

Psicología clínica en Colombia mirada en dos momentos 1971-1999

Se presenta el panorama de la Psicología Clínica en Colombia tal y como lo veía un estudiante próximo a salir a la vida profesional en 1971, y posteriormente se ofrece un punto de vista alternativo sobre cuáles deberían ser las funciones del psicólogo clínico en ese momento histórico.

1999

Hace veintiocho años, cuando cursaba cuarto año de Psicología en la Universidad Nacional se me abrió por primera vez el panorama de la práctica de una profesión que en nuestro medio, requería de algo de espíritu aventurero frente a las carreras más tradicionales. Escribí estas reflexiones, nunca publicadas, aunque sí transcritas en varias oportunidades, con base en la visión del estudiante, en las inquietudes, insatisfacciones, y esperanzas de lo que una profesión como la Psicología podía ofrecer a este país. Definitivamente veía un potencial enorme, gracias a la pasión por el conocimiento que había adquirido en los primeros años de carrera, pero al mismo tiempo sentía decepción de lo que vislumbraba sería una práctica profesional. Me parecía que el psicólogo se conocía poco, se valoraba menos, y como profesional se hacía respetar aún menos. Para un estudiante que sentía casi una fascinación por el área psicológica, no era fácil de asimilar el bajo nivel de estima profesional que con frecuencia se veía en las prácticas de los psicólogos.

De ahí mi crítica a la función limitada de diagnosticador que veía en el medio profesional de la época. No solamente por lo inútil de esta práctica aislada –lo cual claramente se ha demostrado en estos últimos 30 años– sino por las implicaciones en lo que podríamos llamar la “sociología de la profesión” y en la relación con otras disciplinas, y en últimas en el lugar que la Psicología como profesión ocuparía dentro del medio social. Por otro lado, atribuía gran parte de esta situación a serias deficiencias en la formación profesional en las universidades. De un lado, a la falta de integración entre el conocimiento básico y el entrenamiento en destrezas profesionales. Por otro, la ausen-

cia de formación especializada en prácticas profesionales diferentes del diagnóstico.

Finalmente, proponía una función totalmente diferente para el psicólogo clínico más centrada en la investigación y la generación de conocimiento, no desligada de una realidad cotidiana, sino más bien integrada en diferentes actividades de intervención profesional. ¿Qué ha pasado después? El tiempo que pasé haciendo mi doctorado en Psicología clínica fue una gran oportunidad para ver de cerca y vivir una perspectiva de práctica profesional totalmente diferente. Stony Brook era, y sigue siendo, uno de los principales centros de reunión de psicólogos clínicos que han contribuido al desarrollo y crecimiento del área en las últimas décadas. Pude observar una forma distinta de apreciar la profesión, un alto respeto por lo que los psicólogos clínicos hacían no solamente por parte de los otros profesionales sino por distintos medios de influencia social, y sobre todo un nivel de autovaloración en la profesión que solamente se obtiene a través de un trabajo eficaz y de impacto social. Mi experiencia de interno en el Departamento de Psiquiatría en el Hospital Middlesex en Londres, me permitió ver el papel preponderante del psicólogo clínico en el diseño y conducción del tratamiento de pacientes hospitalizados y de consulta externa y el trabajo en equipo y en igualdad de condiciones de respeto y colaboración, con diversos profesionales de la salud. Igualmente pude ver al psicólogo clínico moviéndose en otros medios de acción mucho más allá del diagnóstico y de la terapia individual tradicional.

Las viejas controversias sobre “escuelas” y “teorías” daban paso a discusiones sobre nuevas fronteras en el campo de acción del psicólogo clínico y a nuevos formatos de intervención a nivel social, ambiental y comunitario. En estas tres décadas hemos presenciado cambios de gran importancia. La investigación realizada por psicólogos clínicos ha dado lugar a métodos de intervención psicológica altamente eficaces, como ya se ha establecido en el campo de los problemas de ansiedad, depresión, adicciones y problemas matrimoniales, para nombrar solamente los más conocidos. Dados los cambios en los sistemas de salud a nivel internacional, que exi-

gen altos niveles de eficiencia y de eficacia, ya se ha establecido un número de intervenciones terapéuticas validadas empíricamente y de reconocida eficacia, que servirán de polo de desarrollo para nuevos avances en el futuro.

