



CEU

*Universidad
San Pablo*

Apertura Curso Académico 2012-2013

Algunos retos actuales de la Psicología Clínica

Aquilino Polaino-Lorente
Catedrático de Psicopatología. Facultad de Medicina.
Universidad CEU San Pablo



CEU | Ediciones

Algunos retos actuales de la Psicología Clínica

Aquilino Polaino-Lorente

Catedrático de Psicopatología. Facultad de Medicina.
Universidad CEU San Pablo

Universidad CEU San Pablo

Algunos retos actuales de la Psicología Clínica

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Dirijase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

© 2012, Aquilino Polaino-Lorente

© 2012, Fundación Universitaria San Pablo CEU

CEU *Ediciones*

Julián Romea 18, 28003 Madrid

Teléfono: 91 514 05 73, fax: 91 514 04 30

Correo electrónico: ceuediciones@ceu.es

www.ceuediciones.es

Depósito legal: M-31177-2012

Introducción

La psicología como ciencia es una tierra joven –*terra incognita*–, abundante en paradojas. Una de ellas, acaso la más llamativa, reside en la gran distancia existente entre lo que interesa al ciudadano de la calle y lo que importa al psicólogo científico. Es frecuente que las investigaciones que realiza el segundo sean desconocidas por el primero, poco importa el impacto que pueda tener en las revistas científicas de mayor nivel. Este hecho manifiesta un problema: el de la visibilidad de la psicología. Hoy puede diferenciarse con claridad entre la “psicología visible” (la que aparece en los *mass media* y está cada vez más presente en la sociedad) y la “psicología invisible” (la que se ha atrincherado en el laboratorio y las revistas especializadas.)

La solución a esta paradoja pasa por acercar la psicología a la vida, especialmente en el ámbito de la Psicología Clínica. El autor de estas líneas está persuadido de que la ciencia puede emplearse al servicio de la vida humana o contra ella. En el primer caso, el acrecerse de la vida del hombre y de su salud mental, a causa de la ciencia, acabará también por magnificar las diversas realizaciones científicas que en el futuro se acometan. En el segundo caso, la perpetuación del sufrimiento psíquico –por ignorancia de las patologías y de las medidas terapéuticas que hay que tomar– conduciría a una disminución del desarrollo científico. La Psicología Clínica encarna su sentido más pleno en la medida que sirve y dignifica la existencia humana. El psicólogo clínico ha de servir al hombre por él mismo, en lugar de “adorar” los resultados de sus investigaciones y lucrar así la optimización curricular.

Este ambicioso ideal de unir la ciencia y la vida, no resulta una tarea fácil. Pues como escribió Hipócrates, “el arte es largo, la vida es breve, la ocasión fugitiva, la experiencia incierta y el juicio difícil”. A lo que veinticuatro siglos después Frazier añade: “la naturaleza es probabilística, la información incompleta, los recursos limitados y las decisiones inevitables”.¹

Las anteriores afirmaciones no están llamadas a suscitar el desánimo, sino a desvelar de forma realista el limitado poder de nuestros esfuerzos, sin por ello menoscabar un ápice el ambicioso ideal científico al que aspiramos.

Y lo conseguiremos si optamos por investigar lo que en verdad preocupa y hace sufrir al ciudadano; si nos liberamos de la jerga terminológica al tratar de explicar y divulgar nuestros conocimientos; si acercamos la dedicación profesional del psicólogo clínico a los problemas de los ciudadanos, y nos hacemos las necesarias preguntas; y, sobre todo, si partimos de un concepto de persona que, por su realismo, sea bien acogido y satisfaga justamente esa *communis opinio*, esa opinión común mayoritaria –que, por tanto, debe ser compartida– acerca de lo que es la condición humana.

Perdonadme una pequeña digresión acerca del concepto de persona que debe alumbrar el quehacer en la Psicología Clínica. La concepción de la persona, a *la páge* de la psicología actual, como un ser bio-psico-social, a mi modo de ver resulta insuficiente. Es preciso abrir este constructo a la dimensión espiritual, que es precisamente donde las otras dimensiones se integran y alcanzan su plenitud. Si se excluye esta dimensión espiritual, es imposible dar cuenta y razón de lo que acontece en las otras dimensiones (biológica, psicológica y social). De aquí que el anterior constructo haya que completarlo, y definir la persona como un *ser bio-psico-socio-espiritual* (Polaino-Lorente, 2011).²

Pero aquí nos encontramos con una propuesta hipotética, erizada también de dificultades. La razón está en que no hay una antropología, sino muchas antropologías. En el marco de este razonamiento argumental es como si el problema se fuese desplazando de un ámbito a otro, sin acertar con la solución buscada que pueda satisfacer a la mayoría.

¹ Jenicke, M. y Cléroux, R. (1983). *Epidemiologie* (2è tirage). Maloine. Paris.

² Polaino-Lorente, A. (2011). “Algunas claves antropológicas para el encuentro de la psicoterapia y la espiritualidad”, en M. I. Rodríguez Fernández (Dir.). *Integrando la Espiritualidad en la Psicología*. Monte Carmelo. CITEs. Universidad de la Mística. Burgos, pp. 201 y ss.

La siguiente propuesta –abierta, como no podía ser de otra forma, al diálogo y el debate– ha de habérselas con lo que es propio de la persona: la existencia y la trascendencia, la singularidad irrepetible y la apertura a lo universal, la relación del paciente consigo mismo y con los demás, el hermetismo y la apertura de su intimidad, la transparencia y lo inefable de la comunicación humana, la asunción de su realidad finita y su anhelo de infinitud, su acción individual y su participación en la tarea común, su ser y su hacerse, su actividad y la recepción y acogida de las actividades de los otros, la libertad y la responsabilidad, el respeto y la dignidad, la asunción de sus propias limitaciones al mismo tiempo que el desvelamiento de sus fortalezas, para poner todo ello, es decir, la “unitotalidad” de su persona, al servicio de los demás.

En este contexto –soy consciente de ello– he de atenerme en mi exposición a la brevedad, pero también a la claridad. Atenimiento que dudo pueda llegar a satisfacerles como ustedes se merecen. En todo caso, trataré de esforzarme en ello, a fin de que no se me aplique aquel aforismo clásico que reza *brevis esse laboro, obscurus fio*, lo que ha sido brevemente trabajado, resulta difícil de entender.

Es probable, que lo que sigue a continuación no sea fácil de entender. En cualquier caso, de esa dificultad ya me percaté al aceptar la honorífica e inmerecida invitación que me hizo el señor Decano de mi facultad. No obstante, no renuncio a manifestarles el mucho tiempo que he dedicado a la reflexión sobre mi propia experiencia personal, como profesional de la psicología y psiquiatría durante más de cuatro décadas.

He tratado de partir de la razón, la experiencia clínica y el sentido común, así como de la opinión generalizada de mis alumnos, además de muchas otras sabias personas acerca de lo que pueden ser las estructuras protoconstitutivas de lo humano, que están orgánicamente articuladas entre sí. Confío, pues, en la benevolencia de todos, cuando al final de mi intervención juzguen acerca de la pertinencia y oportunidad de los diversos retos que hoy nos plantea la Psicología Clínica, tanto en el ámbito científico como en el asistencial.

Pero antes de continuar, permitidme que me detenga en una relevante advertencia previa: la de los reduccionismos. En primer lugar, es preciso mencionar los reduccionismos en que incurren las personas, respecto de su propia consideración. Me refiero, por ejemplo, a los errores de subestimación y sobrestimación acerca de sí mismas; errores que en muchos de ellas son injustos para consigo mismas,

además de dificultar su adaptación al medio y de generar conflictos, frustraciones y trastornos psicológicos. A ello cabe añadir aquí la reducción de la persona a lo que piensa (actitud racionalista de las personas hipercríticas); la reducción de la persona a lo que siente (emotivismo que les dispara a la acción, impulsados por la frescura vital de las emociones que confunden con la verdad); y la reducción de la persona a lo que hace (pragmatismo triunfante o culpabilizador, resistente a la humildad y al perdón). La persona es más que lo pensado, sentido y obrado por ella. La persona es también lo que hoy no piensa, no siente o no hace (omisiones), pero probablemente un día pensará, sentirá o hará. La persona tiene ese carácter de *además*, un *plus* sobreañadido no reductible a la facticidad del instante³, por el que se trasciende a sí misma, como lo prueba su sed de absoluto, su hambre de infinitud y su vocación a la eternidad.

Otros reduccionismos, no menos importantes y frecuentes, son los que se derivan del modo de entender la Psicología Clínica. Se trata aquí de ciertos enfoques deterministas, como consecuencia de magnificar una sola de las dimensiones de la persona (biológica, psicológica, social y espiritual), con exclusión de las restantes en la explicación de los trastornos psicológicos. Surgen así los determinismos biológicos, psicológicos, sociológicos o pseudo espiritualistas. En esto consisten algunos de los retos actuales de la Psicología Clínica, el nudo de Ariadna que a continuación trataré de desanudar.

Retos biológicos de la Psicología Clínica

Entre los numerosos retos actuales de la Psicología Clínica ha de situarse uno en el contexto de las Neurociencias. Desde luego, es mucho lo que se espera de ellas en relación con el esclarecimiento y mejor explicación de los trastornos psíquicos. Sin embargo, aún estamos muy lejos de ello. No obstante, sea por extrapolaciones, inferencias y generalizaciones no del todo fundadas, el hecho es que son numerosas las aserciones que hoy se plantean como cuestiones inquietantes y problemáticas en el ámbito de las Neurociencias⁴.

³ Polo, L. (2003). *Quién es el hombre*. Rialp. Madrid.

⁴ “¿Cómo podemos enfocar realidades humanas éticas (tales como la decisión libre, el sentimiento de culpa, el sentido de la responsabilidad, la conciencia del deber u obligación moral, las convicciones acerca de lo correcto y de lo bueno o la búsqueda de la felicidad humana) basándolas en una estructura biológica –o al menos buscando sólo su relación con ella– de la que ni siquiera podemos presentar una teoría coherente de su funcionamiento unitario?, (...) ¿qué es el hombre?, ¿podemos controlar nuestro cerebro?, ¿existe la libertad?, ¿es posible utilizar la Neurociencia para luchar contra el crimen, el terrorismo u otras lacras sociales que nos invaden?”; cfr Jiménez Amaya, J. M., Sánchez-Migallón, S. (2010). *De la Neurociencia a la Neuroética*. Eunsa. Navarra, pp. 54-55.

Sin duda alguna, las técnicas de neuroimagen—cada vez con niveles de resolución más efectivos— han ampliado el horizonte investigador de la neuropsicología y de la psicopatología, tanto en el ámbito exploratorio de las funciones cerebrales⁵ como en el ámbito aplicado y asistencial (optimización del empleo de psicofármacos, efectos cerebrales de la psicoterapia, neurotecnología aplicada en la psicocirugía, implantes cerebrales, estimulación cerebral profunda, etc.)⁶. Especial relevancia tienen, por estar relacionadas con las modificaciones observables de las funciones cerebrales, las técnicas de neuroimagen funcional, como la resonancia magnética funcional⁷, la tomografía por emisión de positrones⁸, y la magnetoencefalografía.

Pero al mismo tiempo, se han dilatado tanto las expectativas acerca de las Neurociencias que han suscitado la emergencia de cuestiones inquietantes —todavía sin respuesta— acerca de la condición humana. Ignoramos en concreto cómo pueden estos procedimientos afectar a la persona en el ámbito de su libertad⁹, autonomía e identidad personal. De aquí que Fuchs¹⁰ afronte los problemas éticos relativos a los posibles cambios que puedan derivarse en la concepción que de nosotros mismos tenemos como seres humanos.

Si el final del siglo XX fue considerado como “la era de la genética”, el siglo XXI ha sido considerado por numerosos autores como “la era del cerebro”. En efecto, las Neurociencias están invadiendo en la actualidad todos los ámbitos del saber. Tal vez por eso comiencen a ser familiares términos como Neuroeconomía (neurobiología de la elección y toma de decisiones), Neuroteología (la activación

⁵ Gazzaniga, M. S., Ivry, R. B., Mangun, G. R. (2002). *Cognitive Neuroscience. The Biologie of the Mind*. W.W. Norton & Company. New York; Farah, M. J. (2007). “Social, legal and ethical implications of cognitive Neuroscience: ‘Neuroethics’ for short”, *Journal of Cognitive Neuroscience*, 19, pp. 363-364.

