PSICOLOGÍA CLÍNICA II

SESIÓN 10
Desafío 3: Comprensión de losfactores culturales en las intervenciones
Desafío* 4: *Comprensión de por qué funcionan los tratamientos
Desafío* 5: *Proporcionar servicios en el contexto de la administración del cuidado a la salud
Oportunidades en la psicología clínica
Temas emergentes en la investigación clínica
Emoción y regulación de la emoción
Neurociencia

Desafío 3: Comprensión de los factores culturales en las intervenciones Se necesita una mejor comprensión de cómo conciben diferentes grupos culturales y étnicos las soluciones y la ayuda para sus problemas. Por ejemplo, es confuso si la psicoterapia, tal como se practica en la actualidad, se aplica a los problemas enfrentados por los jóvenes afroamericanos de las zonas pobres o a las familias que han inmigrado recientemente de diferentes regiones (por ejemplo, del sudeste de Asia).

La investigación del psicólogo Stanley Sue y sus colegas ha demostrado la existencia de diferencias entre grupos étnicos en su participación y respuesta a la psicoterapia. Por ejemplo, Sue *et al.* (1991) encontraron que la igualación (o correspondencia) entre el origen étnico del terapeuta y el origen étnico del cliente se relacionaba con la duración del tratamiento para clientes asiático-americanos, afroamericanos e hispanoamericanos y se asoció con los resultados del tratamiento entre clientes hispanoamericanos.

Yeh, Takeuchi y Sue (1994) encontraron que los niños que recibían servicios de salud mental en centros de salud mental específicos para el grupo étnico tenían menos probabilidad de abandonar los servicios después de la primera sesión (un problema frecuente en el tratamiento de los niños), utilizaban más servicios y recibían calificaciones más altas de su funcionamiento al final del tratamiento que quienes

asistían a centros de salud mental para la corriente principal o no específicos para el grupo étnico.
La ampliación de la comprensión de las semejanzas y las diferencias entre varios grupos culturales es una necesidad apremiante para el desarrollo futuro de la psicología clínica (Sue, 1998). El mayor conocimiento y sensibilidad al impacto de las diferencias culturales sobre el tratamiento es una alta prioridad para la investigación clínica y para la práctica de la psicología clínica con poblaciones diversas.

Desafío 4: Comprensión de por qué funcionan los tratamientos A pesar de la sólida base de conocimiento desarrollado sobre la efectividad y la eficacia de los tratamientos psicológicos, todavía se está en las primeras etapas de la comprensión de por qué son efectivos ciertos tratamientos. Algunos tratamientos pueden funcionar por razones muy diferentes a lo que pueden pensar los defensores del enfoque. Se requiere investigación para desarmar los diferentes elementos por medio de un análisis de componentes.

El análisis de componentes se logra mejor comparando intervenciones que incluyen y excluyen elementos cuidadosamente seleccionados de un enfoque global al tratamiento.

La investigación del análisis de componentes será importante para determinar formas de tratamiento más eficientes y rentables, una meta de importancia creciente para la psicología clínica.

Desafío 5: Proporcionar servicios en el contexto de la administración del cuidado a la salud El carácter del cuidado de la salud en Estados Unidos cambió considerablemente en las décadas de 1980 y 1990, donde la administración del cuidado de la salud desempeña un papel cada vez más grande en la provisión de cuidado de la salud para individuos y familias.

En los sistemas de administración del cuidado de la salud las decisiones acerca del cuidado de la salud de un individuo son reguladas por compañías que proporcionan este servicio o por compañías de seguros encargadas del costo de los servicios. Es probable que la administración del cuidado de la salud siga creciendo en la medida en

que el gobierno de Estados Unidos permanezca indeciso acerca de la posibilidad de un programa nacional amplio para proporcionar servicios de salud a todos los estadounidenses.

La administración del cuidado de la salud no surgió de manera específica en relación al cuidado de la salud mental sino como un esfuerzo por tratar con los costos crecientes del cuidado de la salud en general. Sin embargo, el crecimiento de la administración de la atención ha tenido un impacto importante en la forma en que se ofrecen servicios psicológicos a los individuos (Chambliss, 2000). Antes del desarrollo de los sistemas de administración de la salud, la mayor parte de las pólizas de seguros de salud incluían servicios de salud mental que cubrían pruebas psicológicas y psicoterapia proporcionadas por un psicólogo clínico.

Los individuos que deseaban recibir servicios de salud mental, más a menudo psicoterapia, tenían libertad para elegir un psicólogo y la compañía de seguros reembolsaba el costo de los servicios psicológicos. En su mayor parte, se carecía de estipulaciones acerca de los tipos de problemas para los cuales un individuo podía buscar ayuda y tampoco había límites sobre el número de sesiones o tipo de tratamiento que sería reembolsado.