El trabajo del clínico se ha ampliado con gran éxito a nuevos escenarios de intervención como la Psicología de la salud, el diseño ambiental, la Psicología clínica en las organizaciones y en el medio social y comunitario. Se han desarrollado programas cuidadosamente evaluados de prevención, y en general, el campo de la Psicología clínica ha tenido y sigue teniendo un vertiginoso desarrollo en las ciencias del comportamiento. En resumen, el desarrollo de la Psicología clínica a nivel mundial en estas tres décadas ha sido contribuir al avance del área a través de la generación de nuevo conocimiento. Desafortunadamente, este ritmo de crecimiento no se ha dado en igual forma en Colombia. La proliferación de escuelas de Psicología no ha tenido su contraparte en un aumento en la calidad de la formación y la producción investigativa.

Después de casi 30 años y de varios intentos, aún no se ha podido consolidar un programa de posgrado en formación profesional en Psicología clínica. Muchos de los programas de pregrado, por otra parte, no están ofreciendo herramientas de utilidad para que los psicólogos clínicos puedan enfrentar con eficiencia el reto de los crecientes problemas que aquejan a nuestro país. Si bien muchos psicólogos salen de la universidad con elementos sobre reflexiones teóricas y filosóficas que pueden ser de gran interés en medios académicos, no cuentan en su repertorio con los elementos que ya se han desarrollado para realizar una práctica profesional de utilidad. Pienso que solamente llenando esta brecha entre lo que ha constituido el desarrollo de la profesión a nivel internacional y lo que se puede hacer en nuestro medio, no saldremos de un discurso recurrente para mejorar dicha realidad más allá de las reflexiones académicas. Esta es una responsabilidad que compete a quienes tienen a su cargo la formación de nuevos profesionales y a quienes estamos en ejercicio, para unir esfuerzos que permitan poner a disposición los instrumentos necesarios para mejorar nuestra calidad de vida. Si esto se alcanza, quien haga un balance del estado de la Psicología clínica en el país en los próximos años, presente una visión más optimista y positiva que la que con el lapso de casi tres décadas he hecho en estos escritos.

1971. La Psicología clínica: Un punto de vista alternativo)¹

La historia de la Psicología clínica como campo de práctica profesional es relativamente corta, se inició después de la segunda guerra mundial, y en sus 25 años de existencia no ha habido ideas muy claras, ni mucho menos un consenso general de opinión sobre cuál es el papel que debería cumplir el psicólogo clínico en el área de la salud mental. Este problema no ha sido exclusivo de un país determinado ya que se ha presentado tanto en la Gran Bretaña, como en Francia, en África del Sur, en los Estados Unidos y también en América Latina.

A continuación, se va a presentar el panorama actual de la Psicología clínica en Colombia tal y como lo ve un estudiante próximo a salir a la vida profesional, y posteriormente se presentará un punto de vista alternativo sobre cuales deberían ser las funciones del psicólogo clínico.

El punto de vista tradicional

En general, no estaría muy lejos de la realidad la afirmación de que el psicólogo clínico en Colombia se ha limitado casi por completo a diagnóstico y evaluación en diversos aspectos: pruebas de inteligencia, baterías de orientación profesional, pruebas de desarrollo, y pruebas de personalidad especialmente de naturaleza proyectiva. Estas labores las realiza tanto en práctica privada como dentro de instituciones.

Realmente, al observador desprevenido le sorprenderá con toda razón que a un profesional que ha recibido una formación relativamente completa en Psicología general se limite únicamente a la aplicación de pruebas que en un gran número de casos no tienen una finalidad muy clara. No obstante, de mayor interés que la misma función que desempeña es la situación en la que lo hace. El procedimiento estándar que se sigue es más o menos el siguiente: por ejemplo, el psicólogo X trabaja en una institución mental. A su consultorio le llega una hoja de remisión del paciente y con el fin de que establezca su diagnóstico ya que entre los psiquiatras que vieron el caso no se llegó a un acuerdo. El profesional entrevista al paciente, o como ocurre en la mayoría de los casos, entra directamente a aplicarle una "batería" de pruebas, por lo general proyec-

1. Documento tomado del archivo de la carrera de Psicología de la Universidad Nacional de Colombia, elaborado por el entonces estudiante Leonidas Castro Camacho.

tivas: Rorschach, TAT, etc. Luego de hacer la aplicación viene el proceso de calificación, e interpretación, lo cual toma varias horas de trabajo y finalmente, pasa el informe al psiquiatra, quien se reservara el derecho de estar de acuerdo o de rechazar el diagnóstico.

