

Al bordar la base de aplicación de tests, se destinan varios capítulos a describir distintos tipos de pruebas psicológicas, usadas comúnmente para la exploración de las fases o dimensiones que suelen requerir con mayor frecuencia un estudio detallado: aspectos *intelectuales*, incluyendo habilidades neuropsicológicas y tesis diseñados para pionerizaciones especiales, *personalidad* y *habilidades sociales*. Se presentan ejemplos de cada tipo de instrumento, con la idea de proporcionar un panorama general del material disponible, sin pretender un análisis exhaustivo de todos y cada una de las pruebas existentes.

La vertiente aplicada de la evaluación psicológica será, pues, el eje en torno al cual se vayan articulando las reflexiones teóricas. Este balance entre las aplicaciones prácticas y una concepción comprensiva de las mismas, constituye la combinación de los dos objetivos señalados al inicio, en el deseo de ofrecer una pequeña aportación al esfuerzo común que conduzca a la superación progresiva de algunos reduccionismos y prejuicios.

Los propósitos de esta obra se habrán cumplido con creces si logra ayudar a conceptualizar sistemas de funcionamiento u orienta sobre ejecuciones técnicas y, sobre todo, si actúa como estímulo para pensar con menos encorsetamientos o menos temor a explorar más allá de los límites de una determinada ortodoxia; en definitiva, para seguir investigando sobre la propia tarea. En este sentido, se anima al lector a elaborar personalmente, a su vez, la información aquí ofrecida, incluyendo todas las críticas que este libro le pueda suscitar. Esas críticas enriquecerán las ulteriores reflexiones sobre el tema y serán, por tanto, bienvenidas.

I Enfoque clínico. Convergencia de modelos teóricos

REFLEXIONES INICIALES

Como paso previo a la discusión de aspectos más definidos y propios de la Evaluación Psicológica, parece conveniente empezar con una exposición introductoria acerca de las posibilidades y límites inherentes al uso del enfoque clínico. A fin de ofrecer un marco referencial amplio y para seguir en la línea de lo expresado en la Introducción, su utilización se revisará sin adscribirlo a un modelo teórico concreto, sino destacando, precisamente, la convergencia de muy distintas aproximaciones conceptuales, indisolubles de sus aplicaciones prácticas.

Existen varias razones para justificar esta reflexión inicial sobre el enfoque clínico. Por una parte, un proceso diagnóstico incluye siempre la observación directa de la relación interpersonal, la búsqueda de las peculiaridades de cada sujeto evaluado y la integración progresiva de las informaciones recopiladas en configuraciones cada vez más amplias, todo lo cual constituye la esencia del enfoque clínico. Por otra, los múltiples vínculos entre este enfoque y el psicodiagnóstico son tan estrechos que, sin ser unequivocos, ambos términos se han utilizado a menudo como sinónimos. Por último, la creación de todos los sistemas de clasificación diagnóstica de trastornos mentales se ha generado en el contexto clínico y está íntimamente relacionada con él. Consecuentemente, parece oportuna la revisión crítica de esta alternativa metodológica y de las características de sus aplicaciones, comenzando por un breve bosquejo de su desarrollo histórico.

DESARROLLO HISTÓRICO

Una gran parte de la Psiquiatría y de la Psicología Clínica contemporáneas se gestó con el esfuerzo de generaciones de profesionales empeñados en establecer constructos para explicar trastornos que, en lugar de prescribir contextos anatómicos directos, tenían su base en el propio funcionamiento mental. Tal

experto escuro siempre presente, sobre todo desde finales del siglo XIX hasta los trámites de la Organización Mundial de la Salud y la American Psychiatric Association, cuyos resultados más recientes se plasman en la *Clasificación internacional de Enfermedades; CIE-10* (1992) y el *Diagnóstico y Estadística Mental, DSM-IV* (1995), respectivamente.

En el intento de poder comprender este tipo de disfunciones¹, siguiendo inicialmente el modelo médico, de obtener información sobre su etiología, clásica, pronóstico y tratamiento, se usó, básicamente, la observación siéndose obtenido en el contexto directo con el paciente.

La elaboración conceptual de las diversas orientaciones y corrientes psicológicas, que daban sentido y coherencia a tales observaciones e inferencias, se realizó de manera aislada, lo que generó una historia construida en clave de debate permanente. Los diferentes modelos de representación del organismo y su conducta se conectaron casi siempre a través de una viva confrontación de ideas y métodos.

Todas las orientaciones teóricas forman parte de la historia de la Psicología como saber independiente y científico, que se extiende desde finales del siglo XIX hasta nuestros días. Fue en estos últimos cien años cuando la Psicología ha ido logrando su propia identidad epistemológica, ya que durante la larga trayectoria anterior, desde los griegos hasta W. Wundt, se debatió entre la Filosofía y la Fisiología.

De este modo, sobre todo a partir de la dialéctica entre estructuralismo y funcionalismo, se fueron elaborando:

- El psicoanálisis y, más tarde, el neopsicoanálisis, con diferentes modalidades y líneas de desarrollo que continúan su evolución.
- La reflexología, que dio paso al conductismo y, posteriormente, al neoconductismo con sus distintas variantes: interconductismo, conductismo social, etc., en renovación constante.
- La fenomenología.
- El enfoque gestáltico.
- El enfoque topológico.
- El psicohumanismo.
- El cognitivismo.

Se podía seguir enumerando otras corrientes menores, hasta llegar a planteamientos más globales e integrados, como el etropsicológico y el bio-psico-social.

Varias de estas aproximaciones teóricas se desarrollaron coetáneamente pero, como se ha dicho, de manera muy aislada y teniendo, casi como único vínculo visible, un énfasis beligerante en marcar las diferencias y demostrar la "superioridad" de cada una frente a otras, en definitiva, conectándose a través del enfrentamiento entre sus respectivos adeptos. Esto provocó que los cuerpos de conocimiento generados, las líneas de investigación y los resultados, potencialmente complementarios en muchos aspectos, se colocaran en oposición en

lugar de tratar a integrarse. Un solo, recorrido un siglo, lo cual se puede entender como, bien poco tiempo, teniendo en cuenta la complejidad del objeto de conocimiento, para empezar a considerar la necesidad de combinar los diversos referentes psicológicos:

- Lo elemental y lo holista del comportamiento.
- Lo intelectual (mental) y lo exterior (conducta observable).
- Lo estadístico y lo dinámico del funcionamiento psíquico.
- Lo biológico y lo personal.
- Lo neuroelemental y lo sociocultural.

Este escenario listo corresponde solo a los binomios más evidentes, pero se podrían anunciar muchos más, pendientes de ser resueltos e integrados, no solo entre sí, sino también, por seguir con el simil matemático, polinomialmente.

En ese horizonte histórico para contextualizar las características del trabajo clínico, cabe mencionarse a antecedentes centenarios, con figuras como Luis Vives (1492-1540) y Juan Huarte de San Juan (1529-1579) que anticiparon algunas cuestiones y se interesaron por el estudio de las diferencias individuales, o a psiquiatras como Pinel (1745-1820) y sus discípulos en "La Salpêtrière", tard y Casquier, que encuadraron la enfermedad mental como una *reacción vital*, elaborando algunas de sus bases y superando el modelo de la mera subordinación de los síntomas a una lesión anatómopatológica.

No obstante, el establecimiento formal de la Psicología Clínica se inscribe dentro de la tradición de la Psicología Experimental, aunque luego se fuera apartando de sus orígenes y cludiendo el contraste riguroso de cada uno de sus constructos, en muchos de sus desarrollos posteriores.

Feechner (1860) fue el primero que propuso procedimientos de medida concretos y operativos. Este autor comenzó su andadura científica como físico y más tarde se preocupó de cuestiones psicológicas, intentando medir la intensidad de las sensaciones y estableciendo una relación matemática entre éstas y los estímulos. Sin embargo, la fecha oficial de dicho establecimiento formal se suele asociar a la fundación del laboratorio de Wundt en la Universidad de Leipzig (1879).

