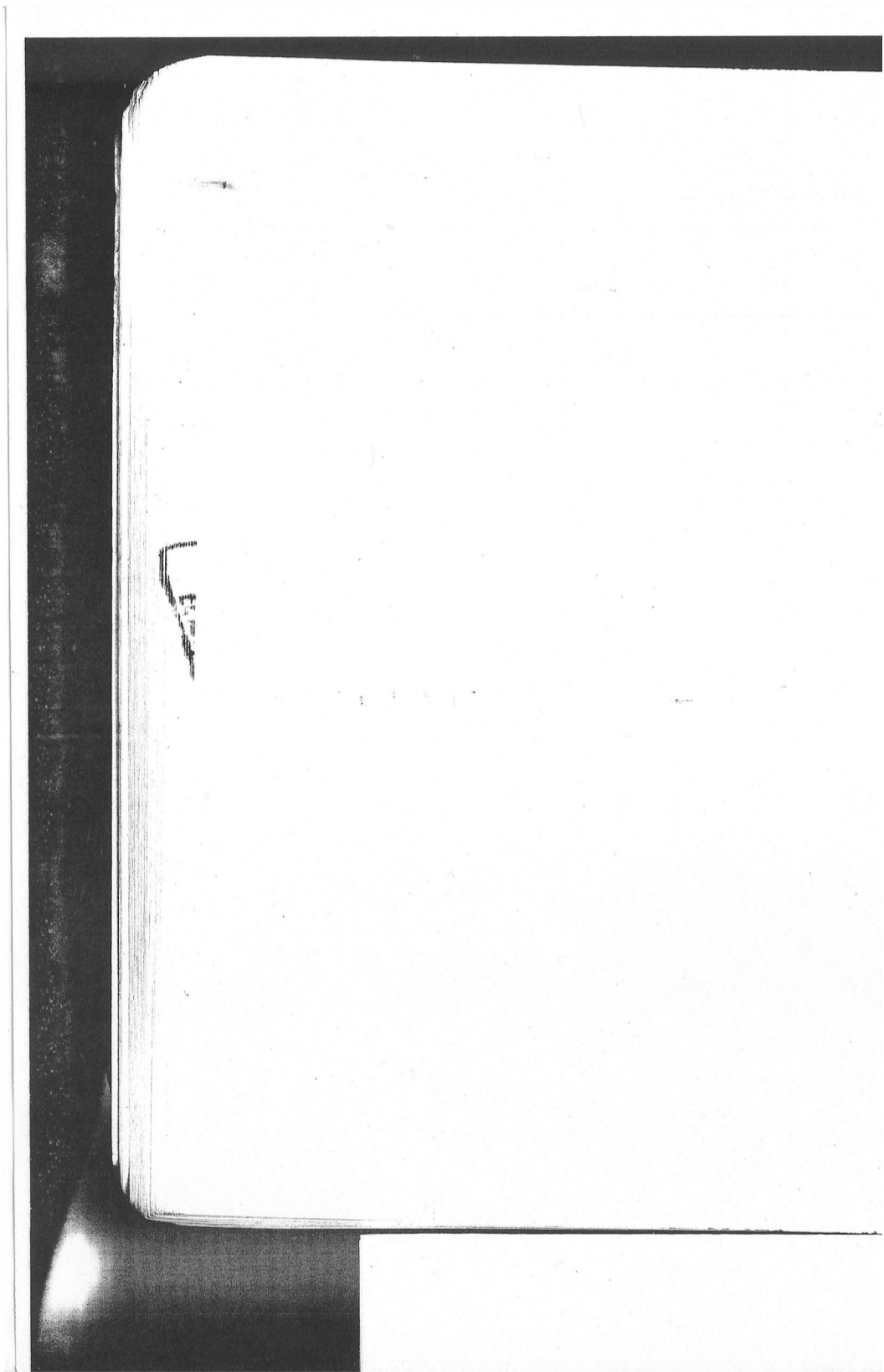
Los procedimientos de validez concurrente se utilizan siempre que una prueba se aplica con personas de distintas categorías, como grupos de diagnóstico o niveles socioeconómicos, con el propósito de determinar si las calificaciones promedio de distintos tipos de personas son diferentes de manera significativa. Si

la calificación promedio varía de modo sustancial en cada categoría, entonces la prueba puede utilizarse como otro medio, quizá más eficiente, para clasificar a las personas en distintas categorías. Por ejemplo, las calificaciones en el inventario de multifásico de la personalidad de Minnesota (MMPI) son útiles para identificar trastornos mentales específicos porque se ha descubierto que las personas a quienes se les diagnostica con algún trastorno en particular tienden a obtener calificaciones características en ciertos grupos de reactivos.