⁶ Fuchs, T. (2004). “Neurobiology and psychotherapy: an emerging dialogue”. *Current Opinion in Psychiatry*, 17, pp. 479-485; “The challenge of neuroscience: psychiatry and phenomenology today”. *Psychopathology*, 35 (2002), pp. 319-326; Mojtabai, R., Olfson, M. (2008). “National trends in psychotherapy by office-based psychiatrists”. *Archives of General Psychiatry*, 65, pp. 962-970.

⁷ La Resonancia Magnética Funcional (*functional Magnetic Resonance Imaging*; fMRI) detecta los cambios del flujo sanguíneo —según diversos paradigmas cognitivos, motivacionales y emocionales, normales y patológicos—, en función de las diferentes tareas realizadas por la persona. Por el descubrimiento de la fMRI, Paul Lauterbur (Universidad de Illinois) y Peter Mansfield (Universidad de Nottingham) recibieron en 2003 el premio Nobel de Medicina.

⁸ *Positron Emisión Tomografía*; PET. Por este descubrimiento Allan Cormack en EE.UU. y Godfrey Hounsfield en el Reino Unido recibieron el premio Nobel de Medicina en el año 1979.

⁹ Jiménez-Amaya, J. M., Murillo, J. L. (2009). “Neurociencia y libertad: una aproximación interdisciplinar”. *Scripta Theologica*, 41, pp. 13-46; Jiménez-Amaya, J. M., Murillo, J. L. (2007). “Mente y cerebro en la neurociencia contemporánea. Una aproximación a su estudio interdisciplinar”. *Scripta Theologica*, 39, pp. 607-635.

¹⁰ Fuchs, T. (2006). “Ethical issues in neuroscience”. *Current Opinion in Psychiatry*, 19, pp. 600-607.

e inhibición de zonas cerebrales durante la oración), Neuropolítica (predicción de ciertos comportamientos, *screening* de patrones de funcionamiento cerebral en terroristas potenciales, establecimiento de patrones de seguridad en una comunidad para protegerse de la guerra y del crimen organizado¹¹), Neuroética¹², etc.

Nada de particular tiene que una neuropsicóloga como Martha Farah¹³ se haya planteado, desde la perspectiva ética, la mejora –no sólo teórica– de las funciones cerebrales cognitivas en personas sanas; la intervención sobre un delincuente, ordenada por un tribunal judicial, para eliminar los delitos sexuales; o la aplicación de estas tecnologías a la detección de mentiras (*brain Reading*).

Aunque a alguno pueda parecerle que esto está muy próximo a la ciencia-ficción, al menos en ciertos ámbitos aplicados muy concretos se ha probado una cierta eficacia. De hecho, hay trastornos psíquicos en que algunos de estos procedimientos se están empleando ya con cierto éxito, como la estimulación cerebral profunda en las depresiones resistentes¹⁴, la destrucción funcional de zonas cerebrales en los trastornos obsesivo-compulsivos, o la implantación de células estaminales embrionarias en enfermedades degenerativas (Parkinson).

Sea como fuere, el hecho es que hoy con estas nuevas técnicas –no intrusivas y de forma posiblemente inocua– podemos conocer un poco mejor *in vivo* el funcionamiento del cerebro. Aunque nuestros conocimientos no abarquen todavía el amplio arco epistemológico de las ciencias biológicas aquí implicadas (a nivel genético, molecular, celular, subcelular, y sistémico), no obstante, es mucho lo que se ha avanzado, aunque tal vez se haya abandonado un poco la perspectiva de una visión sistemática acerca de cómo funciona el cerebro en su totalidad.

Un ejemplo elocuente es lo que ha sucedido con los estudios neuroanatómicos dinámicos relativos a cómo se conectan las diversas áreas y estructuras cerebrales. Es probable que el relativo abandono de este ámbito científico estuviera causado

¹¹ Moreno, J. D. (2006). *Mind Wars. Brain Research and National Defense*. The Dana Press. New York.

¹² Jiménez Amaya, J. M., Sánchez-Migallón, S. (2010). *De la Neurociencia a la Neuroética*. Eunsa. Navarra.

¹³ Farah, M. J. (2005). "Neuroethics: The practical and the philosophical". *Trends in Cognitive Sciences*, 9, pp. 34-40.

¹⁴ Mayberg, H.S., Lozano, A. M., Voon, V., McNeely, H. E., Seminowicz, D., Hamani, C., Schwab, J. M., Kennedy, H.E. (2005). "Deep Brain stimulation for treatment-resistant depression". *Neuron*, 45, pp. 651-660. Según el *National Institute of Health*, en EE.UU. en la actualidad, alrededor de 20 millones de personas sufren de depresión y dos millones de esquizofrenia cuya atención supone un coste de 75.000 millones de dólares por año.

por limitaciones de la tecnología entonces al uso y por su escasa aportación funcional. Sin embargo, una vez superadas aquellas limitaciones, se ha vuelto recientemente a retomar ese antiguo ámbito y, al parecer, con unos resultados excelentes.¹⁵

De aquí que la apelación a la Neurociencia resulte hoy imprescindible para el estudio de la Psicología Clínica. Lo que de acuerdo con el nivel de excelencia en que queremos formar a nuestros alumnos nos exigirá un mayor esfuerzo en las inversiones y dotación económica de nuestra Facultad de Medicina de la que forma parte el Departamento de Psicología.

No obstante, son muy variadas las cuestiones que desde el ámbito de las Neurociencias interpela a la formación del psicólogo clínico. Observemos a continuación alguna de ellas. ¿Son los trastornos psíquicos causados sólo por lesiones o disfunciones del SNC?, ¿No se estarán magnificando –conforme a ese modelo implícito biológico–, los factores fisio-patológicos subyacentes, como si de sus “causas” se tratara?, ¿Puede establecerse hoy una relación específica o una correlación unívoca entre cada síntoma y cada alteración cerebral?

De acuerdo con los datos disponibles en la actualidad, aún no puede sostenerse tal especificidad entre las neuroimágenes y las funciones psicológicas superiores, y menos todavía en lo que respecta a los trastornos psicopatológicos y a los efectos de las diversas psicoterapias y/o empleo de psicofármacos. La neurobiología de los subsistemas nerviosos todavía no es sistémica, por lo que al fiar en solo ella la totalidad de las funciones cerebrales –sean sectoriales, normales o patológicas– se incurriría en un reduccionismo panneurobiológico o, en alguna manera, en la “reificación” biológica y objetivadora de la psicología y psicopatología humanas.

Las funciones psicológicas y las manifestaciones psicopatológicas no son reductibles a las meras activaciones y desactivaciones cerebrales manifestadas

¹⁵ Segall, J. M., Allen, E. A., Jung, R. E., Erhardt, E. B., Arja, S. K., Kiehl, K., and Calhoun, V. D. (2012). “Correspondence between structure and function in the human brain at rest”. *Frontiers. Neuroinformatics*, 6, 10; Bock, D. D., Lee, W. C., Kerlin, A. M., Andermann, M. L., Hood, G., Wetzel, A. W., Yurgenson, S., Soucy, E. R., Kim, H. S., and Reid, R. C. (2011). “Network anatomy and in vivo physiology of visual cortical neurons”. *Nature* 471, 177–182; Sporns, O. (2011). “The human connectome: a complex network”. *Ann. N. Y. Acad. Sci.* 1224, pp. 109–125; Micheva, K. D., Busse, B., Weiler, N. C., O’Rourke, N., and Smith, S. J. (2010). “Single-synapse analysis of a diverse synapse population: proteomic imaging methods and markers”. *Neuron* 68, pp. 639–653. El lector interesado en el conocimiento de este ámbito puede consultar la extensa y magnífica revisión que aparece en el editorial (1 de Mayo de 2012) de *Frontiers in Neuroinformatics*, realizada por Leergaard, T. B., Hilgetag, C. C., y Sporns, O. (2012). “Mapping the connectome: multi-level analysis of brain connectivity”. *Frontiers in Neuroinformatics*, 6, 14, pp. 1-6.

en las neuroimágenes cerebrales. La reducción en el imaginario colectivo de la persona y de la mente a sólo su cerebro no es, por el momento, científicamente asumible. Siguiendo a Fuchs¹⁶, ningún psicólogo ni psiquiatra deberían satisfacer esta errónea expectativa del paciente. Conviene no olvidar que tanto el psicólogo como el psiquiatra *no tratan cerebros sino personas*.

De una parte, los bancos de datos de las neuroimágenes todavía son insuficientes para aportarnos criterios diferenciales que sirvan para la distinción entre unas y otras funciones y enfermedades. Que este procedimiento de análisis sea mucho más sutil y fino que el clínico –demasiado grueso, primitivo y burdo¹⁷– poco nos dice acerca de su especificidad y universalidad en el marco de la patología clínica. Tampoco nos informa acerca de lo más consistente, sea la dimensión anatómica (lo qué es más que discutible para explicar la psicopatología), sea la dimensión biomolecular (lo que sería más aceptable de acuerdo con lo que hoy piensa la comunidad científica). En cualquier caso, los actuales conocimientos no nos autorizan a una “ontologización de la imagen” que verdaderamente sustituya a lo que sucede en la realidad del cerebro.

En cualquier caso, el hecho de que con estas nuevas tecnologías se encuentre una disfunción neurofisiológica determinada no se identifica con ningún síntoma psíquico y, todavía menos, con una categoría diagnóstica, que a su vez engloba a un amplio conjunto de síntomas de diversa naturaleza. Como tal unidad de análisis es demasiado amplia, excesivamente gruesa y molar como para que pueda encontrarse la justa correspondencia, “uno a uno”, entre “imagen-disfunción” y “síntoma-enfermedad”. Además, por el momento, no se puede afirmar que una determinada disfunción neurofisiológica sea “la causa” de una enfermedad o de un síntoma concreto. El hecho de que pueda establecerse una cierta correlación entre ellos nada demuestra acerca de la posible dirección de la causalidad –si es que tal causalidad pudiera establecerse a través de esas u otras correlaciones–.

Una disfunción neurofisiológica –funcionalismo– está siempre vinculada, de una u otra forma, a un sustrato físico-químico (por ejemplo, los neurotransmisores

¹⁶ Fuchs, T. (2004). “Neurobiology and psychotherapy: an emerging dialogue”. *Current Opinion in Psychiatry*, 17, pp. 479-485

¹⁷ Forma parte también de nuestra acomodaticia ignorancia el modo en que la función de la experiencia clínica se activa en el cerebro y cómo se relaciona con la memoria, el aprendizaje, el cerebro ejecutivo, etc. Algo de esto se puso de manifiesto hace ya tres décadas por algunos autores en las manifestaciones de los trastornos paranoicos. Cfr. Colby, K. M. (1981). “Clinical implications of a stimulation model of paranoia procesees”. (Comunicación personal); cfr Colby, K. M. (1975). *Artificial Paranoia*. Pergamon Press. New York.

cerebrales), de los que todavía es mucho lo que se ignora (y donde probablemente sería más pertinente la búsqueda de esa supuesta “causalidad”).

Una sola disfunción neurofisiológica no suele ser determinante del procedimiento terapéutico a seguir. Se ignora casi todo acerca de la relación entre estos trastornos y la especificidad del tratamiento psicofarmacológico. Sin más estudios de seguimiento y sin un amplio volumen de datos, sabemos muy poco acerca de cómo evolucionan los síntomas en función de las medicaciones prescritas. Quedarse en un nivel puramente descriptivo –con los numerosos sesgos que esto comporta– es demasiado grueso para que merezca el calificativo de científico. Además, en clínica hay variables desconocidas –empatía, intuición, etc.; cómo funciona el proceso de tomar decisiones por el clínico– que al parecer son las que tienen mayor alcance explicativo de los aciertos y eficacia de este difícil y arriesgado “arte”. A ello habría que añadir, la singularidad de cada paciente en el modo de metabolizar y responder a los fármacos prescritos. En este punto, el estudio previo del genoma del paciente puede darnos alguna información acerca de cuál sería su mejor respuesta a la administración de determinados psicofármacos.

De otra parte, lo psíquico no es lo funcional, ni lo bioquímico, ni lo anatómico, ni lo orgánico. Cada una de las dimensiones anteriores es expresiva de un diverso nivel epistemológico y de diversos enfoques en el análisis de la realidad clínica, todos y cada uno de ellos suficientemente relevantes como para que no pueda prescindirse de ninguno. Es probable que lo psíquico englobe e integre a todos ellos, aunque en diverso modo y proporción, a pesar de que todavía sea más lo que ignoramos que lo que conocemos.