Algo más tarde, en 1885, aunque sus primeras publicaciones datan de 1869, se contó con el primer centro para la medida de "dimensiones mentales", establecido por F. Galton y con el "laboratorio de medida" de Gullon (1888) en la Universidad de Pensilvania. Estos desarrollos de finales de siglo culminaron con:

- El laboratorio de A. Binet en 1895.
- La creación en 1896 de la primera clínica psicológica dedicada a niños por parte de L. Witmer, también en la Universidad de Pensilvania.
- En este mismo año, S. Freud usó por primera vez el nombre de psicodálisis para su orientación teórica.

¹ Es, por tanto, al finalizar el siglo XIX cuando se instaura una gran parte de los cimientos de la Psicología Clínica de nuestros días.

Otra parte de las raíces actuales del enfoque clínico se asienta en movimientos surgidos a principios del siglo XX, como la fenomenología y la reflexología, cuyos más famosos representantes fueron Jaspers y Pavlov, respectivamente. Según palabras de Jaspers (1913): "El enfoque clínico examina casos particulares utilizando todos los sistemas disponibles para obtener un cuadro completo de la situación, que permite agrupando dichos casos hasta llegar a lo general". Se trata de una definición que va a cumplir un siglo y sigue resultando útil, aunque el campo al que se refiere se haya diversificado enormemente.

Jaspers pretendía una descripción de los fenómenos psíquicos del sujeto, tal como éstos se mostraban en su conciencia, rechazando las "intuiciones esenciales" del profesional, por considerarlas demasiado especulativas y susceptibles de error. Estas intuiciones fueron defendidas, en cambio, por Husserl en su sistema filosófico fenomenológico y por otros autores contemporáneos. Los riesgos básicos de la concepción de Jaspers fueron los intentos de *hacer presentes, definir, describir y comprender los fenómenos mentales, a través de las comunicaciones directas del sujeto*. Para ello, propuso dos formas de comprensión referidas al método clínico:

- La comprensión empática de las vivencias del individuo, revividas por el observador.
- La comprensión racional, como representación intelectual de los fenómenos.

Con respecto al objeto, propugnó también una comprensión estética o fenomenológica y una comprensión genética.

Este autor intentó fundamentar la práctica clínica en un esquema científico. La Psicopatología, en el cual la aproximación a los síntomas requería, por parte del técnico, una actitud *fenomenológica*, para poner en juego la comprensión de cada conjunto. Con ello, sistematizó varias nociones que, aunque ya habían sido esbozadas por autores anteriores, supusieron un gran avance con respecto a las líneas previas de trabajo:

- La idea de que la enfermedad mental tiene un sentido coherente, es decir, se puede entender por motivos y no solo explicar por causas.
- El concepto de su comprensión como totalidad, que va más allá de la mera recopilación de síntomas.
- La concepción del enfermo mental como una globalidad personal que hay que analizar y aprehender en su totalidad psíquica y fisiológica.

Estos conceptos tuvieron gran trascendencia, fueron enriquecidos posteriormente por diferentes vías, y derivaron en diversas conceptualizaciones del objeto de estudio, de los métodos a seguir para el mismo y de los cuerpos de conocimientos resultantes, es decir, de las teorías que sirvieron y sirven de guía para la explicación de los fenómenos observados.

Aunque las investigaciones de Pavlov habían comenzado mucho antes, fue en 1927, con la publicación de su obra en inglés, cuando sus trabajos sobre los

reflejos condicionados y la actividad fisiológica del córtex cerebral se extendieron por Europa Occidental.

Con el transcurrir del tiempo y el incremento de la investigación, estos perspectivas, piedras angulares de la Psiquiatría y Psicología Clínica contemporáneas, se fueron desarrollando en muy diferentes direcciones, recibiendo influencias de movimientos filosófico-sociales y variando según los distintos países y períodos históricos.

APROXIMACIÓN CONCEPTUAL AL ENFOQUE CLÍNICO

A pesar de tan complicada evolución, algunas de las ideas básicas introducidas por los primeros autores que dieron prioridad y consideraron como objeto de análisis los múltiples intercambios que se producen en la relación directa con el sujeto, continúan siendo de actualidad: por ejemplo, la noción esencial de la *observación de la relación interpersonal* como método de recogida lo más directa posible de la información, sus diversas facetas, sus límites y su papel para poder comprender los distintos aspectos de la comunicación humana.

Como aproximación al enfoque clínico, hay que señalar que no resulta fácil de precisar, y todo intento de explicar en qué consiste y especificar sus límites se convierte en una tarea harco laboriosa, ya que se hace necesaria la inclusión de tal variedad de parámetros y modelos teóricos coexistentes, que este campo aparece como uno de los más heterogéneos y complicados de toda la Psicología. A la vez, el intento de búsqueda de su definición constituye una empresa atractiva, en la medida en que no se ha podido alcanzar todavía el consenso suficiente para considerarla como definitiva.

Asimismo, hay que aclarar que se utilizará la palabra "método", por ser la más correcta hablar de "enfoque clínico", pues no se puede decir que existe una técnica metodológica común tal, unitaria y generalizable a todas las aplicaciones clínicas, sino un conjunto de sistematizaciones, procedimientos de distintos modelos teóricos que solo tienen en común su insistencia en la observación de lo individual en íntegro. Además, el término "método" en sentido estricto quizás debería reservarse para hacer referencia al método científico, único para las distintas ramas de la ciencia, mientras que las aplicaciones prácticas, técnicas o alternativas metodológicas específicas de cada parcela del saber, serían solo estrategias con las que dicho método se instrumenta.

A pesar de todo, el trabajo clínico presenta una serie de peculiaridades que han favorecido el hecho de que, sin contarse con un modelo único y universalmente válido, se aluda frecuentemente a este tipo de actividad con la denominación de "método clínico". Este no se adscribe a ninguna teoría concreta pero, a la vez, es deudor y acreedor de todas ellas, pues de todas ha tomado y a otras ha aportado datos y conceptualizaciones. De hecho, como se ha dicho, la historia del enfoque clínico es la historia de una serie de paradigmas que se fueron desarrollando desde finales del siglo XIX de manera desconectada, sin ape-

nus teniese en cuenta tanto a otros y siguiendo una evolución marcada por ev-

cisiones, divergencias, enfrentamientos y rivalidades, incluso dentro de una mis-

ma "estética" o "método".

El cometido de buscar una definición precisa y totalmente satisfactoria resulta complicado, pero se intentaría ofrecer al lector una mínima explicación que le permita entender qué se quiere decir cuando se habla del enfoque o método clínico en el contexto de esta obra. Asumiendo el efecto de que "siempre surgen polémicas de base intelectual" que las definiciones logradas,

La palabra "clínico" (del griego *clīne*, cama) procede de la Medicina y, originalmente, se refería al *estudio detallado* (hecho por el médico) de *una persona* (paciente) que *jace en su lecho*. Es decir, abude a la observación de un su-

jetivo enfermo concreto, en oposición al estudio de la enfermedad genérica patología abstracta e *inédita* siempre unos fines específicos: el diagnóstico y el tratamiento de un individuo.

De ese modo, las condiciones y efectos prácticos de la *actuación clínica* tuvieron casi siempre una clara *prioridad* sobre la *sistematización teórica*. Cabe recordar, por ejemplo, que frases tradicionales como "ser un buen clínico", "tener ojo clínico" y otras semejantes, se han dedicado especialmente a aquellos profesionales que demuestran una especial sensibilidad para la observación y la intervención en la relación directa con el sujeto. Tales connotaciones parecen corregir la importancia otorgada a las habilidades y aplicaciones prácticas de la tarea y, consecuentemente, una menor focalización de la atención en los labores de abstracción metodológica. Ello provocó, entre otros efectos, un progresivo apartamiento del enfoque clínico de sus orígenes experimentales, al menos en algunas de sus orientaciones.

Como ocurre en otros campos del conocimiento, es infrecuente que las habilidades prácticas y las capacidades de sistematización teórica aparezcan combinadas en una misma persona, salvo en las grandes figuras que han marcado la pauta de la evolución científica. Esta dificultad de presentación simultánea de competencias personales y la enorme valoración asignada a la vertiente aplicada, favorecieron el hecho de que la mayoría de los clínicos estuvieran, históricamente, demasiado volcados en la práctica y desatiendiendo en exceso otros aspectos, y que muchas de sus elaboraciones no fueran sometidas a contrastes rigurosos de experimentación.