Validez predictiva

La validez predictiva se refiere al grado de precisión con que las calificaciones de la prueba predicen las calificaciones de criterio, como lo indica la correlación entre la prueba (indicador) y un criterio del desempeño futuro. La validez predictiva se ocupa en primer lugar de las pruebas de aptitud e inteligencia, ya que las calificaciones anteriores de este tipo de instrumentos con frecuencia se correlacionan con las notas, calificaciones en las pruebas de aprovechamiento y otros criterios de éxito.

La correlación entre una variable de indicador y una variable de criterio. La validez predictiva debe tomarse con cautela ya que en la mayoría de las pruebas es menor a 0.60, podemos entender por qué es necesario tener cuidado con las afirmaciones acerca de la capacidad de las pruebas psicológicas para predecir el comportamiento.



CAPÍTULO 6

Psicometría en la clínica

En este capítulo, revisaremos algunas de las pruebas psicológicas utilizadas en la práctica clínica.

PRUEBAS DE APTITUD PARA NIÑOS

Escala Wechsler de Inteligencia para Niños-IV (WISC-IV)

Un aspecto específico y distintivo del psicólogo clínico en el equipo de salud, es su formación única y específica para poder estimar la inteligencia del paciente.

La Escala Wechsler de Inteligencia para Niños-IV (WISC-IV) es un instrumento clínico de aplicación individual para la evaluación de la capacidad cognoscitiva de niños desde los 6 años 0 meses hasta los 16 años 11 meses de edad. Esta batería proporciona subpruebas y puntuaciones compuestas, las cuales representan el funcionamiento intelectual en dominios cognoscitivos específicos, así como una puntuación compuesta que representa la capacidad intelectual general.

Incorpora revisiones que incluyen normas actualizadas, nuevas subpruebas y un aumento en el énfasis en las puntuaciones

compuestas que reflejan el desempeño de un niño en áreas más independientes del funcionamiento cognoscitivo.

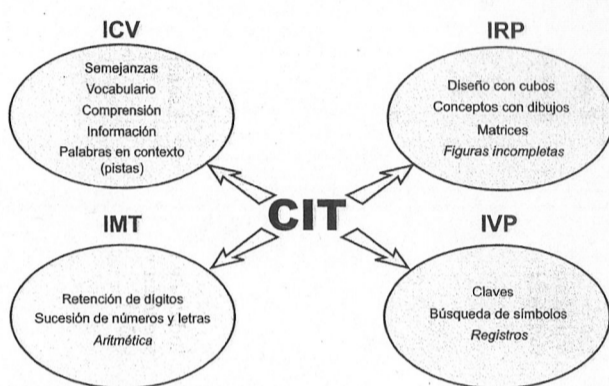
Se han actualizado todos los dibujos para hacerlos más atractivos y contemporáneos y se han realizado modificaciones a los procedimientos de aplicación y calificación para mejorar las características de la escala en cuanto a facilidad para el usuario (ver manual y prueba editados por la Editorial El Manual Moderno).

La WISC-IV está constituida por 15 subpruebas: 10 que se conservan de la WISC-III y cuatro nuevas. Las nuevas subpruebas son: Conceptos con dibujos, Sucesión de letras y números, Matrices, Registros y Palabras en contexto. La estructura de la WISC-IV se ha actualizado para reflejar la teoría y práctica actuales en cuanto a la evaluación cognoscitiva de los niños, incluyendo una mayor atención en la memoria de trabajo y la velocidad de procesamiento. Como resultado, se han hecho varios cambios importantes en la estructura de la escala y la conformación de puntuaciones compuestas de las subpruebas.

Con la WISC-IV se puede obtener un total de cinco puntuaciones compuestas y proporciona un CI (coeficiente intelectual) total para representar la capacidad cognoscitiva general del niño. También se pueden extraer cuatro puntuaciones compuestas adicionales para representar el funcionamiento del niño en dominios más independientes del funcionamiento cognoscitivo: el Índice de comprensión verbal, el Índice de razonamiento perceptual (antes llamado Índice de organización perceptual [IOP]), el Índice de memoria de trabajo (antes llamado Índice de libertad de la distractibilidad [ILD]) y el Índice de velocidad de procesamiento.