Los trastornos psíquicos –en esto parece existir un amplio acuerdo– están modulados y moldeados por factores socioculturales. Pero, ¿acaso conocemos el modo en que ese supuesto moldeamiento cultural se expresa en las neuroimágenes de una determinada disfunción neurofisiológica?

Tampoco es posible establecer una definición operacional, funcional y holística de ninguna categoría diagnóstica. El reduccionismo que intentó el asociacionismo y localizacionismo y, posteriormente, el conductismo o, más recientemente, el cognitivismo, no parecen que hayan sido eficaces en la explicación de las funciones y los trastornos psíquicos.

Sin embargo, algunos síntomas psíquicos no han dejado de entenderse como un cierto “patrón de comportamiento clínicamente significativo”,

según las neuroimágenes cerebrales, pero esto no deja de ser un eufemismo metafórico, dada la diversidad de la expresividad sintomática y la singularidad e irrepitibilidad de las personas. Algo parecido puede afirmarse respecto de las consecuencias de esas alteraciones (sufrimiento psíquico, modo de vivenciarlo y afrontarlo, significación que se le atribuye, deterioro o incapacidad que genera, riesgos que de ello se derivan, capacidad de tolerancia y adaptación, pérdida de libertad y autonomía, transformación de las expectativas y los estilos de vida, etc.).

La reducción funcionalista de la psicología y psicopatología está contribuyendo a una nueva remodelación de lo que se entiende por función o trastorno psíquico. El actual pluralismo cultural ha subrayado el énfasis de la singularidad y la autonomía personales. De aquí que cualquier comportamiento desviado (no importa cuál sea su naturaleza o el ámbito de sus contenidos –religioso, sexual, político, económico, etc.–, respecto del cual se establece precisamente esa desviación) no pueda incluirse de modo forzado en el ámbito de los trastornos psíquicos.

Lo mismo sucede respecto de los comportamientos que resultan conflictivos entre la persona y la sociedad, y que hacen sufrir y/o generan ciertas disfunciones en ambos. Para su inclusión en el ámbito de la psicopatología, esos comportamientos –desviados y conflictivos– han de constituirse en síntomas que, junto a otros, puedan ser englobados propiamente en una precisa categoría diagnóstica.

No parece que se haya superado, por el momento, el anacronismo reduccionista del dualismo mente/cuerpo. Pero, a su vez, el núcleo de ese mismo problema está más allá de la ciencia positiva empírica y experimental.

El modelo reduccionista que de aquí ha surgido va asentándose en el imaginario colectivo, que conduce a afirmar a algunas personas que “todo está en mi cerebro”. Ni la persona es su cerebro, ni el yo es el cerebro, ni el pensamiento o la afectividad están solo en el cerebro. Del mismo modo que la persona no es solo su comportamiento, ni sus pensamientos, ni sus sentimientos, ni sus acciones. Tampoco está en el cerebro la autoconciencia, ni las convicciones acerca de los valores, ni la conducta ética respecto de lo bueno y lo malo, ni la misma libertad de la persona.

Retos psicológicos y psicopatológicos de la Psicología Clínica

Son muy numerosos y diversos los retos psicológicos y psicopatológicos que hoy se plantean en el ámbito de la Psicología Clínica. En las líneas que siguen me detendré de forma sucinta en sólo tres de ellos: el adecuado ordenamiento de los trastornos psíquicos, y el ensamblaje y articulación de los síntomas en las actuales nosologías; las nuevas psicopatologías emergentes que aún no han encontrado su necesario acomodo en el ámbito de estas nosologías; y, ya en el contexto de la Psicología Clínica, el extenso y generalizado ámbito de sus contenidos, cuya vigencia pragmática y asistencial es todavía hoy muy escasa, así como el modo en que se modula la expresividad sintomática en función de ciertos factores socioculturales.

Comencemos por la primera cuestión: el adecuado ordenamiento de los trastornos psíquicos, y el ensamblaje y articulación de los síntomas en las actuales nosologías.

En la actualidad hay establecidas dos grandes nosologías de los trastornos mentales, por las que se guían los profesionales para el diagnóstico de las enfermedades psíquicas: el “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales” (DSM-IV)¹⁸ y la “Clasificación internacional de enfermedades” (CIE-10)¹⁹. El primero ha sido realizado por la Asociación Psiquiátrica Americana (APA), al día de hoy estamos en la cuarta edición revisada, y se está preparando la quinta. La segunda ha sido realizada por la Organización Mundial de la Salud y va ya por la décima revisión.

Las dos son muy empleadas y hay muchas equivalencias entre los diagnósticos establecidos por ellas. El DSM-IV, por estar más abierto a la comparación de las investigaciones transculturales, se emplea con mayor frecuencia en el ámbito académico e investigador. La CIE-10, en cambio, es la nosología cuyo uso es más frecuente en el ámbito clínico, especialmente en Europa.

En este ámbito de la elaboración de criterios y del ordenamiento diagnóstico, la Psicología Clínica, como otras disciplinas de la salud, tiene algunos retos

¹⁸ American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4 th Ed.* APA. Washington. Hay traducción española: DSM IV-R. Masson. Madrid.

¹⁹ World Health Organization (1992). *The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders: Clinical descriptions and diagnostic guidelines.* World Health Organization. Ginebra. Suiza. Hay traducción castellana.

planteados. En *primer lugar*, establecer una diferenciación rigurosa entre el funcionamiento psicológico normal y las manifestaciones patológicas tal y como se manifiestan en los trastornos psíquicos. Es sabido que en numerosos trastornos mentales algunas funciones psíquicas permanecen al comienzo intactas, aunque con la evolución de la enfermedad pueden deteriorarse. Identificar qué funciones están sanas y cuál es su evolución a lo largo de estos procesos morbosos puede contribuir a mejorar el diagnóstico, a establecer pronósticos menos pesimistas y, sobre todo, a diseñar qué tipo de intervenciones son más eficaces para estabilizar la autonomía y la calidad de vida de la persona.

En *segundo lugar*, establecer la diferenciación entre el diagnóstico categorial y el dimensional, en lo relativo a los diversos síntomas, síndromes y alteraciones, además de en las escalas y procesos de evaluación que contribuyen al diagnóstico.

Esta cuestión es, desde luego, polémica, y el debate todavía no está cerrado. En la clínica se optó desde el principio por el diagnóstico categorial, mientras que la Psicología Clínica ha optado preferentemente por el diagnóstico dimensional. Ahora bien, dado que cada vez se emplea más las escalas y entrevistas estructuradas –que buena parte de ellas son dimensionales– para el diagnóstico clínico, el diagnóstico categorial resultante está en cierto modo comprometido con el acercamiento dimensional.

De otra parte, la Psicología Clínica admitió el acercamiento dimensional en el diagnóstico de ciertos trastornos –neuroticismo, paranoidismo, etc.–, modo de proceder que no parece que sea eficaz respecto de otros numerosos trastornos (esquizofrenia, trastorno obsesivo-compulsivo, trastorno bipolar, etc.). De acuerdo con este modo de proceder, es posible que haya que integrar el *continuum* dimensional y el diagnóstico categorial, en un único acercamiento entre ellos categorial-dimensional, y sin que se confundan una y otra aproximaciones.

En *tercer lugar*, establecer la diferenciación entre el diagnóstico transversal y el longitudinal, de forma que a través del seguimiento se esclarezcan qué cambios modifican el perfil sintomático del trastorno, así como su evolución y pronóstico. La psicopatología ganaría mucho con el seguimiento longitudinal de los trastornos²⁰, puesto que los síntomas que integran los cuadros clínicos sufren transformaciones en el tiempo. También este recurso sería muy efectivo respecto de las modificaciones sintomáticas que acontecen, tanto a causa

²⁰ Polaino-Lorente, A. (1991). “Manifestaciones clínicas diferenciales en el adulto y en el niño: la importancia del seguimiento en psicopatología infantil”, en Antón, P (Coord.). *Medio Siglo de Psiquiatría en España*. Homenaje al Prof. Ramón Sarró. ELA, Valencia.

del tratamiento psicoterapéutico como psicofarmacológico. Y esto no tanto porque continúe aceptándose la antigua hipótesis de la “psicosis única”²¹ y de la “metablética”²² en psicopatología –como si un misterioso transformismo pudiera explicar todos los trastornos psíquicos, que serían derivados de una sola patología troncal–, sino sencillamente porque su evolución no es inflexible sino que está abierta al cambio por mor del paso del tiempo, los cambios sociales, la implicación del paciente o el resultado de las diversas intervenciones.

En *cuarto lugar*, establecer los necesarios criterios que permitan diferenciar los acercamientos cuantitativos y cualitativos en la evaluación de los trastornos psíquicos y su seguimiento. En el ámbito de la clínica no todas las constelaciones sintomáticas pueden ser apresadas a través de solo los métodos cuantitativos. De otro lado, desde la década de los 90, se ha producido un gran avance en el análisis cualitativo y estadístico de los datos, por lo que se ha optimizado la validez y fiabilidad de sus resultados. A ello hay que sumar, la relevancia irrenunciable que el acercamiento cualitativo tiene en el escenario clínico, especialmente porque algunos síntomas no pueden ser apresados e identificados de forma cuantitativa.

Y, en *quinto lugar*, establecer los posibles *indicadores, predictores y marcadores* psicológicos que, por ser específicos de un trastorno determinado, debieran ser incluidos entre los criterios diagnósticos de las actuales nosologías o servirse de ellos para ciertas indicaciones terapéuticas²³. Este reto es elemental para la Psicología Clínica. Algunas de las investigaciones actuales se han dirigido con cierta eficacia a desvelar estos indicadores. De hecho, si la psicología no pudiera establecer ciertas predicciones, si se negara el carácter predictivo de algunas de sus observaciones y resultados, se acabaría por poner en duda su estatuto científico. De aquí la pertinencia de que algunos de esos indicadores, predictores y marcadores sean verificados, validados e incluidos en las futuras revisiones de las nosologías existentes.

Atendamos ahora a la segunda cuestión apuntada: las nuevas psicopatologías emergentes que aún no han encontrado su necesario acomodo en el ámbito de estas nosologías. Sin duda alguna, han emergido en las últimas décadas –y continúan emergiendo– nuevas alteraciones psicopatológicas, antes

²¹ Kleist, K. (1947). *Fortschritte der Psychiatrie*. Frankfurt a. M.

²² Van Den Verg, J. H. (1963). *Metablética*. Carlos Lohlé. Buenos Aires.

²³ Widiger, T. A., and Clark, L. A. (2000). “Toward DSM-V and the Classification of Psychopathology”. American Psychological Association. *Psychological Bulletin*, 126, 6, pp. 946-963.

inexistentes. En las líneas que siguen se citan algunos ejemplos que son suficientemente elocuentes, y que no es posible silenciar.

Me refiero, claro está, a las nuevas y numerosas adicciones (alcohol y drogas, sexo, videojuegos, Internet, telefonía móvil, etc.); al fracaso escolar; al síndrome de alcoholismo fetal; a la explosión de los comportamientos agresivos (violencia y maltrato infantil, acoso escolar, *bullying*, abuso sexual infantil, depresión de los profesores “quemados”, padres que llaman a la policía para liberarse de un hijo adolescente, “tribus urbanas”, etc.); a la fragmentación de las estructuras familiares (separación, divorcio, familias desestructuradas, niños concebidos mediante la FIVET, el síndrome post-aborto, el síndrome de alienación parental, el síndrome del niño adoptado, los trastornos de la identidad sexual, etc.); a la psicopatología del emigrante y la exclusión social (*homeless*, síndromes del niño apátrida, de los “niños de la calle”, de los “niños soldados”; la psicopatología de las grandes catástrofes, del desarraigo, de la ausencia de escolarización, de la incapacidad de integración, del paro juvenil, etc.); a las enfermedades infecto-contagiosas (VIH, transmisión vertical de VIH, adolescentes con VIH, gonococia, sífilis, etc.); a las sectas y “programación mental”; a los trastornos de personalidad; etc.²⁴

Los efectos sobre la salud psíquica de muchas de estas situaciones me autorizan a hablar de nuevas patologías emergentes, que aún no conocemos en modo suficiente y, sobre todo, que no han sido respaldadas con criterios específicos por las actuales nosologías. Los resultados de la literatura científica disponible demuestran que los factores estresantes psico-sociales, especialmente los *life events* y los acontecimientos traumáticos interpersonales, generan profundos efectos biológicos y modifican el funcionamiento cerebral.