Con ello se produjeron efectos divergentes, como por ejemplo, la producción de numerosísimos instrumentos para el diagnóstico y la intervención directos que, en muchos casos, presentan escasos requerimientos de rigor metodológico o el excesivo individualismo en las formas de trabajo, con la consiguiente atomización del campo y el retraso en la elaboración de sistemas unificados de transformación conceptual de la información derivada de la observación clínica.

Al mismo tiempo, resulta paradójico que, estando más separados en el mundo clínico la reflexión sistemática sobre las aplicaciones y la combinación de elementos procedentes de las polaridades investigación-aplicación, sean, si cabe, aún más necesarios que en otros terrenos, ya que *teoría y práctica* resul-

ten ser *especie trágicamente* "disociadas". En cierto grado ésta separación entre teoría y práctica es común también en otros frentes, pero el incremento signifi-

cativo de tal disociación en el campo clínico lleva a pensar que este o nuestro presente problema y obstáculos específicos para establecer puentes de connec-

xión. Una parte de estos obstáculos deriva de los siguientes factores:

- La gran heterogeneidad de variables y modelos que entran en escena. La tendencia de los profesionales a tratar de maneira aislada, con exclusiva intercomunicación, máxime cuando no comparten el mismo modelo teórico.
- Su propensión a presiar atención casi exclusiva a la praxis cotidiana.

En el contexto clínico se deben tomar decisiones, formular inferencias y emitir juicios de probabilidad, al tiempo que se trabaja con amplios márgenes de incertidumbre. El núcleo de la cuestión estaría en *cómo aplicar los premios de la investigación científica a la elaboración de otras impresiones o juicios clínicos*, sabiendo que éstos son siempre estimaciones, cuantitativas y cualitativamente muy diversas.

Retomando la vía lingüística, el significado de la palabra clínico evolucionó y perdió su vinculación inicial con la postura racional e inclusivo, en un sentido más amplio, con la referencia a la enfermería como finito objetivo; de hecho, en los últimos años se viene incorporando insistente y a la demanda de "Psicología Clínica" el análogo "y de la Salud". En cambio, se mantuvo la *alusión al carácter singular de la relación con el sujeto estudiado en cada caso*; y al *lenguaje de problematización en todos sus particularidades*. Podría decirse que el *enfoque clínico se ha caracterizado siempre por la observación de lo individual*, entendiendo por ello, no necesariamente a un único individuo, sino también la posibilidad de considerar como unidad de análisis a un grupo o familia.

El término clínico incluye siempre la referencia a *una actividad de atención observación para la selección de datos relevantes sobre las particularidades que manifiesta una persona (o grupo)*; en definitiva, a *una atribución de significación a todo lo que puede registrarse en la relación directa con otros*.

Ello implica, por un lado, la integración de elementos relacionales en la definición, es decir, la necesaria alusión a aspectos derivados de la propia situación de aplicación del método y, por otro, la imposibilidad de *separar los aspectos epistemológicos de los fines prácticos*. Dada la diversidad de variables intervenientes en *última* situación, la confluencia de múltiples modelos teóricos y la variedad de objetivos posibles, es obvio que cualquier definición que incorpora una enumeración completa de los mismos (y debería incorporar todos los posibles) resultaría muy poco operativa.

Ahora bien, esta especial complejidad también se convierte en una de las características más destacables y diferenciadoras del enfoque clínico y racional. La evidencia de que es imposible hablar de él en abstracto, sin hacer referencia a las situaciones y sujetos a los que va dirigido y al modelo teórico utilizado en cada caso.

DESCRIPCIÓN DEL TRABAJO CLÍNICO

Práctica clínica: entonces, que el enfoque clínico intenta buscar algún tipo de generalización al tiempo que observa y trabaja con aspectos particulares de un individuo recordando que, con el término *individual*, no se hace referencia a un sujeto *a-contextualizado*. Estas dos polaridades, aparentemente contradictorias, forman parte del mismo continuum y requieren, para no ser subestimadas, la consideración de un tercer elemento: los *objetivos prácticos del trabajo clínico, intranscendentes de la investigación teórica*.

No existe ningún modelo clínico sin referencia a sus aplicaciones prácticas, siguiendo una determinada técnica metodológica. La necesidad de tener que tratar con una acepción implícita de la heterogeneidad de los casos y variables, implica que disponer de una gran diversidad de "métodos clínicos" orientados, por ejemplo, en psicodiagnóstico, la identificación de aspectos, tanto patológicos como adaptativos, del funcionamiento de un sujeto, su pronóstico generalizador que supone la verificación de hipótesis, la validación cruzada y la comparación con otros casos, si se pretende realizar una tarea más elaborada que la mera recopilación de datos o impresiones.

Se mantiene una gran controversia acerca de si el futuro desarrollo de los múltiples modelos que convergen en este campo irá en la línea de limitarse a aportar definiciones cada vez más claras y precisas, en la de ofrecer conceptualizaciones más amplias y globalizadoras, o si se generarán construcciones teóricas más comprensivas, pero parece mayoritario el acuerdo acerca de que la situación actual, con numerosas teorías parciales desconectadas, es insatisfactoria y mejorable.

En su *vertiente teórica*, el método clínico sirve, fundamentalmente, para *generalizar* y/o *explicar*. En su *vertiente aplicada*, representa un sistema de *investigaciones prácticas, la explicación y, conectado con los resultados y patológicas que afectan al funcionamiento de un individuo o pequeño grupo*.

HETEROGENEIDAD DE MODELOS TEÓRICOS

Cada teoría psicológica es un sistema de proposiciones referidas a un dominio u objeto de estudio. Cualquier modelo teórico es una construcción *aproximativa y reductora*, a la que es necesario confrontar la complejidad de la realidad. La integración conceptual entre las distintas aproximaciones sigue siendo un objetivo lejano, pero, como se ha señalado, parece que existe una clara tendencia a la asunción de su necesidad.

Uno de los principales problemas para el logro de un método clínico homogéneo reside en el hecho de que las *información recogida procede de diferentes niveles y perspectivas observacionales* y, con ello, "naturae discrepantiae entre información relevante y necesaria, como los contrastes que se establecen dentro de los niveles y perspectivas son difíciles de homologar". En cambio, teniendo en cuenta que puede ser descrito según diversas referencias y serle atribuidos distintos significados, dependiendo del enunciado teórico en que se sitúa el observador.

El llamado método clínico se ha ido constituyendo con elementos tomados de campos de observación heterogéneos y, cuando se intenta hacer un principio unitificador, casi lo único en común que ofrecen todas las perspectivas es el énfasis en la *reacción directa con los sujetos*. Por ello, hoy que insistir en la imposibilidad de describir el enfoque clínico separado de sus aplicaciones prácticas, que implican siempre el intento de comprensión y/o modificación del objeto observado, objeto heterogéneo y complejo al que la Psicología se ha ido acercando mediante el uso de múltiples modelos explicativos.

Tal confluencia y heterogeneidad de modelos añade dificultades para mantener el rigor metodológico, integrar perspectivas y homologar resultados, pero ello no significa que éstas sean razones suficientes para que deba excluirse ninguna de tales tareas. Cabrá la posibilidad de describir un *parametro* desde distintas ópticas o de aproximarse al estudio de un objeto utilizando varios modelos, cada uno de los cuales puede resultar útil para determinados propósitos; comprensión de cualidades, tendencias de investigación, explicación precisa de determinados fenómenos, etc. Asimismo, parece actualmente insostenible el intento de elevar un modelo concreto a la categoría de único, ya que no se dispone todavía del que pueda definir por sí solo, en su totalidad y en todas las situaciones, el objeto y el método de investigación.

Ahora bien, cualquiera que sea el o los modelos elegidos, los mínimos criterios de científicidad exigibles son idénticos para todos; si se pretende que las conclusiones puedan ser generalizadas, y estos criterios serían:

- Presentar un nivel observational empírico o verificable.
- Ofrecer un conjunto de enunciados teóricos o hipótesis explicativas, comunicable, susceptible de contrastar y no contradictorio, consigo mismo y con el resto del sistema.