En el caso de la práctica privada ocurre otro tanto: habrá un buen número de psiquiatras que tienen “su tarjeta” y le enviarán pacientes para hacer los exámenes necesarios. En otras palabras, esta situación nos está diciendo que el papel del psicólogo clínico en el campo de la salud mental, es análogo al laboratorista en el campo de la Medicina física. Así pues, el psicólogo no tiene ninguna responsabilidad por el caso, aparte de lo concerniente al diagnóstico.

En realidad, habría menos que objetar si su práctica fuera realmente útil y tuviera claras implicaciones de tratamiento y de pronóstico. Desafortunadamente este no es el caso. Se busca una casilla en la cual rotular al paciente como “reacción esquizofrénica”, “neurosis obsesiva” “oralidad insatisfecha”, etc. No obstante, estos rótulos no tienen implicaciones claras de tratamiento diferencial, de pronóstico, ni de etiología, como si ocurre en el diagnóstico en Medicina física, y habría que pensar si es significativa la diferencia entre la aplicación de una batería de tests, que como dijimos más arriba, consume una gran cantidad de tiempo y de energía, y los datos que puede ofrecer una entrevista. Conviene aclarar, que no se pretende argüir que las prácticas de diagnóstico carezcan por completo de utilidad, lo que se sostiene es que su aplicación no debe hacerse en forma rutinaria, sólo por “darse el lujo de hacer diagnóstico”, sino cuando las necesidades clínicas así lo exijan.

Por extraña que parezca esta situación, lo que es realmente asombroso es que el psicólogo clínico haya asumido y se haya contentado con esa posición. Aunque asombroso, es explicable, ya que para el psiquiatra es muy halagüeño tener a su disposición un útil auxiliar que hace “el trabajo de cocina” y que no va a interferir en ningún momento con su práctica. Por otra parte, parece que para el psicólogo clínico es más halagüeño aún sentirse cerca del tan codiciado “estatus médico”, y poder hablar un lenguaje supuestamente común, (en forma aunque en significado no tenga nada que ver). Tanto será lo que se ha aceptado este papel que ya se llega a hablar de que hay que acostumbrarse a esa posición de inferioridad. No obstante, se ha llegado a esta absurda situación por responsabilidad exclusiva del psicólogo clínico y es el quien tiene en sus manos la modificación de este deplorable estado de cosas.

El psicólogo clínico no se ha percatado de que posee una serie de instrumentos de gran valor que están únicamente en sus manos. Ha recibido una formación de cinco años en el estudio del comportamiento normal y anormal, tiene una base sólida

en la metodología de la investigación científica, y en los instrumentos estadísticos y experimentales que supone, y está en capacidad de aplicar tal metodología y los hallazgos derivados de la Psicología experimental al estudio y análisis intensivos del caso individual. Por otra parte, la ventaja que le lleva al psiquiatra es evidente ya que este último tiene un título en Medicina y Cirugía, y ha hecho un internado de dos años y residencia en un hospital psiquiátrico. Así pues, sus conocimientos en Psicología normal son un tanto deficientes y en el estudio de la Psicopatología se han limitado a los aspectos psicodinámicos y no han tenido en cuenta los hallazgos experimentales de los estudios en comportamiento anormal.

Cabe entonces la pregunta de la razón por la cual habrá que darse el lujo de arrojar por la borda todos esos conocimientos adquiridos sobre percepción, emoción, motivación, aprendizaje, etc. Y resignarse a contemplar el panorama desolador del psicólogo recién egresado que rinde sus armas y se dedica por completo a hacer diagnóstico. Bastaría quizás con un buen curso de semiología psiquiátrica y un entrenamiento intensivo en el manejo de pruebas proyectivas lo cual probablemente no duraría más de dos años. Podemos estar seguros de que la diferencia entre un técnico entrenado con este último programa y el psicólogo que actualmente se esta preparando en nuestras universidades sería casi despreciable. Esto claramente nos esta indicando la falla básica que existe en la formación del psicólogo clínico en Colombia. Más adelante volveremos sobre este tópico.