Los nuevos trastornos emergen e invaden diversos segmentos del comportamiento humano, de forma innovadora. Esto es lo que sucede, por ejemplo, con las así llamadas *orexias*, trastornos complejos y muy frecuentes, a caballo entre las obsesiones, el culto al cuerpo, los trastornos del comportamiento alimentario y el control de los impulsos. Citaré a continuación algunos de las más frecuentes: la parorexia (la necesidad impulsiva de masticar objetos y escupir); la vigorexia (necesidad obsesiva de consumir anabolizantes para estar mejor musculado); las perforaciones y

²⁴ Polaino-Lorente, A. (2011). “Nuevas psicopatologías infantiles emergentes: ¿educación o psicoterapia?”. En Miralles Muñoz, F. y Cima Muñoz, A. M. *Escuela y psicopatología*. CEU Ediciones. Madrid, pp. 7-26.

tatuajes²⁵; la ortorexia (empleo de dietas muy restrictivas y poco equilibradas, movidos por el impulso a alimentarse con sólo los productos calificados por ellos como “sanos”; no hay que confundirlos con las personas “vegetarianas”, que carecen de patología); la permarexia (búsqueda obsesiva de nuevas dietas a las que atribuyen efectos especiales, que no han sido verificados); el “síndrome del comedor selectivo” (selección muy restrictiva y selectiva de los alimentos que ingieren, por lo que su dieta es incompleta y mal balanceada, y que, además, suelen hablar continuamente de la comida); el “síndrome del *gourmet*” (hacen depender su autoestima de lo que califican como una “buena comida”, sometiéndose a complejos y rígidos rituales durante la alimentación); la pregorexia (comportamiento anoréxico en gestantes)²⁶; la manorexia (diversas patologías de la alimentación, más frecuente en jóvenes varones que en mujeres –la estética de la nueva masculinidad–, aunque de mejor pronóstico en aquellos que en éstas; en algunos varones suele darse asociada a la atracción por personas del mismo sexo); el “síndrome del hombre metrosexual”²⁷; la sadorexia²⁸; la diabulimia²⁹; la tanorexia (necesidad obsesiva de estar moreno/a, exponiéndose en exceso a la luz solar, a pesar de aumentar el riesgo de sufrir un melanoma); la megarexia (negación de la obesidad ingiriendo comidas copiosas e inadecuadas); la automutilación repetitiva³⁰; las “maltratadoras sexuales de hombres”³¹, etc.

El perfil psicopatológico de las nuevas orexias es ciertamente muy complejo, por lo que hay que explorar de forma sistemática a estos pacientes. Lo ideal es hacer un *screening* intenso acerca de los siguientes ítems: necesidad de aceptación y deseabilidad social, dependencia afectiva, expresión de emociones, autoestima,

²⁵ Pueden deberse a la moda y no ser patológicas; en otras ocasiones, esta compulsión a practicarse perforaciones y tatuajes puede estar asociada a un equivalente depresivo o ser expresión de un síntoma de parafilia.

²⁶ Este comportamiento suele mejorar durante el embarazo en las afectadas por la bulimia, mientras que empeoran las que siguen dietas restrictivas.

²⁷ Necesidad compulsiva de manifestarse como un adolescente “duro”. Suelen imitar el comportamiento hostil de las personas que consideran son sus modelos: el camionero, el bombero, el minero, etc.

²⁸ Comportamiento anoréxico asociado a prácticas autoagresivas, como ingesta de hielo, quemarse con el cigarrillo, etc., con el fin de inhibir el ansia por la comida.

²⁹ Adolescentes diabéticos que juegan de forma patológica con la administración de insulina para tomar dulces y alcohol, disminuir/aumentar peso, hacer musculatura, etc. Suelen sufrir hipoglucemias y graves descompensaciones en la diabetes que padecen.

³⁰ Comportamiento parasuicida que, casi siempre, es un síntoma de un trastorno mucho más complejo como, por ejemplo, el trastorno límite de personalidad o la personalidad histriónica.

³¹ Chicas adolescentes que buscan al hombre débil, le dan sexo, y luego le maltratan y abandonan. Con frecuencia son personas resentidas que quieren vengarse de lo que sufrieron con el abuso sexual o cuando fueron abandonadas por su pareja o sus padres.

presencia de síntomas obsesivos, rituales y compulsiones, valoración de la impulsividad, ansiedad y capacidad de auto-control, presencia de conductas pasivo-agresivas, aceptación o no de la corporalidad (creencias irracionales, pensamientos negativos y aberraciones en la auto-percepción corporal), estilos atribucional y cognitivo, capacidad de auto-control, trastornos de aprendizaje, cohesión y adaptación familiar, exposición a otros modelos de comportamiento social, etc. Es conveniente evaluar los factores anteriores antes de decidirse por el tratamiento que parezca más pertinente.

Ninguno de estos comportamientos está incluido en las actuales nosologías y, por consiguiente, “oficialmente” no pueden considerarse como enfermedades –pues no hay todavía criterios establecidos– como tampoco está indicado cual es el abordaje más eficaz. Pero dada su alta frecuencia constituye, en mi opinión, otro de los retos actuales de la Psicología Clínica.

Respondamos, por último, a la tercera cuestión que se planteó en este epígrafe, en relación con el contexto asistencial: el extenso y generalizado ámbito de los “contenidos” de la Psicología Clínica, cuya vigencia pragmática y asistencial son todavía hoy muy escasas y el modo en que se modula la expresión de los síntomas en función de ciertos factores socioculturales.

La Psicología Clínica, en lo que se refiere al ámbito de la clínica y de la asistencia, a mi juicio, todavía no está desarrollada en modo suficiente. Ciertamente, es mucho lo que se ha hecho en las dos últimas décadas también en nuestro país, pero queda tanto por hacer... Trataré de exponer brevemente mi opinión al respecto.

La Psicología Clínica surgió a la sombra de la psicopatología y de la psiquiatría. Es lógico, por consiguiente, que siguiera el *iter*, el camino marcado por estas disciplinas, especialmente en lo que se refiere a los trastornos que eran más frecuentes y cuyo tratamiento parecía menos complejo. Dicho esto –sin intención de ofender a nadie, sino más bien asumiendo mi propia responsabilidad si es que en ello la tuviere–, hay que afirmar que tal vez la Psicología Clínica se ha visto algo limitada desde su inicial andadura. Esto no significa que no se haya introducido en el diagnóstico y tratamiento de patologías más severas como, por ejemplo, el autismo, la anorexia, la hiperactividad infantil, la esquizofrenia o la demencia. Pero todos ellos son trastornos al fin bien delimitados en el contexto de la psicopatología. Considerar, sin embargo, que este es el fondo del horizonte del psicólogo clínico, que no hay que rebasar, constituiría una torpeza injustificable.

Allí donde hay una disfunción corporal suele haber también una actitud psicológica desestructurada, un déficit de motivación, una errónea atribución acerca de lo que le sucede y, desde luego, un sufrimiento psíquico, que no se sabe bien cómo afrontar con eficacia. Es la consecuencia que espontáneamente se ofrece a nuestra observación en experiencias como las grandes catástrofes, la dificultad para la elaboración del duelo, la preparación psicológica para entrar en el quirófano o ingresar en un centro hospitalario (especialmente si nos referimos a la población infantil).

El amplio y diverso ámbito de la medicina interna, de la pediatría, de la ginecología, oncología, rehabilitación, diabetología, trasplantes, etc., así lo atestigua. Pero se trata de especializarse, con la mayor profundidad y competencia, en una determina subespecialidad, con el fin de enriquecer el ejercicio profesional, ser eficientes, aumentar las demandas y progresar en la investigación. Algo parecido podría mencionarse respecto de las unidades de hemodiálisis, quemados, enfermos terminales, etc. Y esto sin haber entrado todavía en la rehabilitación de los pacientes con enfermedades degenerativas y raras, en las que –estoy seguro de ello– el psicólogo clínico tiene mucho que aportar.

Como puede observarse, no se trata tanto de restringir el campo del psicólogo clínico a una docena de trastornos psíquicos (trastornos afectivos, ansiedad generalizada, ansiedad post-traumática, estrés, fobias, trastorno obsesivo-compulsivo, etc.). Se trata más bien de elevar el vuelo del psicólogo clínico para aliviar todo sufrimiento humano que sea psicósomático, en mayor o menor grado, y optimizar la calidad de vida del paciente. ¿Hay algún sufrimiento humano que no sea psicósomático?

Pero tampoco con ser esto mucho, es suficiente. Pondré un par de ejemplos más que me parecen aquí y ahora irrefutablemente evidentes. El primero de ellos se refiere a la prevención. Por supuesto, que esta cuestión ha sido muy poco estudiada. Pero si queremos avalorar y dignificar más aún la profesión del psicólogo clínico, es menester ocuparse de lo más eficaz, aunque se trate también de lo más difícil. ¿Se asustará alguno ante el enorme esfuerzo que esta tarea exige, cuando está en juego el sufrimiento de tantas personas dolientes? Algo parecido podría afirmarse respecto de la atención a la familia que tiene uno de sus miembros crónicamente enfermo. ¿Quién atiende psicológicamente a las familias que han sufrido el tremendo impacto de la enfermedad crónica en uno de sus hijos?

El otro ejemplo es muy distante del anterior. Me refiero a aquellos estudios epidemiológicos de ciertas alteraciones en las que se ha probado la concurrencia de numerosos factores psicológicos. De ordinario, el clínico y el epidemiólogo suelen estar profesionalmente muy alejados, por considerar tal vez demasiado distantes las disciplinas de que se ocupan. Pero a nadie con experiencia se le escapa que las interacciones entre la clínica y la epidemiología son obvias; que ninguna de ellas está subordinada a la otra, al mismo tiempo que si no se ayudan recíprocamente, ambas pierden.

Los psicólogos clínicos podrían ayudar mucho a los epidemiólogos si les trasmitiesen algo de su propia experiencia respecto de la enfermedad que se estudie. De otra parte, el epidemiólogo debería ayudar al clínico facilitándole los datos que ha obtenido. El diálogo entre ambos está condenado a ser fecundo. Y en muchos sectores, el psicólogo debiera estar presente y participar en ese diálogo interactivo. Piense el lector, por ejemplo, en la epidemiología y la prevención del consumo de drogas, de la transmisión de enfermedades sexuales o de la educación afectivo-sexual.

Hemos visto, líneas atrás, la importancia que tiene el contexto social en el origen, mantenimiento y/o extinción de las nuevas patologías infanto-juveniles emergentes. Sin embargo, ese contexto no agota la “explicación” de estos trastornos, aunque probablemente resulten imprescindibles para una mejor “comprensión” de lo que realmente sucede.

Ignoramos, por el momento, la relación que puede haber entre los nuevos trastornos infanto-juveniles y el comportamiento de los padres, del que más adelante me ocuparé. Permítanme ahora que regrese un momento a la biopsicopatología, a fin de mostrarles ciertos resultados relevantes, en algunas recientes investigaciones, en relación con el maltrato infantil.

En una investigación reciente sobre el maltrato infantil, los autores hicieron un seguimiento longitudinal en una cohorte de 1037 niños, de 3 a 11 años de edad, mediante un estudio controlado prospectivo. La muestra estudiada fue clasificada en tres grupos, en función de la presencia e intensidad de los malos tratos: “exentos” (64%), “probables” (28%), y “graves” (8%). Durante el seguimiento, la población fue evaluada a los 3, 5, 7, 9, 11, 13, 15, 18 y 21 años de edad, respecto de su comportamiento antisocial.

Al mismo tiempo se estudió en estos niños el polimorfismo funcional del gen de la MAO-A, por partir de la hipótesis de que esta variable biológica posiblemente

tiene un cierto efecto modulador sobre las consecuencias del maltrato y el futuro comportamiento infantil.

Los resultados encontrados ponen de manifiesto que en los varones con genotipo MAO-A, de baja actividad, asociado a malos tratos, se obtuvieron puntuaciones significativamente elevadas en la medida del comportamiento antisocial. Por el contrario, en los varones con genotipo MAO-A, de alta actividad, asociado a malos tratos, las puntuaciones obtenidas en la medida del comportamiento antisocial fueron significativamente más bajas.