Dicho de otro modo, *cualquier modelo ha de garantizar mínimamente las reglas universales del conocimiento científico*, es decir, los *principios de comprobabilidad y verificabilidad entre distintos observadores*. Es obvio que no todas las aportaciones de la Psicología actual se encuentran en igual estudio de desarrollo con respecto al nivel óptimo de rigor exigible. En muchos puntos, existen evidencias lagunas en los conocimientos disponibles, referidas sobre todo a

- La propia construcción de los conceptos básicos.
- La estructura lógica de las explicaciones ofrecidas.
- La validez de las conclusiones derivadas.

- Las limitaciones en la verificabilidad de los assertos.
- La generalización de los constructos a todos los casos y situaciones similares.

CONFLUENCIA DE MÚLTIPLES VARIABLES

En el ámbito clínico, el estudio de las interacciones entre variables, procesos y causas, exige una metodología acorde con su dificultad, que no siempre es asequible. Por ejemplo, una afirmación de causalidad debería evitarse la existencia de otras opciones causales explicativas y, con ella, la especificidad de la inferencia causal habría de hacerse con un cuidado exquisito y adecuado a la complejidad psicológica, porque causa, motivo, razón, circunstancia concurrente o factor desencadenante, son conceptos con matices semánticos distintos y se refieren al origen de algún fenómeno de manera parcial y relativa, no con un valor general y absoluto.

Por otra parte, y para complicar aún más la cuestión, es necesario tener en cuenta que *un énfasis exclusivo en el rigor metodológico* puede producir también efectos negativos, entre ellos:

- Hacer perder de vista una gran parte de los aspectos cualitativos del objeto en estudio, simplemente porque no son sencillos de registrar ni de interpretar.
- Atomizar excesivamente los resultados.
- Minimizar la comprensión "clínica", global e idiográfica, del funcionamiento psicológico de un individuo.
- Tales efectos se pueden observar fácilmente al revisar las publicaciones más recientes, muchas de las cuales, en aras de la "perfección metodológica" excluyen, por ejemplo, la exposición de hipótesis o impresiones no sistemáticamente verificadas, pero que podrían ser comunicados señalando su grado de seguridad y, con ello, meridianamente en su ejecuta práctica como sus posibilidades de un estudio conjunto para el planteamiento de cuestiones epistemológicas. Dado que una profunda reflexión sobre epistemología y propiedades específicas de métodos y modelos excede las capacidades de la autora y las finalidades de este capítulo, se remite al lector a las numerosas y magníficas obras que existen sobre el tema, como las de Quastler (1964), Inhelder (1976), Bar-chelard (1979), Von Foerster (1983) y Tatossian (1993).

INTENTO DE DEFINICIÓN DEL ENFOQUE CLÍNICO

Cabe aguntar, no obstante, a modo de resumen de lo expuesto, que, en Psicología, el *enfoque clínico* representa un conjunto de procedimientos de

acceso al *estudio sistemático de determinados fenómenos que incluye sia-*
que el procesamiento de la información procedente de la relación directa con
los sujetos. Se trata de una serie de estrategias metodológicas referidas al análisis
extensivo y continuado de los fenómenos psíquicos que acontecen en
un individuo o en un grupo reducido de sujetos y encuadradas en recoger in-
formación tanto cuantitativa como cualitativa sobre ellos.

La historia de la metodología vincula tal modo de proceder con el propio del *nómino* *casos*, en la medida en que ese tipo de estudio detallado queda

restringido a sólo *uno o varios individuos, aunque se trate, a la vez, de obtener información potencialmente generalizable.*

— Esquemáticamente, se podría decir que el método clínico consiste en un *descripción de caso íntico*, que presenta como rasgos distintivos los señalamientos por Reuchlin (1971):

- a) El estudio detallado de casos individuales o pequeños grupos, durante un período variable pero continuado en el tiempo.
- b) La integración de los datos cuantitativos con la información cualitativa sobre los fenómenos que acontecen en el sujeto.
- c) El interés por un enfoque global del individuo, como marco al que referir las conductas parciales estudiadas.
- d) El importante papel que desempeñan los aspectos subjetivos del técnico-observador, como formación, experiencia y sensibilidad en la aprehension de la realidad del individuo estudiado y en la integración de las diversas informaciones recogidas sobre el mismo.

Así pues, se utilizará aquella noción de *enfoque clínico* referida a uno de los instrumentos de producción y exposición de conocimientos acerca del funcionamiento psicológico humano, en el que confluyen elementos de muy distintos modelos teóricos.

LÍMITES DEL ENFOQUE CLÍNICO

El enfoque clínico o, al menos, una gran parte de su producción, ha tenido, como era esperable dada su complicada historia y las dificultades que plantea su objeto, muchos detractores. Fundamentalmente, se le ha reprochado:

- El reducirse en exceso a preocupaciones prácticas.
- El carecer de rigor metodológico.
- El ocuparse de casos singulares, sin referencia a lo general.

De todas estas objeciones, sobradamente justificadas en muchos casos, algunas de ellas inciden en las dificultades inherentes a todo método observational y han sido útiles para el inicio de desarrollos más elaborados del propio enfoque. Otras se refieren más a errores de los profesionales, por desconocimiento

de sus límites, falta de preparación o formas inadecuadas de utilización, que al enriquecer en si mismo.

A pesar de que Jaspers, a principios de siglo, ya había argumentado de una imposible que ningún investigador puede ser un "descripción puro" de los fenómenos que investiga, en el contexto clínico se sostuvo ingenuamente que la observación podía ser aséptica, neutral y sin prejuicios. Con ello, se dejaron fuera de análisis y control los sesgos introducidos por el propio observador; hasta que se pudo aceptar la evidencia de que casi siempre se tiene que encontrar lo que se está buscando y, consecuentemente, se pudo considerar la necesidad de efectuar contrastes las observaciones clínicas directas con otros sistemas de recopilación de información, si se quiere disminuir el margen de error y corregir, al menos en parte, dichos sesgos.

A través del tiempo, se fueron introduciendo procedimientos más sofisticados para alcanzar mayores niveles de seguridad en la interpretación de los datos y en la elaboración de hipótesis y conclusiones. En la actualidad, es posible incluso utilizar sin grandes esfuerzos análisis estadísticos complejos, gracias a la generalización de las ventajas informáticas y la propia utilización del modelo estadístico supone un nuevo ejemplo de aceptación implícita de la convergencia de modelos diferentes en la práctica clínica.

Este progresiva sofisticación de los medios disponibles no ha disminuido la utilidad de los aportes de la observación clínica directa y sistemática, que permanecen siendo un procedimiento fundamental en la investigación y en numerosas aplicaciones psicológicas. Precisamente para aumentar dicha utilidad, es necesario incorporar las críticas, asumir los límites del método de observación y lograr un uso mucho más contrastado del mismo. En este sentido, muchos profesionales dedicados al trabajo clínico señalan a menudo que el valor de sus contribuciones al progreso de la Psicología ha sido minimizado o situado en un nivel significativamente inferior con respecto al que se ha otorgado a otros desarrollos metodológicos.

Efectivamente, si se revisa con detenimiento el corpus bibliográfico, parece existir una tendencia, unas veces sutil y otras grosera, a devaluar el enfoque clínico en determinadas esferas de la investigación psicológica, por considerarlo "poco científico" al ofrecer un exceso de elementos subjetivos o una falta de rigor y sistematización en muchos de sus aportes.

Aunque hay que insistir en que todos estos razonamientos están más que justificados en muchos casos, el enfoque clínico continúa siendo insustituible en la práctica Y, como se ha dicho, es posible que muchas de las deficiencias que se le atribuyen en cuanto a científicidad y rigor no radiquen tanto en sí mismo, sino en el uso inadecuado de sus posibilidades, es decir, en un ejercicio nubiaro, concreto y carente de análisis conceptual por parte de sus usuarios.

— Es importante recordar que el método clínico, como cualquier otro, solo resulta reforzado si se combina con una sistematización experimental, si se lleva a cabo una integración progresiva de las informaciones y si se conecta con otras fuentes de investigación, a fin de poder realizar contrastes sucesivos, antes de proceder a un cierre de las conclusiones.