Hasta el momento hemos visto el papel del psicólogo clínico como diagnosticador. Si vamos a echar una hojeada al psicólogo clínico como psicoterapeuta la situación no es menos desconcertante. Aunque en Colombia no existen aún normas legales establecidas sobre la psicoterapia ejercida por los psicólogos, éstos han ignorado casi por completo esta área y los pocos que se han aventurado lo han hecho en una forma casi clandestina. A ese respecto, el tipo de tratamiento más popular entre nuestros psicólogos clínicos es la “psicoterapia psicoanalíticamente orientada” ya que el tratamiento psicoanalítico en el sentido ortodoxo de la palabra no les esta permitido a profesionales diferentes de los médicos. De resto, las aproximaciones constituyen casos muy aislados, hasta tal punto que un estudio sobre la “incidencia” de los psicólogos psicoterapeutas es casi tan difícil, como un estudio sobre la incidencia de la adicción a las drogas en una población conservadora.

Claro está, que en este caso el problema no radica en el psicólogo mismo, ya que para hacer psicoterapia o para utilizar medios psicológicos para modificar el comportamiento de los pacientes, no basta únicamente con “querer hacerlo”, sino que es preciso “saber hacerlo” y ese entrenamiento no existe ni a nivel de pregrado ni de posgrado en una forma establecida.

Si se va a especular sobre las posibles razones de esta situación, se podrían mencionar dos que están muy relacionadas entre sí. En primer lugar, se puede mencionar la adopción del así llamado modelo médico en el campo de la Psicopatología.

En otras fuentes hay una descripción detallada del modelo médico (Ullmann y Krasner, 1965; Maher, 1966). Basta con decir que según ese modelo los trastornos de comportamiento son enfermedades tan respetables como las enfermedades en la medicina física, con la diferencia de que en los primeros los síntomas son “mentales o psíquicos” mientras que en las últimas son orgánicos. En otras palabras, se conceptualiza que hay una serie de síntomas externos que son producidos o causados por un conflicto interno que es el que hay que atacar si se pretende curar la enfermedad mental. En ese orden de ideas, es comprensible la deducción de que como ocurre en el caso de cualquier enfermedad, el tratamiento de las enfermedades mentales debe estar a cargo del médico. Por consiguiente dado este estado de cosas, el papel del psicólogo clínico, para asignarle alguno, no podía ser otro que el de auxiliar de diagnóstico.

Una segunda razón radica en la preparación profesional del psicólogo clínico. Como se dijo más arriba, el psicólogo tiene una preparación sólida en principios y hallazgos de la Psicología general; no obstante, al llegar a ver las materias estrictamente profesionales se presenta una incongruencia difícil de disimular: debe tratar de olvidar sus conocimientos en metodología de la investigación, diseño experimental, y áreas específicas de la Psicología para entrar a ver una serie de técnicas de diagnóstico que es poco lo que tienen que ver con sus conocimientos anteriores, y que además conforman aproximadamente un 90% de las materias profesionales.

El argumento que se suele esgrimir a ese respecto, es que la terapia supone un entrenamiento intensivo y riguroso que puede demorar varios años, argumento que es perfectamente lícito y no hay nada que objetar. Sin embargo, es incomprensible que en el nivel donde se rechaza la terapia, se acepte y se le dé una importancia tal al diagnóstico: todos somos conscientes de los desastrosos efectos que puede tener un diagnóstico formulado sin la evidencia suficiente y basado en la interpretación subjetiva y en la imaginación creadora del diagnosticador. Con el fin de que la afirmación anterior no se preste a diversas interpretaciones hace falta aclarar que no se pretende sugerir que se suprima el entrenamiento en diagnóstico del programa profesional ni tampoco que se incluya un entrenamiento intensivo en psicoterapia. Se trata de que se establezca un equilibrio congruente entre estos dos aspectos de la práctica profesional, ya que de seguir en estas condiciones, seguiremos enfrentados a un círculo vicioso que, si no se rompe a

tiempo, puede conducir a que esta área de la Psicología degenerare simplemente en otra profesión paramédica y se desperdicie un enorme potencial humano y de conocimientos. Estas dos razones que hemos visto contribuyen a la inseguridad profesional y a la falta de identidad que caracterizan al egresado, lo cual lleva a que en la mayoría de los casos trate de imitar los procedimientos del médico, llegando algunos (que los hay, ilos hay!) a prescribir fármacos a los pacientes, sin la preparación necesaria y arriesgando el prestigio profesional, como si carecieran de otros medios de intervención.