Esta situación cambió en forma radical bajo la administración de la atención. La mayoría de los sistemas actuales requieren de la obtención de la aprobación de un médico de atención primaria (un médico general o médico familiar) o de un trabajador de la administración de la atención antes de que puedan buscarse los servicios de un psicólogo.

Por lo general se requiere que el psicólogo especifique un diagnóstico del *DSM IV* que esté siendo tratado, y se aprueba para reembolso un número limitado de sesiones. Sólo se agregan sesiones adicionales después de una revisión realizada por un trabajador de la administración de la atención.

Los psicólogos han recibido problemas y beneficios como resultado de la administración del cuidado de la salud. El problema más significativo han sido los límites en el grado de independencia que los psicólogos clínicos tienen al trabajar con

los pacientes. Los pacientes ahora carecen de la libertad de elegir por sí mismos ver a un psicólogo pues necesitan haber recibido la aprobación previa de su compañía de administración de la atención de que su seguro pagará los servicios que recibirán.

El nivel de independencia de los psicólogos se limita además por las restricciones al tipo de tratamiento y el número de sesiones que pueden ofrecerse. Esos problemas han generado preocupaciones de que la administración de la atención está limitando la capacidad de los psicólogos para ejercer la práctica como profesionales de la salud independientes y de que algunos de los límites en la práctica no son en el mejor interés de los pacientes (por ejemplo, Hayes, Barlow y Nelson-Gray, 1999; Sloan y Mizes, 1999). Por otro lado, el papel creciente de la administración de la atención ha tenido efectos positivos.

Lo más importante, la supervisión de los servicios psicológicos por las organizaciones de administración de la atención, han dado lugar a una responsabilidad mucho mayor de los psicólogos (Chambliss, 2000). Es decir, los psicólogos ahora deben rendir cuentas a una revisión externa en términos de la aplicación de un diagnóstico específico para cada paciente, la justificación de la necesidad que tiene el paciente de atención, el uso de tratamientos de eficacia documentada, y la medición y documentación de los resultados para demostrar efectividad con pacientes individuales.

Si los casos los revisan agentes de la administración de la atención conocedores de la bibliografía sobre tratamientos con apoyo empírico, esta responsabilidad puede dar lugar a una mejor aplicación de los tratamientos más eficaces para casos específicos. Por ejemplo, si un psicólogo determina que un paciente sufre de un trastorno de angustia, en ausencia de cualquier forma de supervisión externa el psicólogo podría usar cualquier forma de tratamiento que eligiera, incluyendo el psicoanálisis tradicional a largo plazo, la terapia centrada en el cliente o la terapia de la Gestalt.

Sin embargo, ninguna de esas terapias ha demostrado ser eficaz en el tratamiento del trastorno de angustia. Existen, sin embargo, métodos cognitivo-conductuales para el tratamiento del trastorno de angustia que han demostrado ser muy eficaces (por ejemplo, Barlow y Cerney, 1988; Barlow *et al.,* 1989; Clark, 1986; Clark *et al.,* 1999).

Si los agentes de la administración de la atención están al tanto de esos hallazgos de la investigación, pueden requerir que para que se reembolse al psicólogo por el tratamiento, debe usar uno de los métodos que han demostrado ser eficaces en el tratamiento del trastorno de angustia. Aunque este tipo de regulación limita con claridad la autonomía de los psicólogos, también es claro que ofrece alguna seguridad a los usuarios de que el tratamiento que reciben ha demostrado ser eficaz.

Conforme aumenta el papel de la administración del cuidado de la salud será esencial para la psicología clínica asegurar que las decisiones acerca del diagnóstico y tratamiento de los trastornos psicológicos se basan en la mejor evidencia disponible de la investigación. De esta manera, la administración de la atención puede proporcionar un impulso para un vínculo más cercano entre la investigación y la práctica, y proporcionará a los pacientes mayor seguridad de que recibirán cuidado de alta calidad para la salud mental.