ALTERNATIVAS ANTE LAS CRÍTICAS

Al incorporar estas críticas surgen, al menos, dos alternativas para desafiarlos futuros. La primera y más extrema de ellas es la de asumir que el enfoque clínico, con su característica específica de estar basado en la observación y el contacto directo con el sujeto, no es sostenible, por el riesgo de subjetividad en las conclusiones Y, por tanto, tiene que ser desecharlo. La segunda supone el reconocimiento de su utilidad, pero plantea la necesidad de una nueva crisis de crecimiento, la crisisma a lo largo de su historia, para ser revisado y enriquecido a través de la integración de sus distintas perspectivas observacionales.

Su desaparición cuestionaría seriamente el fundamento de una gran parte de la Psicología y, sobre todo, de la Psiquiatría, para quienes constituye el entramado de su labor práctica, al ser el contacto directo con el paciente principio y fin de la tarea. Sin embargo, ello no es óbice para decidir su eliminación, si se llegara a esta conclusión tras un debate seriamente argumentado en el cual, necesariamente, también habría que plantear alternativas para su sustitución.

Si, en cambio, se considera necesaria su supervivencia, habrá de continuar su desarrollo y armonizar muchos de sus aspectos, es decir, integrar conceptos que aún se encuentran muy disgregados, a múltiples niveles, procediendo a la combinación sintética de:

- Los diversos tipos de información sobre un sujeto.
- Las distintas corrientes teóricas.
- Los datos de investigación con los procedentes de las aplicaciones prácticas.
- Los resultados de la investigación psicológica con los de investigaciones de otras disciplinas.

Es evidente que todo ello constituye una labor progresiva, que no puede realizarse de inmediato. Dado que en esta obra se elige claramente la segunda opción, si se pretende un crecimiento continuado del tren, parece necesario afrontar la naturaleza de la crisis y examinar sus causas, a fin de crear un marco que estimule el logro de soluciones para los problemas presentes y descubra vías para nuevos desarrollos. Queda abierto el debate acerca de cómo mejorar un método que se considera útil Y, de momento, insufrible.

Para fortuna para los que nos oponemos, hay quienes rechazan la existencia de esa corriente hacia la conexión y convergencia de modelos de trabajo que habían estado históricamente enfrentados y que, aun suponiendo una exigencia muy superior en el refinamiento y la complicación de los diseños de investigación, ofrece a cambio un mayor control de las variables interviniéntes y amplifica la perspectiva observacional.

La integración de modelos refleja, como se indicaba en la introducción, el compromiso de una creación conceptual que vaya más allá de una mera mezcla o juxtaposición de métodos y técnicas. Se basa en la búsqueda de constructos

de

un

nuevo

nivel

de abstracción, que pueden dar cuenta de la realidad obser-

vada transcendiendo los modelos simples.

Como efecto de esta tendencia integradora, se pueden citar los contexto-

res entre los estudios epidemiológicos y el enfoque clínico. Aquéllos presentan

claros vínculos recíprocos con éste, ya que la Epidemiología determina, entre

otros aspectos, la incidencia y prevalencia de los casos individuales en una po-

blicación, pero necesita del diagnóstico clínico para la definición específica de los

mismos. Inversamente, los estudios correlacionantes entre incidencia y factores

externos enriquecen las conceptualizaciones clínicas con el aporte de datos re-

levantes, que no pueden ser obtenidos más que a través de estudios poblacio-

DIFICULTADES ESPECÍFICAS DE LA INVESTIGACIÓN EN EL ÁMBITO CLÍNICO

No hace falta explicar que cualquier tipo de investigación resulta muy la-

borioso, sobre todo a la hora de controlar las variables contaminadoras. Si ése

sas pueden ser tenidas en cuenta, aumenta la significación de los resultados; en

caso contrario, se resta gran parte de efectividad al experimento. En el ámbito

de la investigación clínica, tal control es aún más complicado, ya que aparecen

al menos dos problemas metodológicos añadidos a las dificultades habituales,

que incrementan los obstáculos para llevarlo a cabo.

El primero de estos problemas deriva de la dificultad inherente a la situ-

ación del clínico que se propone investigar sobre su trabajo, pues, ante cada su-

jeto, debe jugar roles que entran en conflicto con facilidad: el de *terapeuta o eval-*

uador, con todas sus restricciones psicológico-éticas y el de *investigador*, con

sus exigencias de sorprendimiento a las estrictas reglas del método experimental.

El segundo problema que dificulta la investigación clínica procede del he-

cho de que las observaciones se llevan a cabo desde muy distintos marcos teó-

ricos de referencia, y ello influye sobremanera en la selección, discriminación e

interpretación de la información relevante. Si se olvida que la selección de pun-

cional en que se sitúa el investigador y no se prevén procedimientos para neu-

tralizar tal sesgo, se reducirá notablemente el ajuste de las observaciones.

La escasa atención prestada a estos aspectos ha favorecido la misma pro-

gresiva del valor asignado a las aportaciones procedentes del ámbito clínico y,

con ello, el hecho de que las disciplinas "no clínicas" tendieran a considerarse

a sí mismas como más serias. En general, se suele aceptar el enfoque clínico

como aportador de datos indispensables pero, al mismo tiempo, a otorgarle un

valor muy limitado en la investigación, por entender que la observación clínica

presenta un carácter demasiado subjetivo, frente a la sobrevaloración que se ad-

judica, por ejemplo, al modelo estadístico que se incluye en experimentación.

Sin embargo, como se señala en párrafos anteriores, tal sobrevaloración

de los estudios experimentales puros, muy extendida en Psicología, tampoco está

exenta de críticas, pues las complejas características del objeto de estudio, impiden scilicet limitar su efecto y, sobre todo, el *o institucionalización de sus re-*

ultados.

En general, se acepta que el método experimental es el más potente para el avance de los conocimientos y se considera a los formulistas metodológico-estadísticos como mucho más rigurosos que los juicios o impresiones clínicas. No obstante, cuando se profundiza en ellos y, sobre todo, cuando se intenta elaborar conceptualizaciones novedosas acuñadas sobre el funcionamiento psicológico, estas afirmaciones no resultan tan incuestionables. De hecho, no existen muchas pautas claramente establecidas a la hora de determinar el poder relativo de *generalizaciones experimentales versus generalizaciones clínicas*.

específicamente cuando el foco de atención se centra en los beneficios de sus apli-

caciones prácticas.

Las cuestiones son sencillas siempre que existan respuestas precisas para ellas, lo difícil es resolverlas cuando las soluciones son estimaciones, inferencias, conjecturas o suposiciones, debidas a la ambigüedad, variabilidad y desco-

nocimiento de muchos aspectos del campo en el que se trabaja. Desgraciada-

mente tales cuestiones son universales entre los psicólogos, independientemente

del modelo teórico que se utilice.

En investigación psicológica nunca se formulan certezas, sino estimaciones. La mayor exigencia metodológica consiste en hacerlo de manera que se garantice el haber alcanzado las máximas posibilidades de que resulten correctas, lo cual no significa que lo sean necesariamente. Así, la aplicación del método ex-

perimental en la práctica clínica plantea el complicado problema de tener de-

cisiones, formular inferencias o emitir juicios de probabilidad bajo condiciones

de gran incertidumbre y, a la vez, el de tratarse de decisiones, inferencias y ju-

cios surgidos de situaciones complejas que requieren, para poder neutrali-

zar errores, un riguroso trabajo de análisis metodológico e incluso, si viene

dicho, epistemológico.

Estas cuestiones hacen resurgir con frecuencia la discusión sobre la *efec-*

cia de los juicios clínicos versus los actuariales. Los juicios clínicos son más cuantitativos y, aunque pueden incorporar diversos tipos de información y conoci-

mientos, incluyendo hallazgos y guías experimentales, presentan siempre un

cierto carácter subjetivo en el acto mismo de combinar e integrar todos los da-

tos. Los juicios actuariales son más cuantitativos y sus combinaciones se basan

exclusivamente en las relaciones empíricas entre los elementos de tal modo que,

con los mismos datos, siempre se llegaría a la misma conclusión y tal proceso

podría hacerse incluso mecánicamente, mediante un programa informático.

Faust (1984, en su revisión de 1984, al menos cién estudios comparativos en-

tre ambos tipos de juicios, centrados sobre todo en el poder diagnóstico y pre-

dictivo de los mismos. Estos estudios presentan resultados contradictorios pero,

mayoritariamente, señalan un exceso de subjetividad en los juicios clínicos, que

disminuye su valor predictivo. Las razones que hasta el momento se han ido

aportando como causas principales de los errores en los juicios clínicos son, en-

tre otras:

- La tendencia a partir de nociones preconcebidas.
- La escasa consideración de los datos normativos.
- Los sesgos derivados de la perspectiva observacional.
- La excesiva confianza en los propios juicios.