Un punto de vista alternativo

Hemos visto en la sección anterior el papel asignado, y la mayoría de las veces asumido por el psicólogo clínico, como también unas cuantas objeciones a este estado de cosas.

La tesis que se pretende sostener aquí es que el papel del psicólogo clínico ha sido fundamentalmente mal entendido, y que es su responsabilidad exclusiva modificar este estado de cosas, que de seguir lo mismo, pone en serio peligro el desarrollo futuro de esta área de la Psicología. En esta sección se declinará en forma muy breve una posible alternativa que es factible, y que si se adopta garantizaría avances muy significativos en esta descuidada área. Lo que se va a analizar a continuación podría entenderse como un enfoque experimental de la Psicología clínica y vamos a ver porque se afirma que es más útil y rentable que la aproximación clínica tradicional.

La falla más grave de la concepción tradicional de la Psicología clínica, es una falla de índole metodológico. Se ha considerado que el método clínico y el método experimental son dos métodos no solamente diferentes sino también incompatibles, ya que el primero trataría con sujetos individuales, y, según este punto de vista, los experimentos con $n=1$ carecen por completo de validez debido al problema de la generalización, y por otra parte el segundo buscaría leyes generales que trascienden al sujeto individual. Esta es una falacia que los psicólogos experimentales ya han percibido, pero que los clínicos no se han preocupado por analizar. Como resultado de este supuesto, la Psicología clínica se ha desplazado en un programa de ensayo y error, y no se ha preocupado por emplear una metodología estricta para mejorar sus técnicas.

Se han venido utilizando técnicas estándar de diagnóstico y de tratamiento que poco o nada han cambiado en varias décadas y que por la actitud reinante pueden no cambiar en unos cuantos siglos más. Podemos ver que la literatura sobre, por ejemplo, efectos de un tipo específico de tratamiento utilizando los controles y seguimientos apropiados es muy escasa, y los

pocos trabajos valiosos no han sido realizados por clínicos. Si echamos una ojeada a lo que ocurre en la Medicina física, que es el punto de referencia que más se emplea en esta área, nos encontramos con que no es el médico practicante quien realiza las investigaciones básicas: lo que ocurre es que hay investigadores básicos preparados explícitamente para eso, como el patólogo, el fisiólogo, el neurólogo, etc. quienes se dedican a la investigación en estas áreas. A partir de esas investigaciones se derivan aplicaciones farmacológicas, quirúrgicas, etc. que son aprovechadas por el practicante médico. Es esa la forma como ha avanzado la Medicina.

No obstante, si vemos lo que sucede en el campo de los trastornos de comportamiento el panorama es bien diferente. El practicante en esa rama es el psiquiatra (ya que como hemos visto la labor del psicólogo esta muy lejos de la de un practicante en el sentido estricto de la palabra) quien ocupa todo su tiempo en atender a sus pacientes individuales con técnicas estándar aprendidas en su entrenamiento y las únicas modificaciones que puede introducir se derivan de su experiencia clínica.

Sin embargo, no existe una persona que se dedique a investigar los métodos de tratamiento, o la naturaleza de los trastornos, etc. ya que la persona que está en capacidad de realizar esta tarea en virtud de su entrenamiento y preparación en métodos de investigación, está ocupada haciendo diagnóstico para las remisiones del psiquiatra. En esas circunstancias todos están contentos mientras que el desarrollo de los conocimientos sobre comportamiento anormal queda completamente estancado, lo cual explica que hoy en día sea tan poco lo que se sabe sobre el funcionamiento de la persona con trastornos de comportamiento. A eso se debe también que, aunque haya una proliferación de teorías, los hechos empíricos sean tan angustiosamente escasos.

Después de la exposición de las anteriores razones se puede entrar a hacer la formulación principal de este artículo. Se supone que la función primordial del psicólogo clínico debe ser la de investigación fundamental en el área de comportamiento anormal y en los métodos de modificar dicho comportamiento. Es comprensible que esta afirmación pueda causar sorpresa en más de una persona, y quizás provocar reflexiones tales como: "¡horror, están tratando a un ser humano como si fuera una rata de laboratorio!" y otras tantas por el estilo. Para comprender plenamente el alcance de esa afirmación podemos entrar a detallar puntos concretos de la función expuesta.