OPORTUNIDADES EN LA PSICOLOGÍA CLÍNICA

El campo de la psicología clínica ha empezado su segundo siglo como una combinación vital de la investigación y la aplicación del conocimiento científico. Se señaló que el campo continuará con sus fortalezas existentes: evaluación y psicoterapia. Se presentarán ahora las mejores conjeturas sobre las interesantes direcciones para el futuro. En algunos casos éstas representan un mayor énfasis en áreas en las que ya está activa la psicología clínica. En otros casos, reflejan nuevas áreas para el campo. La historia de la psicología clínica ha sido influida por los avances dentro de la psicología y por factores y fuerzas externas al campo. Inspirados en el pasado, se espera que algunas de las oportunidades para el futuro vendrán de logros en la investigación psicológica, mientras que otras serán impulsadas por cambios en nuestro mundo. Esas oportunidades serán útiles para quien considere la posibilidad de buscar un grado y una carrera en la psicología clínica.

TEMAS EMERGENTES EN LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA

Hay dos áreas actuales de investigación que tendrán una gran influencia en la investigación y la práctica de la psicología clínica. La primera se concentra en el papel de las emociones en el funcionamiento normal, la psicopatología, la salud y la enfermedad. La segunda es el rápido desarrollo de la tecnología para la evaluación y la medición de la función cerebral.

EMOCIÓN Y REGULACIÓN DE LA EMOCIÓN

Existe un flujo y reflujo de temas y puntos de vista que dominan la investigación en psicología. Durante la historia temprana del campo, se puso un fuerte énfasis en la importancia de las emociones, debido sobre todo al trabajo pionero de Sigmund Freud y William James. A este periodo lo siguió el ascenso del conductismo en las décadas de 1930 y 1940, cuando la conducta observable se convirtió en el principal punto de interés de buena parte de la psicología. El conductismo mantuvo su dominio hasta la década de 1970 cuando la psicología experimentó la revolución cognitiva y el estudio de los procesos cognitivos se volvió dominante. Durante la década de 1990, con los avances en la tecnología y el conocimiento de los procesos biológicos subyacentes, la biología llegó a predominar. Y ahora, al inicio del nuevo siglo, se ha cerrado el círculo y las emociones se encuentran de nuevo en el centro del escenario (por ejemplo, Lewis y Haviland-Jones, 2000).

El estudio de las emociones muestra dos implicaciones importantes para el futuro de la psicología clínica. Primero, se requiere de investigación clínica sobre todos los aspectos de la emoción, incluyendo el papel de las emociones en la psicopatología, la salud y la enfermedad; la medición de los procesos de emoción, y la función de las emociones en las intervenciones psicológicas. Las emociones son una porción central en la mayor parte, o toda, de la experiencia humana. La experiencia de la emoción señala la importancia de un acontecimiento, facilita o impide la toma de decisiones, influye en el aprendizaje y la memoria, y ofrece la motivación para la conducta.

Segundo, otra área amplia de oportunidad para la psicología clínica implica la integración de la investigación sobre la emoción en la práctica clínica. Para la investigación y la práctica es central el proceso de regulación de la emoción, la cual consiste en la capacidad para iniciar, modular, modificar, redirigir u optimizar la activación emocional, sobre todo en respuesta a la amenaza o el estrés. Algunos

aspectos de la regulación de la emoción son biológicamente intrínsecos en los seres humanos y están presentes desde el nacimiento (por ejemplo, Barr, Young, Wright, Gravel y Alkawaf, 1999).

Sin embargo, la mayor parte de los aspectos de la regulación de la emoción se aprenden en el curso del desarrollo, y muchas estrategias de regulación de la emoción involucran conjuntos complejos de pensamientos y conductas. Por ejemplo, la investigación exhaustiva indica que los esfuerzos por suprimir emociones se asocian con resultados psicológicos y físicos adversos. Jane Richards y James Gross han demostrado que, los esfuerzos por suprimir la expresión de emoción negativa, deteriora la memoria y que este efecto se debe en parte a los tipos de habla con uno mismo usados por los individuos para tratar de monitorear y suprimir la expresión de sus emociones (Richards y Gross, 1999, 2000).

En contraste, la expresión modulada de las emociones parece ser benéfica. Por ejemplo, se ha encontrado que escribir acerca de las emociones propias tiene efectos benéficos en términos de la disminución en los niveles de emoción negativa y de la mejoría en la salud (Pennebaker, 1997). La investigación sobre la regulación de la emoción presenta implicaciones poderosas para las intervenciones psicológicas, porque el fracaso para manejar las emociones negativas se encuentra en el centro de muchas formas de psicopatología. Por ello, el mayor conocimiento acerca de los procesos adaptados e inadaptados de regulación (y desregulación) de la emoción proporcionará una base más sólida para que las intervenciones mejoren los procesos de manejo de las emociones negativas.