Sin embargo, estos estudios sobre la comparación entre ambos sistemas con frecuencia no han considerado *la forma de recogida de la información*, de manera que, si se codificaran con mayor precisión las valoraciones o impresiones clínicas subjetivas, podrían someterse al sistema actuarial; y, viceversa, los datos cuantitativo-objetivos, como las puntuaciones de un test, pueden y deben integrarse en una formulación clínica. De hecho, Arkes (1994) proponía la *combinación de ambas posibilidades*, indicando que es necesario el *juicio clínico para decidir qué información acunatal debe recogerse*. Probablemente, futuras investigaciones al respecto permitirán encontrar nuevas vías para mejorar el ajuste pero, de momento, parece imprescindible complementar los juicios clínicos con reglas y guías metodológicas que favorezcan su comprobación como producto científico. Para lograr tal objetivo, también resulta inclaudicable la introducción de algunos cambios, como:

- El incremento de la formación de los clínicos en metodología de investigación.
- El aumento de las exigencias de validación de la eficacia de su propio trabajo.
- El logro de posibilidades de replicación y comunicación inteligible de los resultados.

Al mismo tiempo, será necesaria la resolución de muchos otros problemas que exceden el campo clínico y entran en el ámbito metodológico, como, por ejemplo:

- La difícil tarea de definir con precisión los estrechos límites de la generalización de los resultados experimentales.
- La generación de sistemas que garanticen las mayores probabilidades de acierto en las estimaciones, sin tener que renunciar a la rica y matizada información no cuantificable.

CLÍNICOS VERSUS INVESTIGADORES?

A menudo se produce una situación, en cierto modo irónica, según la cual, clínicos e investigadores experimentales sobreestiman, dentro de su ámbito de actuación, el valor de sus propias conclusiones, descalifican al oponente y se acusan mutuamente de cometer errores que, desde una perspectiva menos estrecha son, esencialmente, los mismos.

En realidad, todos ellos trabajan en circunstancias muy precarias derivadas de diversos factores, entre los que se pueden citar:

- Los límites del conocimiento de su objeto de estudio.
- El hecho de tomar decisiones bajo amplias condiciones de incertidumbre.
- El estar sujetos a marginas considerables de error desde la misma selección y recogida de los datos.
- El no contar con una teoría general unificada.
- El manejar con predictores que plantean muchas dudas acerca de su validez.

Dicho en otros términos, no existen sistemas infalibles para distinguir con precisión y, mucho menos, para identificar previamente, los resultados correctos de los erróneos, sino que, entre todos como colectivo, solo se ha conseguido hasta el momento (y, dadas las dificultades, no lo sólo) un logro nada despreciable: *hacer estimaciones aproximadas y llegar a un acuerdoamiento por intuición a algunos aspectos del daño en su mayor parte desconocido, funcionamiento psicológico humano*.

Estas realaciones generales se describen de manera muy gráfica en un ejemplo que utiliza Faust (1997) en otro de sus trabajos. Siguiendo a este autor, supongamos un estudio científico sobre sistemas de detección de la simulación deliberada de los sujetos en el proceso diagnóstico, tema muy interesante y de enorme utilidad práctica, sobre todo en el ámbito judicial. Uno de los enfoques posibles sería determinar las características de los simuladores a través de un decíllo de estudio de aquellos sujetos en los que *pueda demostrarse que existió simulación*. Aunque bien, nadie dispone de información acerca del porcentaje de simuladores *escapados a la detección y lo realmente útil, a nivel práctico, sería lograr la definición exacta de los prius para descubrir precisamente a los que escaparon*. Además, nunca se sabría con seguridad *en qué se diferencian los simuladores detectados de los no detectados*. Es probable que el hecho de ser o no detectados no se reflejara con la tendencia a la simulación, sino con otros aspectos de esos sujetos o de los evaluadores, como:

- Diferentes habilidades para simular.
- Diferentes potenciales iniciales.
- Diferentes niveles de ansiedad.
- Elazar.
- La especial agudeza del examinador.

Por desgracia, estas hipótesis nunca se podrían comprobar de modo científico.

En consecuencia, por muy controlada experimentalmente que fuere esta investigación sobre simulación, su valor de generalización y su eficacia práctica estarían muy restringidos e incluso podría ser potencialmente inducitor de errores conceptuales, si sus resultados no se criticaran desde una perspectiva más abierta. Esto no significa que se trate de una investigación inútil, sino que solo se está para exemplificar que resultaría muy luctuosa, aún siendo metodológicamente rigurosos en su realización.

Del mismo modo, es trascendental la generalización derivada de un juicio clínico empírico sobre unos pocos sujetos y extendido, sin más, a una población.

Para llevar a cabo tal generalización será necesario, como mínimo:

- Obtener un grupo representativo y lo más amplio posible de sujetos con las mismas características.
- Determinar con precisión la extensión en que sus características se diferencian de otros grupos.
- Derivar índices de discrepancia y estudiar su relación con la representatividad del grupo.
- Desarrollar métodos de predicción de las probabilidades de que un individuo fuese incluido o excluido de tal grupo por azar.
- Estudiar sistemáticamente los procesos de selección.
- Construir procedimientos para corregir el tipo y el grado de los posibles errores.

Es evidente, si se realiza una revisión crítica, que muchos de los resultados que se ofrecen en investigación clínica están lejos de cubrir todos estos requerimientos en gran parte de los trabajos publicados. El tomar conciencia de tales limitaciones supone el primer paso para incorporar sistemas encaminados a aumentar su calidad. Sin embargo, y a pesar de todos estos obstáculos, si se hace una reflexión diálogica, el desarrollo del enfoque clínico parece no haberse detenido y convergiendo muchas otras líneas de trabajo, lo que no deja de ser sorprendente

INTERCOMUNICACIÓN COMO FUTURO

- Para superar este "divorcio" entre formas sistemáticas de investigación y aplicaciones clínicas, resulta imprescindible el establecimiento de puentes entre ambos campos, los cuales, por otra parte, se necesitan mutuamente. Cabe señalar al respecto que los avances en el campo de la evaluación psicológica representan uno de los aspectos ^{que más ha contribuido} a establecer puentes de unión entre teoría y práctica.
- El intercambio de información y el trabajo conjunto, no solo entre psicólogos de distintas orientaciones, sino también formando parte de equipos con profesionales de otras disciplinas, se han convertido en una necesidad habitual para realizar diseños complejos de investigación. De otro modo, cada uno corre el riesgo de perpetuar sus reduccionismos y seguir conviviendo indefinidamente los errores derivados del desconocimiento de sus propios límites.
- Como ejemplos recientes de estos intercambios y de lo fructífero de los mismos se pueden citar:

- La proliferación de los estudios de doble ciego, que disminuyen los errores observacionales y el efecto placebo que producen las expectativas, tanto del sujeto como del terapeuta.

• La separación de los roles de terapeuta e investigador mediante la invocación de otros observadores no implicados en el tratamiento.

• La consideración que están adquiriendo los llamados diseños cuasi-experimentales de $n=1$, tan demostrados en épocas muy lejanas.

En otras palabras, la necesidad de intercomunicación y unificación de criterios procedentes de distintos marcos teóricos, aunque no es nueva si se revisa con cuidado la historia de la psicología, ha ido tomando cuerpo en los últimos años, ante la comprobación de la insuficiencia de los modelos parciales y la consecuente exigencia de utilizar una combinación de los mismos en la práctica. Tal necesidad es aún más evidente en el ámbito clínico, donde la variabilidad de sujetos y situaciones con las que el profesional se encuentra constantemente hace inevitable un clima de constante. Como señala Mirapelle (1997):

"Aunque aún existen pocas investigaciones [sobre integración de modelos] realizadas con metodología rigurosa, empieza a sugerir en el panorama internacional de la psicoterapia que los terapeutas van tomando conciencia de que las diferentes 'escuelas' no son, después de todos, más que enfoques parciales y complementarios de un modelo más global... En la práctica cotidiana, en la medida de la consulta, todos somos más integrales y flexibles de lo que probablemente reconocemos" (pág. 39).