Los términos CI Verbal (CIV) y CI de Ejecución (CIE) se han reemplazado por los conceptos Índice de Comprensión verbal (ICV) e Índice de Razonamiento perceptual (IRP), respectivamente. Como el CIV, el ICV contiene las subpruebas para evaluar el razonamiento, la comprensión y la expresión verbales. Se ha elegido el término IRP para reflejar de mejor manera el mayor énfasis que se le ha dado en este índice al razonamiento fluido.

Existen 10 subpruebas esenciales divididas entre los cuatro índices de la siguiente manera: tres subpruebas para comprensión



Nota: las subpruebas suplementarias se presentan en cursivas.

Figura 6-1. Estructura del WISC.

verbal, tres para razonamiento perceptual, dos para memoria de trabajo y dos para velocidad de procesamiento. Semejanzas, Vocabulario y Comprensión, son las subpruebas esenciales de comprensión verbal; Diseño con cubos, Conceptos con dibujos y Matrices son las de Razonamiento perceptual; Retención de dígitos y Sucesión de letras y números corresponden a Memoria de trabajo; y Claves y Búsqueda de símbolos atañen a Velocidad de procesamiento. Las subpruebas esenciales deberán aplicarse en la mayoría de las situaciones cuando se desee obtener puntuaciones compuestas.

Las subpruebas suplementarias proporcionan una muestra más amplia del funcionamiento cognoscitivo e intelectual y pueden utilizarse también como sustitutos de las subpruebas esenciales. Es importante recordar que en caso de aplicar y utilizar los resultados de alguna tarea suplementaria para Comprensión verbal, deberá preferirse Información.

Como herramienta psicoeducativa, la WISC-IV puede utilizarse para obtener una evaluación completa del funcionamiento cognoscitivo general. También es posible usarla como parte de una evaluación para identificar la inteligencia sobresaliente, la

Cuadro 6-1. Estructura y nomenclatura de WISC-IV

94

Subpruebas	Descripción	Abreviatura	Evalúa	Compuestos	Tipo de subprueba
Diseño con cubos	Los reactivos requieren que el niño vea un modelo construido o en un dibujo de la Libreta de estímulos y que, utilice cubos en color rojo y blanco para volver a crear el diseño que ha visto, dentro de un lapso específico	DC	Capacidad de análisis y síntesis de estímulos visuales abstractos, formación de conceptos no verbales, percepción y organización visuales, procesamiento simultáneo, coordinación visomotora, aprendizaje, y la capacidad para separar figura y fondo de los estímulos visuales	Índice de Razonamiento perceptual (IRP)	Esencial
Semejanzas	En esta tarea se le presentan al niño dos palabras que representan objetos o conceptos comunes y tiene que describir en qué se parecen	SE	Mide razonamiento verbal y formación de conceptos, así como comprensión auditiva, memoria, distinción entre características no esenciales y esenciales, y expresión verbal	Índice de Comprensión verbal (ICV)	Esencial

PSICOLOGÍA CLÍNICA

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Retención de dígitos	Se compone de dos partes: -Retención de dígitos en orden directo. Requiere que el niño repita una serie de números en el mismo orden en el que el examinador los lee en voz alta -Retención de dígitos en orden inverso, en la que el niño debe decir los números en orden inverso a como el examinador los leyó -Retención de dígitos en orden directo implica aprendizaje y memoria mecánicas, atención, codificación	RD	Mide la memoria auditiva a corto plazo, habilidades de secuenciación, atención y concentración	Índice de Memoria de trabajo (IMT)	Esencial
Conceptos con dibujos	En esta subprueba se le presentan al niño dos o tres filas de dibujos y él tiene que elegir uno de cada fila para formar un grupo con una característica en común	CD	Mide capacidad de razonamiento abstracto y categórico	Índice de Razonamiento perceptual (IRP)	Esencial
Claves A y B	El niño tiene que copiar una serie de símbolos que se encuentran apareados con figuras geométricas simples o con números. Con base en una clave, el niño dibuja cada símbolo en su forma o	CL	Evalúa la velocidad del procesamiento de información, memoria a corto plazo, capacidad de aprendizaje, percepción visual, coordinación visomo-	Índice de Velocidad de procesamiento (IVP)	Esencial

PSICOMETRÍA EN LA CLÍNICA

95

Continúa...