NEUROCIENCIA

Hay una larga historia de la participación de los psicólogos clínicos en la neurociencia, o el estudio de la relación entre el funcionamiento del cerebro y la conducta humana. Los psicólogos clínicos que trabajan en el campo de la neuropsicología están muy interesados en la forma en que el desempeño en tareas que evalúan habilidades cognitivas o motoras refleja dificultades o anormalidades en la función del cerebro. Más recientemente, ha habido un enorme interés en los procedimientos que permiten una evaluación más directa del funcionamiento del cerebro de la disponible a través de la administración de las pruebas neuropsicológicas tradicionales. Los

procedimientos que utilizan la electroencefalografía (EEG), la tomografía por emisión de positrones (TEP) y la imagenología por resonancia magnética funcional (IRMf) arrojan información acerca de la actividad cerebral prácticamente en el momento de la evaluación y por lo general en respuesta a diferentes tipos de estímulos. Mientras que el EEG registra la actividad eléctrica en diferentes sitios del cerebro por medio de electrodos colocados en el cuero cabelludo, la TEP implica inyectar al paciente un químico radiactivo y rastrear la tasa a la que se metaboliza en diversos sitios del cerebro. Por último, la IRMf utiliza poderosos imanes para determinar qué áreas o estructuras específicas del cerebro están activadas mientras el paciente realiza tareas cognitivas o emocionales.

Los primeros estudios que utilizaron esos procedimientos se concentraron en buena medida en la identificación de cuáles áreas del cerebro se activan cuando los individuos participan en diferentes tipos de codificación cognitiva y tareas de memoria (por ejemplo, Demb *et al.,* 1995; Gabrieli, Brewer, Desmond y Glover, 1997). Sin embargo, en fechas más recientes los investigadores se han interesado en estudiar la relación entre la activación del cerebro y el funcionamiento emocional. En realidad, nuestra habilidad actual para describir sin maneras invasivas las bases neuro-metabólicas de varias emociones ha hecho avanzar nuestro entendimiento de una serie de trastornos mentales diferentes (por ejemplo, Barlow y Durand, 1995; Institute of Medicine, 1991). Por ejemplo, una parte considerable de investigación ha descrito últimamente lo que parece ser una activación cerebral localizada en el trastorno de angustia (por ejemplo, George, 1992).

Otra investigación ha demostrado de manera interesante que la disfunción neurobiológica en los pacientes obsesivo-compulsivos se normaliza después de un tratamiento exitoso con medicamentos o terapia conductual (por ejemplo, Baxter, 1994; Baxter *et al.,* 1992; Schwartz *et al.,* 1996).

Esas nuevas direcciones en la neurociencia son claramente relevantes para el desempeño de los psicólogos clínicos. Por ejemplo, los descubrimientos acerca de la asociación entre la activación cerebral localizada y la emoción han proporcionado el fundamento empírico para las integraciones teóricas de los factores biológicos y

psicológicos en diferentes formas de psicopatología (por ejemplo, Baxter, 1994; Goodman y Gotlib, 1999).

Los psicólogos clínicos desempeñarán un papel importante en el perfeccionamiento y extensión de esas formulaciones y en el diseño y conducción de investigación para probar esos modelos. Como un modelo de este papel puede considerarse el trabajo de Richard J. Davidson, un psicólogo de la University of Wisconsin. Inspirado en el trabajo de Jeffrey Gray, Davidson formuló una teoría en la cual plantea que la depresión se caracteriza por una activación relativamente mayor de la región frontal del hemisferio derecho más que del hemisferio izquierdo. El área frontal derecha del cerebro se asocia con tendencias al alejamiento, mientras que el área frontal izquierda se relaciona con la conducta de acercamiento. En una serie de estudios que utilizaron procedimientos de EEG, Davidson y sus colegas (por ejemplo, Davidson, 1994; Davidson, Jackson y Kalin, 2000; Henriques y Davidson, 1991; Sutton y Davidson, 1997) demostraron que las personas deprimidas se caracterizan por una mayor activación en el área frontal derecha que en el área frontal izquierda del cerebro, lo que refleja las tendencias más fuertes al alejamiento que a la aproximación que caracterizan a la depresión.