Para todo psicólogo clínico con cierta experiencia, cuyo esfuerzo de reflexión intente ir algo más allá de las meras aplicaciones cotidianas, resulta obvio que aún no existe un modelo teórico completo y adaptable a todos los casos y situaciones. Por tanto, las opciones que se tomen como referentes exigen un cierto grado de permeabilidad hacia otros puntos de vista teóricos y, sobre todo, hacia los datos que ofrece una evaluación continuada de cada caso. Hay que insistir en que, con ello, no se está propagando una postura eclectica sino teórica que, aun suponiendo un mayor compromiso y dificultad, puede llevar a la construcción de paradigmas conceptuales más elaborados y acordes con la multidimensionalidad del objeto de trabajo.

Los caminos por los que se evoluciona hacia una ampliación de la perspectiva teórico-observacional pasan por un elemento común: la *insatisfacción con el modelo propio*, por lo restrictivo y, con ello, por la *necesidad de mirar más allá* de la propia "escuela" en la que se ha realizado la formación. Todo profesional que continúa realmente interesado por su quehacer, evolucionará y tiende a buscar aquello que pueda complementar su preparación básica.

El hecho de admitir que el objeto de trabajo es mucho más complicado de lo que un determinado constructo teórico permite explicar, la relativización de los juicios y la apertura a las aportaciones provenientes de otros enfoques, representan las condiciones básicas para ir alcanzando mayores niveles de interacción en los análisis y conceptualizaciones.

A la vez, y además, de los obstáculos que el propio objeto de estudio impone, esta previsible evolución hacia una integración de modelos está llena de riesgos. Uno de ellos consiste en la ingenuidad de considerar que se ha logra-

o dicha integración partiendo de una formación deficiente o mezclando teóricos y conceptos aprendidos, más propiamente escuchados, en unos cuantos momentos de fin de semana.

Otro peligro, quizás más serio y con mayores implicaciones, es el de caer en un planteamiento "macroteórico" que pretenda crear una teoría omnívora y uniformadora del comportamiento humano, que diluya totalmente las diferencias existentes entre los modelos explicativos parciales. El hecho de eliminar las diferencias y sustituirlas por la uniformidad paralizaría la dialéctica enriquecedora entre construcciones teóricas distintas.

Un pensamiento integrador no "homogénea" las ideas de las que parte, sino que "sulta" a otro nivel epistemológico, construyendo síntesis a partir de la propia relación dialéctica entre los opuestos. Es decir, es siempre un pensamiento complejo a través del cual se van combinando conocimientos diferentes, lo que permite el surgimiento de otros, de rango superior en cuanto a complejidad y, con ello, la capacidad de relaciones cada vez más elaboradas.

Por otra parte, hay que repetir que las tentativas de integración de modelos parciales no son una novedad, aunque la conciencia de su necesidad sea más paciente o se haya ido extendiendo en épocas recientes, dada la influencia del contexto socio-histórico de cada período sobre la posibilidad de que una determinada concepción alcance o no el eco suficiente.

Los paradigmas generados hasta ahora en Psicología se desarrollaron, como se ha dicho, de manera desconectada y marcadas por divergencias y enfrentamientos que llegaron, en muchas ocasiones, a descalificaciones teóricas, técnicas y personales, incluso entre autores que trabajaban dentro de un mismo modelo. A pesar de todo ello, existieron muchos intentos integrativos.

Un ejemplo de los mismos lo constituye Sigmund Freud, pues su periodo inicial buscó de una mayor efectividad en las intervenciones le llevó a cambiar sucesivamente de enfoque y a integrar conocimientos procedentes de distintos modelos. Sus movimientos conceptuales de la neurología a la hipnosis, de ésta a la evocación de imágenes traumáticas y de aquél a la asociación libre, expresa la viabilidad de su evolución teórica y su gran capacidad de síntesis. Por desgracia, la necesidad de cohesionar su grupo y dar solidez a sus construcciones provocaron, paradójicamente, que fuera más tarde impotente con los "desviacionistas", es decir, con los seguidores que pretendían pensar con su misma libertad y amplitud.

Otro ejemplo surge en la década de los 70 a partir de los trabajos de autores como Brody y Engels, que se revisarán más adelante. Ellos proponían la búsqueda de nuevas elaboraciones teóricas, más complejas, con mayores niveles de abstracción y con una mayor integración de las visiones parciales.

Las aproximaciones integradoras fueron apareciendo de manera aislada,

pero cohesionándose a través del tiempo con la fuerza suficiente como para que surgiere en Estados Unidos, en 1983, una asociación que las agrupara, la *Society for Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI)*. Con ello, el movimiento integrador conseguía su primer soporte institucional y una publicación periódica como órgano de expresión: el *Journal of Psychotherapy Integration*. En 1990, se crea en España la Sociedad Española para la Integración de la Psicoterapia

SEPI, lo que supone la existencia de un interés cada vez mayor hacia una comprensión comprensiva.

No obstante, tales intentos recibieron desde siempre numerosas críticas, numerosas de las cuales proceden de dogmatismos escépticos o de simples intereses partidistas y no merecen una discusión detallada. En cambio, como se indica en la introducción, resulta interesante comentar una de las críticas más sólidas, planteada en términos de la imposibilidad absoluta de integrar modelos con fundamentaciones teóricas "incompatibles". Según este razonamiento, que supuso uno de los chestícos más serios para el desarrollo de visiones teóricas y no teóricas, un modelo con tales hipótesis en el subjectivismo-idealismo, por principio, *inintegrable* con otro basado en el empirismo-racionalismo. En la actualidad, los estudios sobre algunas características constitutivas del pensamiento positivo, como los principios de relativismo y contradicción (Kraemer, 1983; Alexander y Langer, 1990), han propiciado el comienzo de la superación de las argumentaciones clásicas.

El concepto de relativismo se entiende como la tona de conciencia de que todos los tipos de conocimiento son, esencialmente, relativos y no absolutos, de tal forma que las creencias personales son una entre las múltiples formas que el sujeto humano tiene de construir la realidad. La noción de *comunicación* supone la asunción de que las paradojas y complejidades son inherentes al conocimiento y a la realidad, lo que genera una mayor amplitud en las construcciones y la retroalimentación dialéctica entre los opuestos. Estas posibilidades de introducir interrogantes en el modo de pensar convencional y de cuestionarse por qué hay que elegir obligatoriamente entre dos modelos, sólo por el hecho de que parezcan incompatibles, parecen estar aportando nuevas perspectivas de futuro.

Si se acepta, por ejemplo, que *realidad* y *construcción* son aspectos dialécticos de cómo el ser humano se enfrenta al mundo que le rodea, es decir, si hay tanto de cierto en que los objetos tienen un aspecto de *realidad medible* como en que lo importante es la construcción mental que se hace de ellos, habrá que concluir que ni un polo ni otro, por separado, garantizan la captación exacta de los fenómenos estudiados ni expresan con profundidad y amplitud la complejidad de su realidad completa. En este sentido, cabe recordar lo que Lacan (1966) señalaba al decir que *la esencia es diferente a la verdad y la verdad no excluye el rigor*. Consecuentemente, hay que reconocer como válidas posuras.

Como ya se ha indicado, el camino hacia la integración de distintos modelos teóricos conlleva el avanzar por un terreno inestable, multidiálektico, restringido, lúcido y contradictorio, lo que requiere condiciones muy alejadas de una pre-
paración deficiente, de la mezcla indiscriminada, de la uniformización o del reduccionismo. El acceso a la síntesis exige una sólida formación en paradigmas distintos y capacidad para moverse con flexibilidad entre ellos, superando

el prejuicio de su aparente univocismo, y reforzando con Alexander (1950), que son siempre complementarios en la medida en que aportan "al punto de verdad" al análisis de fenómenos multifacéticos.

MODELOS QUE PROPUGNAN UNA AMPLIACIÓN DE LA PERSPECTIVA

La confrontación con tal dificultad demanda la colaboración en la búsqueda colectiva de nuevas conceptualizaciones, para lograr niveles más comprensivos de conocimiento de los fenómenos psicológicos y, para ello, ninguna es descartable por principio. Como afirma Pelechano (1988):

"...Solo existen dos maneras para no avanzar: la primera es la de mantenerse quieto, la segunda es la de caminar en círculo. Todo el resto de posibilidades, por complejas y laboriosas que sean, representan opciones válidas que pueden conducir a la salida del enmarañado bosque de la ignorancia científica en Psicología" (pág. 18).