...continuación

Subpruebas	Descripción	Abreviatura	Evalúa	Compuestos	Tipo de subprueba
Vocabulario	casilla correspondiente dentro de un límite de tiempo especificado Cada niño debe nombrar los objetos representados en una serie de láminas. En los reactivos verbales, el niño debe dar definiciones para las palabras que se le leen en voz alta	VB	tora, capacidad de rastreo visual, flexibilidad cognoscitiva, atención y motivación Mide el conocimiento de palabras y la formación de conceptos verbales en el niño, mide su reserva de conocimientos, la capacidad de aprendizaje, la memoria a largo plazo y el desarrollo del lenguaje. También puede ser útil para evaluar la percepción y comprensión auditivas, la conceptualización verbal, el pensamiento abstracto y la expresión verbal	Índice de Comprensión verbal (ICV)	Esencial
Sucesión de números y letras	Se le leen al niño una secuencia de números y letras; él tiene que recordar y mencionar los números en orden ascendente seguidos de las letras en orden alfabético	NL	Evalúa sucesión, manipulación mental, atención, memoria auditiva a corto plazo, formación de imágenes visoespaciales y velocidad de procesamiento	Índice de Memoria de trabajo (IMT)	Esencial

96

PSICOLOGÍA CLÍNICA

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Matrices	El niño observa una serie de matrices incompletas y selecciona la parte faltante entre cinco opciones de respuesta	MT	Evalúa la inteligencia fluida y la capacidad intelectual general; el procesamiento de información visual y el razonamiento abstracto	Índice de Razonamiento perceptual (IRP)	Esencial
Comprensión	El niño responde preguntas con base en su comprensión acerca de los principios y situaciones sociales generales	CM	Evalúa razonamiento y conceptualización verbales, comprensión y expresión verbales, capacidad para evaluar y utilizar la experiencia pasada y la capacidad para demostrar información práctica. Implica el conocimiento de las normas sociales de comportamiento, juicio y madurez social y sentido común	Índice de Comprensión verbal (ICV)	Esencial
Búsqueda de símbolos	El niño examina un grupo de búsqueda e indica, dentro de un límite especificado de tiempo si el símbolo, o los símbolos, estímulo con iguales a aquellos en el grupo de búsqueda	BS	La subprueba evalúa velocidad de procesamiento, memoria a corto plazo, memoria visual, coordinación vasomotora, flexibilidad cognoscitiva, discriminación visual y concentración. También funciona	Índice de Velocidad de procesamiento (IVP)	Esencial

PSICOMETRÍA EN LA CLÍNICA

97

Continúa...

...continuación

Subpruebas	Descripción	Abreviatura	Evalúa	Compuestos	Tipo de subprueba
Figuras incompletas	El niño ve un dibujo y después señala o nombra la parte faltante importante dentro de un límite especificado de tiempo	FI	para evaluar comprensión auditiva, organización perceptual y capacidad de planificación y aprendizaje Esta subprueba está diseñada para medir percepción y organización visuales, concentración y reconocimiento de los detalles esenciales de los objetos	Índice de Razonamiento perceptual (IRP)	Suplementaria
Registros A y B	El niño rastrea tanto una disposición aleatoria como una estructurada de dibujos y marca los dibujos estímulo dentro de un límite especificado de tiempo	RG	Mide velocidad de procesamiento, atención visual selectiva, vigilancia y descuido visual	Índice de Velocidad de procesamiento (IVP)	Suplementaria
Información	El niño responde preguntas en una amplia variedad de temas de conocimientos generales	IN	Pretende medir la capacidad de un niño para adquirir, conservar y recuperar información escolar y del ambiente. También ayuda a evaluar la percepción y comprensión auditivas, así	Índice de Comprensión verbal (ICV)	Suplementaria

98

PSICOLOGÍA CLÍNICA

© Editorial El Manual Moderno Fotocopiar sin autorización es un delito.