Investigación general sobre comportamiento anormal

Como se decía más arriba, en este campo las teorías son abundantes pero los hechos empíricos son muy escasos. Investigaciones sobre la naturaleza de la neurosis, el tipo de déficit que está presente en la esquizofrenia, la reactividad autónoma diferencial en la psicopatía, etc., son muy pocas y las que existen se han llevado a cabo en la última década.

Por otra parte, otros arguyen que este tipo de investigación "abstracta y fría" constituye un sacrilegio contra la dignidad del hombre, y que como no tiene una aplicabilidad inmediata para tratar al paciente individual hay que descartarla de una vez por todas del panorama de la Psicología clínica. Vamos a ilustrar la inexactitud de tal suposición y las ventajas de este enfoque alternativo.

Supongamos, haciendo un poco de ciencia-ficción, que se descubrió con certeza que el déficit en la esquizofrenia se encuentra a nivel de procesamiento de la información, en el sentido de que la información que recibe el esquizofrénico se procesa más lentamente con respecto a la velocidad con la que se va recibiendo nueva información, de tal manera que se produciría un sobrecargo que sería responsable del desorden del lenguaje característico del esquizofrénico.

A partir de esta investigación "abstracta y fría" sería posible idearse una estrategia terapéutica acomodando, por ejemplo, un aparato electrónico en miniatura, semejante a los auxiliares auditivos que utilizan los sordos, que ajustara la información que se recibe con la velocidad de procesamiento y de esa forma no se seguirían presentando las respuestas propias del esquizofrénico.

Sobra decir, que sería imposible llegar a este tipo de tratamiento si los psicólogos se siguen dedicando por completo a la práctica de diagnóstico o a la psicoterapia rutinaria. En esa forma, después de varias décadas, no le podrían ofrecer al paciente individual nada más que un poco de "calor humano, empatía y comprensión".

No se afirma que estos recursos sean por completo inútiles, pero emplearlos como técnica principal de tratamiento implica una pobreza científica que las haría indistinguibles de las empleadas por el lego. Debe entonces quedar suficientemente claro que si el psicólogo no se preocupa por realizar investigación, la mejoría del paciente individual que, con razón, le preocupa va a verse obstaculizada por la ineffectividad de sus técnicas. No olvidemos que los trastornos de comportamiento, o son de naturaleza neurobiológica, en cuyo caso son los neurólogos, y los bioquímicos, los investigadores básicos, o son de naturaleza comportamental en cuyo caso es el psicólogo quien tiene algo que decir.

Investigación experimental del caso individual

Este campo es tan importante en la labor del clínico que es sorprendente la forma como se ha descuidado. Se decía mas arriba que este título podía parecer paradójico y hasta contradictorio. No obstante, lo que se pretende establecer aquí, es que el tratamiento de cada paciente debe ser un experimento controlado cuidadosamente, del cual se puedan obtener resultados suficientemente confiables, y que pueda ser replicado por otros investigadores.

La objeción metodológica de los diseños individuales ya ha sido analizada por varios autores (Chassan, 1960, 1961; Dukes, 1965; Edgington, 1966, 1967; Sidman, 1960) y por esa razón basta con echar una hojeda superficial sobre esta interesante polémica.

Ante el argumento de que los diseños con $n = 1$ carecen de utilidad debido a que sería imposible cualquier tipo de inferencia estadística más allá del mismo sujeto, estos autores recuerdan que en los diseños con grupos el problema metodológico no es menos grave, ya que para una inferencia estadística válida es indispensable una muestra no seleccionada representativa de la población general.

No obstante, en los experimentos con grupos, es evidente que la muestra no solamente es seleccionada sino que lo es en alto grado, ya que la forma de manipular la variable independiente es justamente escogiendo grupos altamente homogéneos que difieran únicamente en las características que se estudian. Esto hace imposible la inferencia estadística más allá de las características homogéneas de los grupos.

Por otra parte, estadísticamente se puede considerar que en el diseño individual se pueden obtener datos que son una muestra de una distribución o población estadística definida por el conjunto de parámetros particulares del paciente que se está estudiando (Chassan, 1960).

Finalmente en el diseño individual hay variables como el montaje hereditario, características de personalidad etc. que, ha diferencia de los diseños con grupos se pueden mantener constantes.