El concepto de que el ser humano puede entenderse como un sistema interactivo en el cual los procesos físicos, psicológicos y la compleja red de relaciones sociales en la que aparece inserto determinan, conjuntamente, la salud y la enfermedad, está dando paso a la generación de constructos más comprensivos para explicar su funcionamiento. Aunque todos los enfoques parten de disponibles hasta el momento insisten en la convergencia de estos tres grupos de factores: biológicos, psicológicos y sociales, en la práctica cada uno de ellos ha tendido a centrarse o a considerar como relevantes solo unos u otros, despreciando o, al menos, no focalizando la atención en los demás.

Desde mediados de los años 70, autores como Brody (1973) y Engel (1977), vienen proponiendo una serie de ideas sobre las que suscitar un nuevo paradigma teórico: conciencia de la síntesis de diversas perspectivas, que se ha dado en llamar, aunque resulte un tanto farragoso, el *enfoque bio-psico-social*.

Aún queda un largo camino hasta lograr su sistematización completa, pero esta perspectiva teórica supone un salto cualitativo en el progreso hacia la integración, al rechazar la postura mayoritaria de fraccionar y atomizar lo naturalizado del objeto observado para estudiar sus parcelas una a una. Parece representar una vía de superación del modelo newtoniano o biomédico, caracterizado por el reduccionismo, la causalidad lineal, el dualismo y el análisis de factores causales circulares, probabilística y analógica.

Este enfoque basa muchas de sus apreciaciones en conceptos de la Física, incluyendo la teoría de la relatividad de Einstein, las leyes de indeterminación de Heisenberg y la teoría cuántica de Planck y permite considerar variables como causa/efecto, fuerza/estado o biología/experiencia, como componentes de un conjunto dinámico y en constante interacción. Engel (1977) enuncia y apoya estos inicios de un modelo teórico más complejo en los siguientes principios:

El ser humano es un organismo que constantemente recibe información, la elabora, la almacena, le asigna un significado, le otorga un valor efectivo y la transmite. Todo ello produce, a su vez, un modo determinado de comportamiento y de conceptualización de la realidad.

La salud y la enfermedad son estados que se encuentran en equilibrio dinámico, que casi nunca son definibles en términos absolutos y que resultan co-determinados por variables biopsico-sociales en interacción constante. Enunciado de otro modo, todo organismo vivo, incluyendo el humano, es siempre un sistema organizado y en equilibrio móvil, no una estructura rígida con respuestas fijas preestablecidas del tipo "todo o nada".

c) La etiología de los estados de enfermedad o disfunción, física o psíquica, es siempre multidimensional, con diversos grados y de diferente calidad.

d) Con ello, las intervenciones, tanto diagnósticas como terapéuticas, deben llevarse a cabo con un enfoque multidisciplinar, holístico y completo, si se pretende atender a las características multidimensionadas de los estados disfuncionales.

Mientras este modelo va siendo elaborado en sus distintos niveles, lo que sin duda requerirá un arduo trabajo, se van dando pasos parciales. Ahora bien, como indicador de lo difícil que resulta modificar la actitud tradicional y situarse en una perspectiva diferente, se puede citar el hecho de que muchos autores hayan ido adoptando progresivamente posturas que se han denominado "integracionismo", "constructivismo", etc., según las cuales asumen la misma influencia entre, por ejemplo, biología y experiencia, al tiempo que continúan insistiendo en dividir la varianza total en porcentajes para conocer cuál es la influencia predominante. Ello supone una renuncia solo superficial de la noción de integración, que sigue perpetuando el dualismo, es decir, que continúa analizando el conjunto en términos de las propiedades esenciales o el peso relativo de sus partes.

El paso de esta actitud parcializada al concepto de totalización propuesto por Engel donde, por seguir con el mismo ejemplo, biología y experiencia conectan e interpenetran de manera inextricable e indivisible, supone la idea de que ninguna variable es básica o esencial, ni tampoco otra es derivada o secundaria, sino que cada una construye y se construye en su relación con la otra y, por ello, resultan inseparables.

Según este enfoque holístico, la persona puede ser contemplada como un organismo natural (animal) y humano a la vez. La esencia del aspecto animal se basa en las formas de herencia biológica de las especies, mientras que la esencia de lo humano, en el sentido de lo que constituye la "humanidad" de un individuo, se asienta en el mundo relacional. De este modo, el sujeto se constituye como tal a partir de una infraestructura biológica, pero ésta resulta insuficiente para ser considerada como el único fundamento sobre el que un individuo se conforma como persona.

A través de los vínculos interpersonales, no solo se generan los medios de supervivencia, sino también las posibilidades de convivir en un ser humano, individual y solidamente hablando. Si se impone este enfoque a los sistemas que transcurren lo hace e interindividual, y se pierden en cuento también las conexiones entre grupos de personas, las sociedades humanas pueden entenderse como sistemas extremadamente complejos, que son mucho más que la suma de individuos.

Por otra parte, las redes de relaciones sociales, por muy amplia que sea la visión de las mismas, tampoco explican en su totalidad las características psicológicas de cada individuo. El paso entre los niveles de análisis social y psicológico no es, simplemente, una transposición homóloga. Mientras la individualidad psíquica está marcada por contingencias, influencias directas, fuentes de la propia biografía, y por la naturaleza transitória de la existencia personal, el mundo social ofrece una permanencia mucho mayor y circunstancias que afectan al sujeto de un modo menos directo, pues, en la mayoría de los casos, los efectos de las variables sociales pueden ser mediados o filtrados por el entorno inmediato en mucha mayor medida de lo que pueden serlo las circunstancias propiamente de ese mismo entorno.

Así, cada persona concreta representa el resultado de la confluencia de todos esos factores, y tal confluencia constituye, en gran parte, su actividad psíquica. El funcionamiento psicológico se convierte en una realidad cualitativamente distinta de las realidades social y biológica, aunque todas ellas funcionen en constante interacción e imbricadas en infinitas relaciones circulares. Si se pudiera establecer una jerarquía, habitualmente estas dos últimas realidades se mantienen bajo un relativo control y se subordinan a la primera, pero sus múltiples conexiones las convierten en inseparables.

RESUMEN

La integración conceptual, no solo la enumeración, de todos estos aspectos requiere, obviamente, el replanteamiento de muchas teorías parciales y una comprensión de la realidad humana que asuma la unión de los contrastos. Como señala Costa e Silva (1994):

"Señal necesario conceptualizar al sujeto desde la Psicología según una visión del ser humano que no es la del hombre de Descartes, sino la del hombre de Pascal. Aquel es un ser reducido a la colección de sus partes; primero el pensamiento, después el alma unida al cuerpo, finalmente las pasiones. Se trata de un hombre analítico, anti-histórico, depravado de comunicación con los otros y con la naturaleza. El hombre de Pascal, por el contrario, es un ser relational y palpable, es el hombre que se hace cargo de su destino y, relegado a un rincón del universo, experimenta alegría y miedo, canta y llora. A veces incluso aterriza lágrimas de placer o llena nubes canina, exultante de grandeza y abrumado de miseria. Amá, se reproduce, muere y, tras su muerte, deja en el mundo algo más que un cadáver: el relato de su historia personal y un mensaje cargado de emoción, que va a ser recogido por otra sensibilidad humana" (pág. 44).

Con la esperanza de que esta visión pseudógena, integradora y práctica, sirve de estímulo al lector para seguir desarrollando sus propias reflexiones, se pone fin al primer capítulo del texto. En él se ha pretendido ofrecer un sencillo esquema de las peculiaridades características del trabajo en el ámbito clínico.

A continuación se presentará un modelo-comprehensivo, que integra los distintos elementos del diagnóstico psicológico como partes constitutivas de un proceso divergente. Se ha preferido comenzar presentando una visión de la evolución psicológica que permite una primera aproximación global a la tarea y un marco al que poder referir los aspectos técnicos, los dilemas y las dificultades, que se abordarán posteriormente con mayor detalle.