Aritmética	El niño debe resolver mentalmente en un tiempo límite una serie de problemas aritméticos presentados de manera oral	AR	como la capacidad de expresión verbal Evalúa manipulación mental, concentración, atención, memoria a corto y largo plazo, capacidad de razonamiento numérico y atención mental También puede ayudar a evaluar sucesión, razonamiento fluido y razonamiento lógico	Índice de Memoria de trabajo (IMT)	Suplementaria
Palabras en contexto (Pistas)	Se le pide al niño que identifique el concepto común que se describe en una serie de pistas. Es una subprueba nueva Es necesario que, en la versión en español para México de WISC-IV se prefiera la subprueba de Información como suplementaria para el ICV, ya que, según lo observado durante el proceso de estandarización es que, en el español, la pista que se da es tan general y ambigua que se encontraron problemas que vulneran la lógica e intención de esta rutina	PC	Evalúa razonamiento verbal, capacidad analógica y de razonamiento general, abstracción verbal, capacidad para integrar y sintetizar diferentes tipos de información y para generar conceptos alternativos	Índice de Comprensión verbal (ICV)	Suplementaria

PSICOMETRÍA EN LA CLÍNICA

99

discapacidad intelectual y fortalezas y debilidades cognoscitivas. Los resultados pueden servir como guía para la planeación de tratamientos y las decisiones de colocación en ambientes clínicos y educativos, y puede proporcionar información clínica inapreciable en la valoración neuropsicológica y con propósitos de investigación.

En vista de las complejidades asociadas con la aplicación de la prueba, el diagnóstico y la evaluación, los usuarios de la WISC-IV deben tener entrenamiento y experiencia en la aplicación e interpretación de instrumentos clínicos estandarizados. También deben poseer experiencia o entrenamiento en la evaluación de niños cuyas edades, antecedentes lingüísticos e historiales clínicos, culturales o educativos sean similares a quienes valorarán.

Escala de Inteligencia de Wechsler para Adultos III (WAIS-III)

La prueba para adultos es muy similar a la WISC-IV, la cual ha sido descrita con amplitud previamente, así ahora se hacen comentarios generales, invitando al lector a revisar el manual original y los materiales editados por El Manual Moderno.

Para su uso en México la traducción y la validación preliminar de esta escala, permitió un primer ajuste de los puntajes emanados del proceso de validación en EUA.

Más que una adaptación, el objetivo de los investigadores fue generar normas apropiadas para la población mexicana por grupo de edad; y evaluar la pertinencia de la prueba para la población de México. La validación y estandarización para México incluyó el trabajo estadístico necesario; pero con una revisión cualitativa de la propiedad de las subescalas de la prueba para la población nacional. Adaptar la WAIS-III al caso de México, requirió el establecimiento de normas por grupos de edad adecuadas al país, lo cual se hizo de manera convencional ya que técnicamente fue imposible tomar una muestra al azar por estratos de la población.

La muestra final estuvo constituida por mexicanos de zonas urbanas de diversos estratos sociales, relativamente balanceada por grupo de edad (alrededor de 10% por estrato), género (48 a 52%) y región (cerca de 25% por cada una). Sin embargo, se detectó un sesgo sobre la representación de mexicanos de nivel educativo alto, con secundaria concluida en adelante (57 a 43%, $\chi^2 = 4.86$; $p = .001$). De igual forma, hay mayor número de mujeres que de hombres, pero no se encontraron diferencias significativas globales por género.

Su propósito es evaluar la inteligencia de individuos de 16 a 89 años de edad. Este instrumento es fundamental para el diagnóstico psicológico y es una prueba que ha atravesado un largo camino de desarrollo y refinamiento: conserva las características positivas de las ediciones previas; pero además, presenta los rasgos psicométricos y las cualidades de estandarización que se esperan de las escalas Wechsler, por lo cual los reactivos se han actualizado, se han ampliado los límites inferior y superior (bases y toques) de medición del instrumento y se han introducido nuevas subpruebas como Matrices para cubrir más adecuadamente la capacidad de razonamiento fluido del individuo, Sucesión de letras y números para medir la memoria de trabajo y Búsqueda de símbolos para la velocidad de procesamiento. Así, la WAIS-III cuenta con 14 subpruebas: 7 verbales (Vocabulario, Semejanzas, Aritmética, Retención de dígitos, Información, Comprensión, Sucesión de letras y números) y 7 de ejecución (Figuras incompletas, Dígitos y símbolos, Diseño con cubos, Matrices, Ordenamiento de dibujos, Búsqueda de símbolos, Ensamble de objetos). Estas subescalas permiten obtener las tradicionales puntuaciones de CI, así como 4 Índices: Comprensión verbal, Organización perceptual, Memoria de trabajo y Velocidad de procesamiento.

La WAIS-III, además de traducida y precisamente adaptada al español, se presenta ahora estandarizada a nivel nacional para México en esta versión definitiva, constituyéndose en una herramienta de indudable utilidad. Su aplicación es individual, en dos horas aproximadamente.