Las diversas evaluaciones realizadas durante el estudio longitudinal pusieron de manifiesto que el 85% de los varones, con genotipo de baja actividad MAO-A y malos tratos graves, evolucionó hacia un tipo de personalidad antisocial.³²

En esta misma línea, resulta muy elocuente otra investigación realizada respecto de las posibles relaciones existentes entre la exposición al maltrato infantil y el riesgo de padecer, en la vida adulta, de trastorno límite de personalidad (TLP). Los autores realizaron un estudio prospectivo en una cohorte de 639 jóvenes y sus respectivas madres, a fin de evaluar los efectos del maltrato sobre el desarrollo cerebral infantil. Para ello se sirvieron de estudios de neuroimagen y de potenciales evocados auditivos.³³

En los pacientes adultos diagnosticados de TLP, que habían sido expuestos durante la primera infancia a acontecimientos traumáticos más graves y persistentes, los estudios de neuroimagen pusieron de manifiesto un menor volumen del hipocampo, así como ciertas anomalías en la lateralización hemisférica debido, probablemente, a una deficiente integración de los hemisferios derecho e izquierdo.

En el marco de esta misma investigación, los autores compararon los potenciales evocados auditivos en 10 niños con antecedentes de abusos sexuales y en 10 niños controles. Los niños del grupo control empleaban ambos hemisferios, con independencia de cuál fuera el contenido de los recuerdos suscitados. Por el contrario, los niños con antecedentes de abusos sexuales activaron su

³² Aunque es necesario replicar estos resultados en futuras investigaciones, no obstante, abren el horizonte investigador de las nuevas patologías infanto-juveniles, apelando a factores psicobiológicos todavía mal conocidos. El equipo investigador llegó a la conclusión de que estos genotipos probablemente moderen y modulen la sensibilidad de los niños a los efectos de ciertos factores estresantes familiares, especialmente si son calificados de “graves”.

³³ Johnson, J. G., Cohen, P., Smailes, E. M. y Bernstein, D. P. (1999). “Childhood increases risk for personality disorders during early adulthood”. *Archive of General Psychiatry*. 56, 7, pp. 600-606.

hemisferio izquierdo al recordar recuerdos neutrales y su hemisferio derecho al recordar acontecimientos dolorosos. Este diverso comportamiento cerebral pone de manifiesto un fracaso en la integración interhemisférica, resultado coincidente con lo que sucede en los adultos diagnosticados de TLP.

El equipo investigador sugiere que, probablemente, ante el temor de que el odio y la agresividad destruyan todas sus cualidades positivas, los niños que han sufrido abusos sexuales tienden a etiquetar sus representaciones del yo en categorías de “totalmente bueno” y “totalmente malo”.

De otra parte, son numerosas y concluyentes las investigaciones que ponen de manifiesto que los acontecimientos traumáticos sufridos en la primera infancia conducen a una sensibilización persistente del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal. Según parece, es muy intensa la vulnerabilidad del hipocampo a los efectos del estrés, durante la temprana infancia, como consecuencia de la alta densidad de receptores disponibles a los glucocorticoides.

Esto significa que como consecuencia de una exposición sostenida a los malos tratos, durante la infancia, probablemente se genere una hiper-reactividad del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal y, en consecuencia, del sistema nervioso autónomo. Los malos tratos, sin duda alguna, suscitan un aumento de la secreción del factor liberador de corticotropina (CRF), lo que unido al aumento de la sensibilidad de los receptores a la CRF, que también es condicionada por ellos, explicaría los efectos que antes se han mencionado.

De hecho, se ha probado que en mujeres que sufren de depresión mayor y tienen antecedentes de malos tratos durante la infancia, la respuesta a la ACTH, y por tanto al estrés, es seis veces mayor que en las mujeres, equiparadas en edad, del grupo control.

Los datos anteriores nos ilustran acerca de porqué resulta tan problemático agrupar términos como “genes”, “cerebro” y “factores biológicos” como si fueran conceptos completamente ajenos a otros como “ambiente”, “mente” y “psicosocial”. A pesar de estas dificultades es preciso recordar que todos esos diferentes factores se hacen convergentes y concitan en la singularidad irrepetible de cada persona.

Sin duda alguna, estos acontecimientos psicosociales estresantes pueden causar alteraciones biológicas persistentes en el cerebro. Los resultados hallados en estas investigaciones tal vez contribuyan a explicar también porqué el tratamiento del

TLP con la nueva generación de antidepresivos inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) mejora su comportamiento. También aquí conviene recordar la importante función serotoninérgica del eje hipotálamo-hipófisis-suprarrenal.

De acuerdo con los autores antes citados, puede postularse una estrecha vinculación entre los acontecimientos traumáticos infantiles y el incremento del riesgo de padecer, cuando adultos, de trastorno límite de personalidad. Los datos disponibles permiten sostener en la actualidad que el abandono parental y el abuso sexual infantil muy probablemente estén relacionados con el trastorno límite de personalidad. Algunos autores sostienen, además, una cierta proporcionalidad entre la intensidad de estos factores hipotéticos y la gravedad de los síntomas de los trastornos de personalidad. Cuanto mayor sea la incidencia traumática de aquellos, más graves serán los síntomas que se manifiestan en el TLP.

Los ejemplos aquí descritos ponen de manifiesto la extensión inabarcable del ámbito profesional del psicólogo clínico; de la conveniencia de trabajar en equipo con muy diversos profesionales; y de su necesidad de especialización. En mi opinión, todo ello constituye un evidente reto para el psicólogo y el psiquiatra, que en modo alguno podía aquí silenciar.

Observemos ahora el modo en que el contexto sociocultural modifica y reconfigura la expresión sintomática de los trastornos psíquicos. En modo alguno, se trata aquí de sustanciar y adensar las hipótesis ambientalistas acerca de la etiología de estos trastornos, como sucedió en pasadas décadas. La cuestión a la que me refiero es demasiado conocida por los profesionales de la salud. Sin duda alguna, es preciso admitir la existencia de una inmensa constelación de factores socioculturales que pueden facilitar, suscitar, desencadenar, disminuir o aumentar la expresividad de la sintomatología psicopatológica.

El clínico avezado reconocerá enseguida a qué me refiero, especialmente en la actual situación por la que está pasando nuestro país. El desempleo, la incertidumbre ante el futuro, la desestructuración de la familia, la pérdida de la autoridad y la ausencia de dedicación de padres y profesores, el hedonismo, la crisis de valores, etc., son factores que configuran de un modo nuevo –y mucho más grave– las manifestaciones y el porvenir de los trastornos psíquicos.

Ese *plus* que se añade a las manifestaciones psicopatológicas tradicionales las enrarece y transforma, de acuerdo con una complejidad creciente, que hace que su pronóstico sea todavía más sombrío.

La actualidad de esta cuestión tiene un largo pasado. No debemos olvidar aquí la aspiración de algunas clasificaciones de trastornos mentales (especialmente el DSM) a convertirse en un manual nosológico de aplicación transcultural, hasta el extremo de haber postulado algunos “síndromes culturales psiquiátricos”. Es más, la misma APA sostiene que los cambios culturales modifican el perfil sintomático en psicopatología.

No se trata de restablecer con ello la vieja discusión acerca de la naturaleza de estos trastornos, y reponer así el dilema entre biología o cultura.³⁴ Tampoco se trata de reducir los trastornos psíquicos a una mera “construcción social”, como en el pasado reciente nos han hecho considerar algunos autores.³⁵

Lo que aquí importa es conocer qué papel juega unas determinadas circunstancias culturales en la expresión y causa de los síntomas y en el diagnóstico, evolución, pronóstico y tratamiento de las enfermedades. Forma parte de la concepción social de estos trastornos –y parte importante– el papel de los profesionales a los que concierne su tratamiento (psicólogo, psiquiatra, asistente social, etc.), así como otros muchos factores que también están implicados (redes sociales de apoyo, indicadores de recuperación, minusvalías, dependencia, perspectiva jurídica de la incapacidad, responsabilidad, atenuantes, eximentes, etc.). Obviamente, en el moldeamiento estructural de dichas manifestaciones y de las atribuciones que de ellas se hacen, pesa mucho también la acogida, la aceptación y la respuesta personal y social de los pacientes.

La estructura de la familia y los diversos recursos de que dispone³⁶ impactan, sin duda alguna, en el diagnóstico clínico y su evolución, y plantean al psicólogo algunos dilemas como la comprensión/explicación (*verstehen/erklären*) y la singularidad/universalidad del trastorno.³⁷ ¿Puede aplicarse una misma nosología en diversos contextos socioculturales? Esta pregunta surgió en EE. UU., una vez que hizo crisis el diagnóstico de esquizofrenia y otros trastornos psicóticos al aplicarlos en diversos grupos étnicos. A lo que parece, las enfermedades psíquicas

³⁴ Dilema que ha sobrevivido a varios siglos, aunque con formulaciones diversas: *natura naturans* y *natura naturata*, *Naturwölker* y *Kulturwölker*, *nature* y *nurture*, etc.

³⁵ Foucault, M. (1967). *Historia de la locura en la época clásica*. Fondo de Cultura Económica. México; Cooper, D. (1971). *Psiquiatría y antipsiquiatría*. Paidós. Buenos Aires; Basaglia, F. (1972). *La institución negada*. Barral Editores. Barcelona; Bateson, G. *Doble vínculo y esquizofrenia*. Carlos Lohlé. Buenos Aires; cfr. Polaino-Lorente, A. (1991). “Model Theory and Psychiatry”, en Seva, A. (Dtor.): *The European handbook of Psychiatry and Mental Health*, I. Ed. Anthropos. Barcelona, pp. 182-190.

³⁶ Polaino-Lorente, A. (2000). *¿Qué puede hacer el médico por la familia del enfermo?* Rialp. Madrid.

³⁷ Polaino-Lorente, A. (1998). *Psicología Patológica*. UNED. Madrid, vol. 1, pp. 85-92.

más biológicas o mejor identificadas desde una perspectiva biológica (demencia, esquizofrenia y otros trastornos psicóticos, trastorno bipolar, depresión mayor, etc.) presentan un perfil sintomático más estable, consistente y universal. Pero, ¿sucede del mismo modo con el lenguaje desorganizado e incoherente, el comportamiento catatónico, los síntomas negativos de la esquizofrenia, los delirios y la magia, hechicería o brujería, las alucinaciones y las voces de contenido religioso o el pensamiento mágico y/o religioso?

Sería absurdo resolver esta misteriosa cuestión apelando a solo el determinismo sociocultural, que reza: “En el principio, era la cultura...” No es admisible, con los datos de que disponemos en la actualidad, apelar a solo la cultura para explicar ciertas atribuciones que luego se proyectan sobre estos trastornos. Pensar los trastornos psíquicos en términos de una mera “construcción social” no dejaría de ser otra cosa que la “locura socialmente construida”; un simple chivo expiatorio apto para ser sacrificado en el altar del control social.³⁸

Pero igualmente absurdo sería relativizar la importancia desempeñada por otros factores culturales muy numerosos (consumo de drogas, estilos de vida, control social e institucional, desestructuración familiar, ingeniería social y otras formas coactivas de normalización forzada del comportamiento humano) en la epidemiología, patoplastia y respuesta al tratamiento³⁹ de estos trastornos. Algo parecido puede sostenerse respecto de cómo esas manifestaciones patológicas afectan a la familia⁴⁰ y a la entera sociedad.

En el ámbito de la *etno-psicopatología*, es preciso realizar una profunda reflexión –y posterior comprobación– acerca de la coherencia o confusión de los términos psicopatológicos respecto de sus propios significados en los diversos marcos culturales. En el paradójico momento presente, en el que tanto se habla de “choques” y/o “alianzas” de civilizaciones, parece necesario evaluar el alcance de los cambios de paradigmas culturales en relación a un posible y nuevo moldeamiento psicopatológico de algunos de estos trastornos.⁴¹ Pues, como sostiene Jenkins⁴² a propósito de la esquizofrenia, “la naturaleza de la

³⁸ Cfr. a este respecto, el relativismo antropológico manifestado, por ejemplo, por Goddard, M. (1998). “What Makes Hari Run? The Social Construction of Madness in a Highland Papua New Guinea Society”. *Critique of Anthropology*, 18, 1, pp. 61-81.