Según lo que vimos anteriormente, se puede deducir otro punto de gran importancia. Lo fundamental en la investigación experimental del caso individual, no es tanto la curación de un paciente individual, sino el lograr establecer relaciones entre las operaciones introducidas y los cambios en el comportamiento del paciente. No es de extrañar que un clínico tradicional se rasgue las vestiduras al leer semejante afirmación.

No obstante, como se dijo anteriormente, no se trata de menospreciar al paciente individual sino que si logramos establecer ese tipo de leyes los pacientes que en el futuro vengan a consulta se verán más beneficiados que si continuamos con un método de ensayo y error.

Si por ejemplo, en un diseño clínico de condicionamiento operante no establecemos la tercera fase de inversión de contingencias o sino hacemos regresión a la línea de base, no podemos saber si los cambios efectuados en el período experimental se deben al procedimiento terapéutico que utilizamos o si simplemente se deben a la intervención de un estímulo discriminativo no identificado.

En esas condiciones, podemos decirle al paciente que terminó el tratamiento y tendremos una muy probable recaída ya que el terapeuta pudo ser el estímulo discriminativo responsable del cambio de comportamiento.

Por otra parte, si en la fase de extinción encontramos que la respuesta volvió a su período inicial, no quiere decir que fracasó el tratamiento: al contrario, quiere decir, que se tuvo éxito porque pudimos establecer una relación funcional entre una operación y un cambio en la frecuencia de una respuesta. El hecho de que el comportamiento esté como al iniciarse el tratamiento no tiene importancia puesto que ya sabemos con exactitud que tenemos que hacer para modificar el comportamiento, y bastará únicamente con volver al período experimental y elaborar el programa de mantenimiento de la respuesta. De esa forma podremos impedir una recaída y ahorrar tiempo en tratamientos inútiles. Finalmente será el paciente el directamente beneficiado.

Es de esperar que se haya entendido que en este enfoque no se esta deshumanizando a la persona, sino refinando nuevos métodos que van a beneficiar a un número cada vez mayor de personas necesitadas de resultados efectivos y no interpretaciones de su forma de comportarse.

Un tercer punto que se puede deducir en este enfoque es que no se deben emplear técnicas estándar de tratamiento en una forma rutinaria, sino que con cada caso y con cada trastorno el psicólogo clínico programará procedimientos experimentales originales o aplicara los ya conocidos en un caso determinado (Yates, 1970).

El empleo de técnicas estándar se justifica cuando existe un conocimiento sólido y certero sobre la naturaleza del trastorno y no podemos afirmar que en la Psicopatología ese sea el caso. La investigación sobre el comportamiento anormal esta todavía muy lejos de llegar a ese nivel y mientras tanto es fundamental que se obtengan todos los datos posibles del caso individual.

Conclusión

Vimos en la anterior revisión dos enfoques diferentes y se defendió la adopción de un enfoque experimental en la Psicología clínica.

Se propone esto porque se considera que esta área está en un serio peligro lo cual se ve agravado por la formación y entrenamiento que están dando nuestros centros docentes en ese campo. Se espera que la situación cambie en un futuro próximo gracias a la nueva orientación que se da en la formación y entrenamiento de clínicos.

Referencias

- Chassan, J. B. (1960). Statistical inference and the single case in clinical design. *Psychiatry*, 23, 173-184.
- Chassan J. B. (1961). Stochastic models of the single case as the basis of clinical research design. *Behavioral Science*, 6, 42-50.
- Dukes, W.F. (1965). N=1. *Psychological Bulletin*, 64, 74-79.
- Edgington, E. S. (1967). Statistical inference from N=1 Experiments. *Journal of Psychology*, 65, 197-199.
- Sidman, M. (1960). *Tactics of scientific research*. Nueva York: Basic Books.
- Ullmann, L.P. y Krasner, L. (Eds.). (1965). *Case studies in behavior modification*. Nueva York: Holt.
- Yates, A.J. (1970). *Behavior therapy*. Nueva York: Wiley.



Edificio del Instituto de Ensayos e Investigaciones de la Universidad Nacional de Colombia. Allí funcionó la Facultad de Psicología entre 1958 y 1964. Foto del Archivo Histórico del museo de Arquitectura "Leopoldo Rother" (profesora Claudia Romero).