CUADRO 16.4
LAS EMOCIONES Y LA REGULACIÓN DE LA EMOCIÓN A TRAVÉS DE LAS CULTURAS Y A LO LARGO DEL CICLO VITAL
La investigación psicológica hace avanzar con rapidez nuestra comprensión de la naturaleza, relevancia y función de la emoción. Aunque la emoción se vio relegada durante la era del conductismo y la revolución cognitiva de la psicología, ha ganado un lugar destacado en la investigación y la teoría psicológica actual. Una apreciación plena del papel de la emoción depende en parte de nuestra comprensión de cómo varían diferentes emociones como una función de dos factores fundamentales, la edad y la cultura. Las psicólogas de Stanford Laura Carstensen y Jeanne Tsai han encabezado la investigación sobre la emoción a lo largo del ciclo vital y en diferentes grupos culturales. Varias observaciones de su trabajo muestran una relevancia particular para la psicología clínica. Hay cambios significativos en la forma en que la gente experimenta y maneja las emociones a lo largo del ciclo vital, con importantes cambios que ocurren en la vejez (Carstensen y

Turk, 1998). En su teoría de la selectividad socioemocional, Carstensen demostró que conforme las personas envejecen adquieren conciencia de que les queda menos tiempo en sus vidas, y que esta conciencia da lugar a cambios en su motivación para dirigir más atención a metas emocionales más que a metas relacionadas con el conocimiento (Carstensen, 1999). Un cambio pronunciado implica incrementar las interacciones con otras personas con las cuales comparten relaciones cercanas y emocionalmente significativas e invertir menos tiempo y esfuerzo en relaciones menos íntimas. De este modo, si bien el número de contactos sociales declina con la edad, esta declinación es el resultado de invertir el tiempo en menos y más cercanas relaciones (Carstensen, 1998). Más aún, las personas mayores son más capaces de regular sus emociones que sus contrapartes más jóvenes, incluyendo la regulación de las respuestas fisiológicas a estímulos emocionalmente activadores (Tsai, Levenson y Carstensen, 2000).

También existen importantes diferencias culturales en la experiencia, expresión y regulación de las emociones. Por ejemplo, Tsai y sus colegas analizaron las diferencias entre asiático-americanos y euroamericanos en indicadores de autorreporte, conductuales y fisiológicos de la emoción (por ejemplo, Tsai *et al.,* 2000; Tsai, Levenson y McCoy, 1999). Hay mayores diferencias culturales en las emociones positivas que en las negativas, y en las medidas conductual es y de autorreporte que en los marcadores fisiológicos. Este hallazgo sugiere que los aspectos de la emoción más fuertemente influidos por las consecuencias sociales muestran las mayores diferencias culturales.

Esos estudios indican que los psicólogos clínicos necesitan prestar mayor atención al papel del desarrollo y la cultura en la investigación y la práctica. Será importante considerar las diferencias en la expresión y la regulación emocional en la comprensión de las respuestas emocionales de los individuos en tratamiento y en los tipos de habilidades regulatorias que puede ser apropiado enseñar en el contexto de la psicoterapia y otras intervenciones psicológicas.

Como puede inferirse, los psicólogos clínicos se han basado en esos hallazgos y otros similares en un intento por entender los posibles mecanismos de tratamiento para la

psicopatología y en el desarrollo de nuevos enfoques terapéuticos. Por ejemplo, los descubrimientos del EEG sobre la menor activación del área del cerebro implicada en la conducta de acercamiento en los pacientes deprimidos puede ayudar a explicar por qué han tenido éxito los programas de tratamiento diseñados para incrementar las actividades de las personas deprimidas (por ejemplo, Hammen y Glass, 1975; Lewinsohn, Sullivan y Grosscup, 1980); esos hallazgos también pueden ser de utilidad en el perfeccionamiento de tratamientos similares.

Los descubrimientos de la neurociencia también pueden emplearse en el desarrollo de nuevos enfoques al tratamiento de los trastornos emocionales. Por ejemplo, Peter Rosenfeld y sus colegas de la Northwestern University (Rosenfeld *et al.,* 1995, 1996) se inspiraron en los hallazgos de Davidson sobre la asimetría hemisférica en la depresión cuando probaron los efectos de la biorretroalimentación en el tratamiento de este trastorno. En este tratamiento, los pacientes aprendieron a incrementar la activación relativa de su hemisferio frontal izquierdo, con una elevación resultante en su estado de ánimo.

Es cierto que es necesario hacer más trabajo en esta área, pero ya hay fuertes indicios de los beneficios de la colaboración estrecha entre los psicólogos clínicos y los neurocientíficos, cada uno aportando sus propias habilidades para aplicarlas a la evaluación y tratamiento de la psicopatología. Los psicólogos clínicos tienen una experiencia única en el desarrollo de pruebas y tareas para evaluar el funcionamiento cognitivo y emocional y en el desarrollo y evaluación de los enfoques terapéuticos basados en los descubrimientos de la investigación más actual en la neurociencia. Con el rápido incremento de la investigación en la neurociencia de la psicopatología hay grandes oportunidades para que los psicólogos clínicos contribuyan prácticamente en cada aspecto de este crecimiento en las décadas por venir.