³⁹ Tseng, W-S. (1999). Culture and Psychotherapy: Review and Practical Guidelines”. *Transcultural Psychiatry*, 36, 2, pp. 131-179.

⁴⁰ Polaino-Lorente, A. (1997). *El impacto del niño autista en la familia*. Rialp. Madrid.

⁴¹ Kimayer, L. J. (1998). “The Fate of Culture in DSM-IV”. *Transcultural Psychiatry*, 35, 3, pp. 339-342.

⁴² Jenkins, J. (1998). “Diagnostic Criteria for Schizophrenia and Related Psychotic Disorders. Integration and Suppression of Cultural Evidence in DSM-IV”. *Transcultural Psychiatry*, 35, 3, 357-376.

cultura es fundamental a toda experiencia humana, no importa si es normal o si es psicopatológica. La cultura invariablemente da forma a todos los síntomas emocionales, cognoscitivos y del comportamiento que son evaluados en el encuentro diagnóstico”.

Arrojar cualquier trastorno en los brazos de lo que está de moda en una concreta coyuntura cultural –o prescindir por completo de ello–, no ayudará a comprender y explicar mejor ese trastorno. Al proceder así se incurre, sencillamente, en la *reificación cultural* de ese trastorno psíquico. ¿Es que acaso es indiferente, por ejemplo, la anorexia a lo que de ella se diga y cómo se interprete socialmente?

Es preciso que la psicopatología y la Psicología Clínica se pongan a buen recaudo –hasta donde fuere posible– del modo en que la sociedad formula, interpreta y registra los trastornos psíquicos, apresándolos y cristalizándolos a través de ciertas formas de expresión lingüística. Si la Psicología Clínica y la psicopatología no se blindan contra estas estereotipias, acabarán subrepticamente por incluirlas como hipótesis de trabajo en sus propias investigaciones, con lo que estaría servida, desde sus orígenes, la “contaminación cultural” de los resultados obtenidos en esas investigaciones. ¿Podremos hacerlo?

Esto no quiere decir que el comportamiento psicopatológico no pueda ser estigmatizado, reinterpretado y culturalmente atribuido a lo que no es –origen y génesis de las estereotipias–, en función de las circunstancias históricas y de ciertos parámetros axiológicos –por otro lado, cambiantes– que caracterizan a la concreta sociedad en que impactan. ¿Está preparado el psicólogo clínico para atender al paciente, cualquiera que fuere la índole de sus tradiciones, etnia y raíces culturales? ¿Las conoce el psicólogo clínico? En un mundo multicultural, ¿puede establecerse el mismo tipo de alianza psicoterapéutica o emplearse idénticos procedimientos con los pacientes, si se ignoran aquellas?

Parece pertinente recordar aquí la relevancia de las diferentes experiencias vitales en los diversos sistemas de representación de la realidad. Entre el mundo vivencial, personal y social del paciente y el del terapeuta se levanta un muro infranqueable: el de la mediación. Me refiero, claro está, a la mediación del lenguaje, los símbolos, las jerarquías de valores, las formas estéticas, las normativas jurídicas, los ordenamientos sociales, las creencias religiosas, etc. Si ese muro no se perfora mediante el conocimiento, es bastante probable que ni el diagnóstico ni la terapia sean las acertadas.

¿Cuáles pueden ser las futuras repercusiones, en un mundo cada vez más interconectado por las nuevas tecnologías, sobre el moldeamiento de la expresión sintomática en psicopatología? ¿Puede hablarse en este contexto de la abolición de la singularidad y especificidad sociocultural a expensas de la confusión multicultural? ¿Estamos ante otra forma de universalización de los síntomas a causa del isomorfismo sociocultural? ¿Es posible ese isomorfismo homogeneizador de tipo cultural? ¿Acaso ha sido realmente verificado?

Sin duda alguna, los criterios por los que se optó para establecer las diversas categorías diagnósticas en las actuales nosologías pueden calificarse de atinados, y pueden sintetizarse en los siguientes: “su utilidad clínica, su confiabilidad, su validez descriptiva, el desempeño psicométrico que caracteriza a los criterios individuales, y un copioso número de variables de validación. Sin duda alguna, se optó por la neutralidad descriptiva libre de sesgos teóricos o culturales.” De acuerdo con estos criterios, cada trastorno debería ser evaluado conforme a la integridad de la persona, los peligros para la vida y su cabal desenvolvimiento en la sociedad. Sin embargo, el actual pluralismo cultural pone de manifiesto, una vez más, que no disponemos de tal ordenamiento social homogéneo. Dicho con otras palabras: que entre las diversas poblaciones que conviven en la *city*, no hay un acuerdo común respecto la existencia de un ordenamiento normativo que haya sido sancionado culturalmente.

De acuerdo con lo que se acaba de sostener, hay que afirmar que no hay, por el momento, una clasificación perfecta y única que satisfaga las condiciones anteriores; que cualquier clasificación es siempre provisional, como cualquier sistema clasificatorio genera sus propias anomalías y ambigüedades, por lo que se le puede suponer un cierto carácter arbitrario y conjetural; y que cada categoría diagnóstica no es una entidad perfecta, cerrada en sí mismas, delimitable, y que pueda incluirse en un espacio clasificatorio homogéneo y universal.

No obstante, es preciso reconocer el esfuerzo realizado por las nosologías y la valiosa ayuda que prestan al psicólogo clínico en su práctica profesional, pues conforme a estos criterios (neo-kraepelinianos), los trastornos psíquicos son considerados como discretos y heterogéneos, por lo que son distinguibles y no se superponen entre sí; los síntomas se asumen como marcadores positivos que pueden ser explicitados de forma confiable, a pesar de que no sean indicadores etiológicos; y se sitúan en el marco de lo orgánico aunque, ciertamente, todavía su conocimiento sea insuficiente. Es de esperar que en las futuras revisiones nosológicas se incluyan nuevos indicadores (bioquímicos, genéticos,

neurofisiológicos, cognoscitivos, psicológicos, psicodinámicos, sociales y espirituales) que, como rasgos distintivos específicos, permitan identificar mejor y diferenciar a unos de otros trastornos.

En todo caso, la persona no es reductible a su comportamiento, como tampoco ninguno de estos trastornos es reductible a su emotividad, cognición, percepción, memoria, etc., aisladamente consideradas. Del mismo modo, ninguna de estas funciones es reductible a una o varias neuroimágenes cerebrales, por muy sofisticadas y alta resolución que tengan.

Sería preciso, además, que se cruzasen, entre todos y cada uno, los posibles datos provenientes de las neuroimágenes cerebrales, el genoma, los síntomas clínicos, algunos indicadores de tipo bioquímico, y ciertas variables de tipo social, potencialmente moduladoras, de modo que se desvelase las correlaciones e interacciones que hay entre ellos.

Con el ensamblaje de los resultados de los anteriores ámbitos epistemológicos podría configurarse un modelo integrador, que sería muy útil para evaluar la eficacia diferencial de los diversos procedimientos, estrategias y aprendizajes empleados para la modificación de las funciones psicológicas alteradas. Sólo así podría avanzarse en el ámbito de la prevención de esos trastornos. Conviene no olvidar que la predicción pasa por la predictibilidad diferencial de cómo actúan las causas y motivos, siempre que esto haya sido antes verificado.

A modo de ejemplo, apelaré a algunos resultados recientes que avalan cuanto aquí se ha afirmado. Se trata del modo cómo influyen ciertos factores socioculturales en la formación de nuevas neuronas (*neurogénesis*) en los adultos.⁴³

Pero antes, recordemos lo que se ha afirmado, líneas atrás, a propósito de que las nuevas patologías infantiles emergentes, lo que parece estar relacionado con el apego infantil temprano.⁴⁴ Dado que el apego (*attachement*) y las relaciones objetales contribuyen a la elaboración de los componentes básicos de las representaciones del yo, es lógico que la vinculación padres-hijos sea tan primordial y significativa.

⁴³ Lieberwirth, C., and Wang, Z. (2012). "The social environment and neurogenesis in the adult mammalian brain". *Frontiers in Human Neuroscience*, 6, pp. 2-19.

⁴⁴ Vargas, T., y Polaino-Lorente, A. (1996). *La familia del deficiente mental. Un estudio sobre el apego afectivo*. Pirámide. Madrid.

En estas circunstancias, no tiene nada de excepcional que un estado afectivo hipervigilante y ansioso condicione una percepción persecutoria de las figuras parentales y, en consecuencia, la victimización del yo (y como consecuencia de ello, por ejemplo, la dependencia afectiva)

Esto sucede también en la relación entre adultos. Por consiguiente, el apego adulto-adulto (la amistad) no solo alivia la soledad, modifica la afectividad y mejora el comportamiento –a través de la empatía comprensiva y el hecho de compartir ciertos problemas, frustraciones y alegrías–, sino que contribuye también a la formación de nuevas neuronas (neurogénesis). Inicialmente se prestó más atención a los factores traumáticos⁴⁵ y endógenos que modulan este proceso (neurotransmisores, elementos tróficos, hormonas⁴⁶, etc.). En la última década el foco de la atención de los investigadores ha variado, y se ha puesto en los factores sociales del medio.

Se ha demostrado que también estos factores modulan la neurogénesis y la interacción químico-sensorial neuronal en los adultos, especialmente cuando mejora el soporte social y disminuyen las interacciones de dominio-subordinación. La salud de las personas con una relación marital estable, que comparten su intimidad, correlaciona de forma significativa con una mejor función inmunológica y un buen funcionamiento del corazón, circunstancia que no se da en las personas que viven solas o con conflictos conyugales. En estas últimas, su salud correlaciona de forma significativa con una mayor vulnerabilidad a los trastornos depresivos y al consumo de drogas.⁴⁷

Algo parecido acontece respecto de la neurogénesis en las relaciones de apego entre padres e hijos (tanto en la gestación⁴⁸ como en la parentalidad⁴⁹

⁴⁵ Zheng, W., Zhuge, Q., Zhong, M., Chen, G., Shao, B., Wang, H., Mao, X., Xie, L., and Jin, K. (2011). Neurogenesis in adult human brain after traumatic brain injury. *J. Neurotrauma*, 10, 1212.

⁴⁶ Pawluski, J. L., Barakauskas, V. E., and Galea, L. A. (2010). "Pregnancy decreases oestrogen receptor alpha expression and pyknosis, but not cell proliferation or survival, in the hippocampus". *J. Neuroendocrinol.* 22, 248–257.

⁴⁷ Bridges, R. S., and Bridges, R. S. (2008). *Neurobiology of the Parental Brain*. Academic Press. London.

⁴⁸ Oatridge, A., Holdcroft, A., Saeed, N., Hajnal, J.V., Puri, B. K., Fusi, L., and Bydder, G. M. (2002). "Change in brain size during and after pregnancy: study in healthy women and women with preeclampsia". *Am. J. Neuroradiol.* 23, pp. 19–26; Brus, M., Meurisse, M., Franceschini, L., Keller, M., and Levy, F. (2010). "Evidence for cell proliferation in the sheep brain and its down-regulation by parturition and interactions with the young". *Horm. Behav.* 58, pp. 737–746.

⁴⁹ Winberg, J. (2005). Mother and new-born baby: mutual regulation of physiology and behaviour – a selective review. *Dev. Psychobiol.* 47, pp. 217–229.

y en la exposición al cuidado⁵⁰ y crianza de los hijos⁵¹). En conclusión, que las interacciones sociales –especialmente en el ámbito de la familia– modulan la formación de neuronas en los adultos –su proliferación, diferenciación y supervivencia– y, a su través, afectan las funciones fisiológicas cerebrales, la afectividad y el comportamiento.

Por el contrario, la exposición a estímulos negativos (aislamiento social e interacciones aversivas que aumentan el estrés psicosocial)⁵² empeora la formación de nuevas neuronas. En cambio, la exposición a estímulos positivos facilita la proliferación de nuevas neuronas y su supervivencia en las diferentes regiones cerebrales.

Retos psicoterapéuticos de la Psicología Clínica

Son numerosos los retos que la actual Psicología Clínica encuentra en el ámbito de las psicoterapias. Sin duda alguna, el paradigma de la terapia comportamental-cognitiva es el marco que en el momento actual tiene mayor vigencia y frecuencia de uso. Para justificar lo que se acaba de afirmar bastaría con realizar una exploración bibliométrica sobre el particular. Cuestión bien diferente es tratar de explicar cómo se pasó –de forma tan radical y en tan breve tiempo– de la terapia conductual a la terapia cognitiva,⁵³ o cómo se han llegado a fusionar –con cierta confusión o no–, cuando tiempo atrás parecían del todo contradictorias y excluyentes, e imposible su integración.

Sea como fuere, el hecho es que la inmensa mayoría de los profesionales de la salud han optado por este marco psicoterapéutico, seguido por la terapia humanística y la terapia dinámica. Sin embargo, hoy se estima en casi tres centenares el conjunto de escuelas, modelos y diversos procedimientos psicoterapéuticos, con independencia de que luego cada terapeuta integre algunos de ellos o no, en su quehacer clínico.

⁵⁰ Graziano, E., Bonino, S., and Cattelino, E. (2009). "Links between maternal and paternal support, depressive feelings and social and academic self-efficacy in adolescence". *Eur. J. Dev. Psychol.* 6, pp. 241–257.

⁵¹ Clelland, C. D., Choi, M., Romberg, C., Clemenson, G. D. Jr., Fagniere, A., Tyers, P., Jessberger, S., Saksida, L. M., Barker, R. A., Gage, F. H., and Bussey, T. J. (2009). "A functional role for adult hippocampal neurogenesis in spatial pattern separation". *Science*, 325, pp. 210–213.

⁵² Lieberwirth, C., Liu, Y., Jia, X., and Wang, Z. (2012). "Social isolation impairs adult neurogenesis in the limbic system and alters behaviors in female prairie voles". *Horm. Behav.* 10, p. 1016.

⁵³ Se ha dicho que la Psicología en España se acostó un día conductual y se levantó cognitivista el día siguiente.

He aquí uno de los retos que hay que afrontar y tratar de resolver. Esta necesidad es urgente, pues en cada escuela terapéutica se parte, de hecho, de un “modelo antropológico implícito”, que permanece en estado latente, sin que se explicita o someta a debate y/o verificación por los diversos profesionales que los emplean por otros diferentes.

Los psicoterapeutas se ocupan del mismo núcleo del ser de la persona: de su estilo de vida; de sus convicciones, deseos, pensamientos y afectos; de sus fracasos, frustraciones y ansiedades; de sus problemas y expectativas; es decir, del fondo y profundidad de la interioridad humana, de la costura entre el alma y el cuerpo, del alma del alma de la persona.

Entre los muchos retos actuales que hoy plantea el quehacer psicoterapéutico podrían mencionarse aquí los siguientes: la identidad diagnóstica de los pacientes (y de otras numerosas características y rasgos de personalidad) y su inclusión aleatoria en el mismo grupo objeto de una determinada terapia; la diversidad de las opciones y escuelas psicoterapéuticas y sus relativos fundamentos empíricos; la descripción más rigurosa posible de los procedimientos empleados, paso a paso; las precisas indicaciones de en qué trastornos son más eficaces, por ser más específicas y selectivas⁵⁴; la eficacia diferencial comparativa⁵⁵ entre los diversos procedimientos psicoterapéuticos, y la necesaria y previa información al cliente; el establecimiento del concreto objetivo terapéutico así como la periodicidad, el coste, y la duración de la terapia; la predicción del resultado que se espera obtener; la evaluación del alcance terapéutico, no tanto de los resultados obtenidos como de la investigación de los mismos procesos⁵⁶; el perfil de la personalidad del terapeuta y las habilidades de que dispone o debiera disponer; la mayor o menor adecuación entre esos rasgos de personalidad y el modelo o la escuela de psicoterapia en la que se ha formado el terapeuta; el tipo de relación terapeuta-cliente y sus efectos en el proceso terapéutico; etc.

Algunas de las anteriores cuestiones han comenzado a afrontarse en las dos últimas décadas, aunque todavía con desigual eficacia. Un hecho cierto es que no puede sostenerse la afirmación de que “cualquier tratamiento mejora cualquier

⁵⁴ Seligman, M. E. P. (1995). “The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study”. *American Psychologist*, 50, pp. 965- 974.

⁵⁵ Hager, W., Leichsenring, E., and Schiffler, A. (2000) “When does a study of different therapies allow comparisons of their relative efficacy?”. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 50, 2, pp. 51-62.

⁵⁶ Leichsenring F (2001) Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy and cognitive-behavioral therapy in depression: a meta-analytic approach. *Clin Psychol Rev*. 3, pp. 401-19.

trastorno”. No obstante, algunos autores postulan que no puede establecerse superioridad alguna entre los diversos procedimientos psicoterapéuticos, lo que conduciría a la sospechosa conclusión de la *homogeneización y equivalencia* de la mayoría de los procedimientos terapéuticos.

Tal conclusión no parece que pueda sostenerse desde la perspectiva científica, especialmente en lo relativo a las funciones y procesos psico(pat)ológicos que resultan modificados por las diversas intervenciones. De aquí que las nuevas tendencias hayan optado por lo que, con demasiado énfasis, se ha dado en llamar psicoterapias y tratamientos psicológicos *basados en la evidencia*.⁵⁷

Los tratamientos y terapias psicológicas basados en la evidencia son, sin duda alguna, la última tendencia (al menos teórica) en la investigación de la psicoterapia. Una tendencia ésta que acaso haya contraído cierta dependencia con la última “moda” científica. Pero, no obstante, está mostrando un generoso esfuerzo por tratar de objetivar mejor los efectos de las psicoterapias. De hecho, el entrenamiento en habilidades sociales para la prevención de la delincuencia juvenil, por ejemplo, ha seguido también esta pauta y, al parecer, con resultados positivos.⁵⁸

A ello es preciso sumar los recientes procedimientos basados en las nuevas tecnologías de la información y de la comunicación⁵⁹, especialmente las tecnologías de realidad virtual, de realidad aumentada y la telepsicología basada en Internet. Son procedimientos de auto-ayuda que los pacientes pueden emplear independientemente y de forma auto-administrada para problemas específicos (sobrepeso, fobias diversas, hiperactividad infantil, adicción a nuevas tecnologías, inducción de sentimientos positivos en personas mayores, etc.). Algunos de estos programas están protocolizados y su eficacia se evalúa de acuerdo con la psicología basada en la evidencia.

⁵⁷ Medrano, L. A. (comp.). (2011). *Prácticas en salud basadas en la evidencia*. Universidad Nacional de Córdoba. Argentina; cfr Labrador, F.J., Echeburúa, E. y Becoña, E. (2000). *Guía para la elección de tratamientos psicológicos efectivos: hacia una nueva Psicología Clínica*. Madrid: Dykinson; Lyddon, W. J., y Jones, J. V. (2002). *Terapias cognitivas con fundamento empírico*. Manual Moderno. México; Labrador, F.J., Vallejo, M.A., Matellanes, M., Echeburúa, E., Bados, A. y Fernández-Montalvo, J. (2003). *La eficacia de los tratamientos psicológicos. Documento de la Sociedad Española para el avance de la Psicología Clínica y de la Salud*. Siglo XXI. Noviembre de 2002. INFOCOP. 17, 25-30.

⁵⁸ Livacic-Rojas, P., Espinoza, M., y Ugalde, F. (2004). “Intervenciones psicológicas basadas en la evidencia para la prevención de la delincuencia juvenil. Un programa de habilidades sociales en ambientes educativos”. *Terapia psicológica*, 22, 1, pp. 83-91.

⁵⁹ Botella, C., Quero, S., Serrano, B., Baños, R. M., y García-Palacios, A. (2009). “Avances en los tratamientos psicológicos: La utilización de las nuevas tecnologías de la información y la comunicación”. *Anuario de Psicología*, 40, 2, pp. 155-170.

Dado que comienzan a ser numerosas las publicaciones científicas que sobre psicoterapia incluyen la voz “evidencia”, parece conveniente realizar alguna reflexión acerca de la evidencia. La evidencia se entiende aquí como la “práctica clínica basada en la evidencia, es decir, la práctica clínica basada en estudios difundidos en publicaciones científicas. Los trabajos publicados han de ser revisados con esmero por los autores más expertos, para asegurar su autenticidad. La calidad depende del rigor científico y de los métodos empleados en la obtención, análisis e interpretación de los datos. Ningún estudio es suficiente por sí solo, en lo relativo a la calidad de su diseño, para servir de base a la evidencia. Los resultados obtenidos deben ser verificados de nuevo en varios ensayos, y las conclusiones han de ser consistentes. La fuerza o grado de evidencia acumulada por cualquier intervención se atribuye al nivel de evidencia.”⁶⁰

En este sentido, se está tratando de la evidencia epistemológica, según la cual si un hecho, fenómeno o conclusión es evidente, entonces una proposición acerca de ello –con tal que lo describa rigurosamente– tendrá que ser evidente. Subyace aquí una confusión, porque por muy evidente que sea un hecho y rigurosa que fuere la proposición que lo describe, el soporte de la evidencia no reside en la relación entre ellos. En realidad, la “evidencia epistemológica”, tal y como hoy se entiende, es más bien una “evidencia de credibilidad”, que se apoya en la *certidumbre* de una proposición. Otra cosa es la “evidencia objetiva” que excluye el error y la duda; pero no así la “evidencia de credibilidad”.

Ni la liberación del error ni la liberación de la duda convierten una conclusión en evidente.⁶¹ Entre otras razones, porque para que tal conclusión fuese evidente, siguiendo a Husserl,⁶² habría que someterla a “la verificación actual de la identificación adecuada”. Pero tal verificación en el ámbito de los jueces de la ciencia psicológica positiva, en modo alguno se lleva a cabo. Por consiguiente, cuando en el contexto clínico se emplea el término evidencia, nos estamos refiriendo a la “evidencia de la positividad” o “evidencia de una aserción”, que se diferencia y distingue de la “evidencia trascendental”, de la “evidencia apodíctica” y de la “evidencia adecuada”.

⁶⁰ Polaino-Lorente, A. (2005). *Glosario de Psicopatología*. Texto mimeado. Departamento de Psicología. Universidad CEU San Pablo.

⁶¹ Recuérdese a este respecto la paradoja de Hempel o “paradoja de los cuervos”. De acuerdo con Nicod, para la confirmación de las hipótesis y la fundamentación de generalizaciones la condición menos controvertida es que las observaciones que corroboran o no corroboran las hipótesis mantengan la misma relación con los equivalentes lógicos de esas hipótesis.

⁶² Husserl, E. (1982). *Investigaciones lógicas*. 2 vols. Traducción de M. García Morente. Alianza. Madrid.

Hacia una Psicología Clínica de la persona: la referencia a una antropología realista

A lo que parece los trastornos psicopatológicos pueden “reificarse”, independiente y aisladamente (o en su conjunto), en función de cada una de las dimensiones que consideramos al inicio de esta exposición como constitutivas de la condición humana (la persona como un ser bio-psico-socio-espiritual). Con independencia de que el contenido de estos reduccionismos sea contraproducente o no, asistimos hoy a sucesivas reificaciones (biológica, psicológica, social y psicoterapéutica) de la Psicología Clínica, de las que líneas atrás ya se ha hecho mención.

Es cierto que la psicoterapia se apoya más en el espíritu que en las estrategias y técnicas terapéuticas, por innovadoras que éstas sean. Las psicoterapias tienen su fundamento en el espíritu humano sin que se reduzcan a los procedimientos de los que éste necesariamente ha de servirse. En una palabra: la psicoterapia no es algo meramente procedimental sino espiritual.⁶³

Ciertamente, de la dimensión espiritual o religiosa nada se ha dicho, a pesar de que también ésta puede emplearse para la *reificación* o el esclarecimiento de los trastornos psíquicos y de la Psicología Clínica.⁶⁴

Mencionaré a continuación dos hechos en que puede fundamentarse la última hipótesis establecida. En primer lugar, el hecho de que la APA haya introducido entre sus categorías diagnósticas los trastornos psíquicos relativos

⁶³ También aquí parece haberse sustituido el espíritu por la técnica; pero tal reducción no está justificada en modo suficiente. En cualquier caso, en un principio no fue así. Confrontar, por ejemplo, la excelente obra de Zweig, S. (1935). *La curación por el espíritu*. Apolo. Barcelona. De otra parte, son numerosos los prestigiosos psicoterapeutas que hoy sostienen la apelación a “un modelo integrado que tenga un poder explicativo más fuerte que las perspectivas individuales”. Cfr Beck, A. T. (1988) “Terapia cognitiva, terapia conductual, psicoanálisis y farmacoterapia, un continuo cognitivo”, en Mahoney, M. J., y Freeman, A. *Cognición y psicoterapia*. Paidós. Barcelona, p. 353.

⁶⁴ Sorprende la franqueza y claridad con que Joseph Ratzinger aborda este problema, cuando escribe: “hay formas de religión degeneradas y morbosas, que no edifican al hombre, sino que lo alienan. [...] E incluso religiones a las que se debe reconocer grandeza moral y el empeño por hallarse en el camino hacia la verdad, pueden ser morbosas en algunos trechos de su camino [hinduismo, saktismo, islam...] Y, claro está, existen también, como todos sabemos perfectamente, formas morbosas de lo cristiano: por ejemplo, cuando los cruzados, al conquistar la ciudad santa de Jerusalén, en la que Cristo había muerto a favor de todos los hombres, realizaron, por su parte, un baño de sangre entre musulmanes y judíos” Ratzinger, J. (2005). *Fe, verdad y tolerancia*. Sígueme. Salamanca, pp. 177-178.

a la espiritualidad.⁶⁵ Y, en segundo lugar, las numerosas publicaciones que hacen referencia explícita a la vinculación entre cerebro y religión.

En realidad, basta con que un nuevo descubrimiento irrumpa en la comunidad científica para que de inmediato sea divulgado por los *mass media* –como acaba de suceder con el bosón de Higgs– y vuelva a opinarse acerca de ello y de las supuestas o dudosas relaciones existentes entre Dios, el ateísmo, el agnosticismo y el cerebro humano. El hecho acaba por postularse, en la mayoría de las ocasiones, como un problema científico, religioso o mixto.

Sin embargo, muy poco o casi nada se dice acerca de las formas patológicas de vivir las propias convicciones religiosas, ni de las manifestaciones psicopatológicas que emergen de aquellas en algunas personas, ni de las consecuencias y causas psicopatológicas de esas manifestaciones, todo lo cual debiera atenderse desde la perspectiva del hecho religioso, la psicopatología y la historia comparada de las religiones. En este mismo contexto profesional no constituye una rara excepción los profesionales que *a priori* psicopatologizan cualquier comportamiento religioso de sus pacientes, a pesar de que sea coherente (*sense of coherence*) con las propias convicciones y las exigencias de la fe religiosa que profesan.⁶⁶

De otra parte, hay también otra vinculación –eludida y silenciada en el pasado– cuya atención en este contexto parece pertinente. Me refiero a la relación entre psicoterapia y espiritualidad.

⁶⁵ Los problemas religiosos o espirituales (V62.89) fueron incluidos por la DSM-IV en el eje cinco. Cfr Turner, R. P., Lukoff, D., Barnhouse, R. T., Lu, F. G. (1995). "Religious or spiritual problem. A culturally sensitive diagnostic category in the DSM-IV". *J Nerv Ment Dis*, 183, 7, pp. 435-444; Lukoff, D., Lu, F. G., Turner R. (1995). "Cultural considerations in the assessment and treatment of religious and spiritual problems". *Psychiatr Clin North Am*, 18, 3, pp. 467-485; Lukoff, D., Lu, F., and Turner, R. (1992). "Toward a more culturally sensitive DSM-IV. Psychoreligious and psychospiritual problems". *J Nerv Ment Dis*, 180, 11, pp. 673-682; Greenberg, D., & Witztum, E. (1991). "Problems in the treatment of religious patients". *American Journal of Psychotherapy*, 45, 4, pp. 554-565.

⁶⁶ Afortunadamente, la insensibilidad cultural de la psiquiatría respecto de la dimensión religiosa o espiritual de los pacientes se está corrigiendo en la actualidad. Desde la arrogancia de algunos profesionales –sin fundamento científico alguno– se despreciaba o calificaba mal el hecho religioso, a pesar de que tal modo de proceder suscitase errores diagnósticos y terapéuticos e indujese a una negligente y mala práctica. La publicación en 1990 por la APA de una Guía práctica sobre estos conflictos (*Guidelines Regarding Possible Conflict Between Psychiatrists' Religious Commitments and Psychiatric Practice*) está contribuyendo, sin duda, a un cambio de perspectiva. Esta guía, de acuerdo con sus propias palabras, enfatiza cuál ha de ser la actitud de los psiquiatras respecto de las creencias del paciente: "los psychiatrists should maintain respect for their patient's beliefs ... and not impose their own religious, antireligious, or ideologic systems of beliefs on their patients, nor should they substitute such beliefs or ritual for accepted diagnostic concepts or therapeutic practice". El hecho de que ese mismo contenido se haya incorporado a la formación de los futuros especialistas en psiquiatría (*Special Requirements for Residency Training in Psychiatry*) demuestra el poderoso cambio de sensibilidad que se ha producido en favor del paciente y el respeto a sus convicciones.

En la actualidad, esta natural exigencia comienza ya a admitirse de forma generalizada por numerosos expertos de la comunidad científica. Sin duda alguna, la espiritualidad humana reconduce de forma inequívoca a su referente, la transcendencia del fenómeno religioso, que tampoco puede obviarse o marginarse en el contexto de los trastornos psíquicos.

Es un hecho incontrovertible que las diversas convicciones religiosas, cualquiera que éstas fueren –dada la globalización y el actual multiculturalismo social existente, además del diálogo interreligioso–, pueden potenciar, condicionar, limitar o enriquecer, de forma poderosa, el alcance y la eficacia de las diversas psicoterapias. De aquí la vital importancia que tiene en la actualidad el diálogo entre espiritualidad y psicoterapia, y la necesidad de estudiar esta posible relación en beneficio de los pacientes.⁶⁷

Esto pone de manifiesto que la espiritualidad es algo inherente a la misma condición de la persona humana. El carácter espiritual de la persona es lo que mejor la representa, lo que la distingue y diferencia de cualquier otra especie animal. Este hecho tozudo se resiste a ser silenciado, cualquiera que fuere el empeño y el estatuto epistemológico de las diversas disciplinas que acometan el estudio de la persona. De aquí que, de una u otra forma, comparezca siempre en el contexto clínico y terapéutico, y de un modo especial en la los procesos psicoterapéuticos.

Ahora bien, la necesidad de potenciar el estudio de la relación entre espiritualidad y psicoterapia puede resultar muy compleja, habida cuenta la diversidad de espiritualidades y psicoterapias existentes. Para afrontar tal complejidad parece aconsejable apelar a un denominador común antropológico, que sea apropiado, por servir de referente universal a la condición humana, de manera que sea fácilmente aceptado por una numerosa multitud de personas.

⁶⁷ El autor viene ocupándose, de forma incesante, de este problema desde que se especializo como psiquiatra y psicólogo, tal y como se muestra en algunas de las referencias siguientes: Isoardi, A. y Polaino-Lorente, A. (1977). *Erich Fromm: Las cadenas de la ilusión y la revolución de la esperanza*. Etnesa. Madrid, 1977; Polaino-Lorente, A. (1981). *La metapsicología freudiana*. Dossat. Madrid, 1981. Prólogo del Prof. Vallejo-Nájera; Polaino-Lorente, A. (1984). *Anotaciones a la antropología freudiana*. Universidad de Piura. Perú, 1984; Polaino-Lorente, A. (1991). *El sentido de culpa non patológico*. En A. Lambertino (a cura di): *Al di là del senso di colpa? gli interrogativi del dopo-Freud*. Citta Nuova Editrice. Roma, pp. 113-128; Polaino-Lorente, A. (1995). "Las terapias cognitivas, el psicoanálisis y la clínica". *Seminario Médico*. Diputación Provincial de Jaén, pp. 11-21; Polaino-Lorente, A. (1993). "Acerca de la Metafísica de la culpa y la Psiquiatría" en *Psiquiatría Antropológica*. Alfa Centauro. Madrid, pp.2-14; Polaino-Lorente, A. (2006). "Aportaciones de Frankl a la psicoterapia antropológica", en *Noblejas de la Flor*, M. A., Ozcáriz Arraiza, A. y Rodríguez Fernández, M. (Compiladores). *La búsqueda de sentido en el siglo XXI*. Asociación Española de Logoterapia y Universidad San Pablo-CEU, Madrid, pp. 9-44; Polaino-Lorente, A. (2007). "Historia del Psicoanálisis", en Segura, Armando (Dir.). *Historia Universal del Pensamiento Filosófico*. Liber. Ortueta. vol. 5, pp. 827-903.

Se trata, pues, de apelar a algunas notas que resulten fundamentales y sustantivas desde la perspectiva antropológica. Por supuesto que no se trata aquí de seguir el itinerario propuesto por los partidarios de una ética universal mínima establecida por consenso, como tampoco el de ciertos innovadores que propugnan que puede cambiarse la ley moral sin que afecte para nada a la persona. Enseguida se echa de ver que entre los precursores que alegan la superación del legalismo formalista a favor de una “ética de la responsabilidad”, no tienen reparo alguno en servirse de términos cristianos a los que previamente se les ha vaciado de su prístino, natural y auténtico significado sobrenatural.

En las líneas que siguen, se proponen algunas de las claves antropológicas que pueden servir para el acercamiento entre espiritualidad y psicoterapia. Y no sólo para ese encuentro, sino especialmente para el continuo diálogo que es conveniente iniciar ya entre ellas. Se trata, pues, de acertar con algunas de estas claves antropológicas, de manera que sean aceptadas por las diversas espiritualidades y tal vez puedan servir de referencia a las variadas psicoterapias existentes.

A continuación se menciona el conjunto de estas claves, cuya exposición más detallada ha sido recientemente publicada en otro lugar⁶⁸: “la persona como ser único e irrepetible; la persona como un ser capaz de apertura; la persona como sujeto de conocimiento racional; la persona como un ser que se conoce a sí mismo; la persona como un ser libre; la persona como un ser corpóreo; la persona como un ser capaz de tener, dar y recibir; la persona como un ser dialógico; la persona como un ser que quiere querer y ser querido; la persona como un ser en el tiempo; la persona como un ser de deseos; la persona como un ser de proyectos; la persona como un ser que es un fin en sí mismo; la persona como un ser con una dignidad constitutiva; y la persona como un ser que es responsable de sí mismo.”

Humanizar la Psicología Clínica supone tratar de dar respuesta a estos y otros retos actuales, lo que permitiría satisfacer las dos cuestiones esenciales siguientes: la primera, la de integrar las diversas dimensiones que se concitan en los trastornos psíquicos (biológica, psicopatológica, social, psicoterapéutica

⁶⁸ Se remite al lector interesado por esta cuestión a la siguiente publicación del autor: Polaino-Lorente, A. (2011). “Algunas claves antropológicas para el encuentro de la psicoterapia y la espiritualidad,” en M^a Isabel Rodríguez Fernández (Dir.). *Integrando la espiritualidad en la psicología*, Monte Carmelo Cites-Universidad de la Mística, Burgos. 2011, pp. 201-272. Aquí se han omitido algunas claves, especialmente relevantes, como el dolor, el sufrimiento, la muerte, etc., para no alargar más esta exposición, y a pesar de que las personas tengan que habérselas con ello por constituir el mismo cañamazo de la vida humana.

y espiritual) en un contexto antropológico realista; la segunda, que el psicólogo se blindarse contra los reduccionismo y diversas reificaciones de la Psicología Clínica a las que se ha aludido.

Con esto la Psicología Clínica no sólo se haría más humana sino también más científica, y profundizaría más y mejor en sus raíces psicológicas, por lo que lucraría un mayor rigor y eficiencia en la asistencia clínica.

He de poner fin a estas palabras tal vez excesivas, por lo que suplico la benevolencia de quienes me han escuchado. Hemos observado algunos de los retos (biológicos, psicopatológicos, sociológicos, psicoterapéuticos y espirituales), que, en mi opinión, interpelan hoy al psicólogo clínico y le amenazan con someter su práctica profesional a los correspondientes reduccionismos a que se aludió.

De estos retos tenemos que hacer nuestra motivación principal. Ahora que está tan denostada la natural inmadurez de los adolescentes, yo les animaría –espero que se entienda bien lo que digo– a optar por esa intrepidez y audacia incansables que son propias de los adolescentes.

¿Qué sucede cuando en el horizonte del adolescente aparece un valor? Indudablemente, su conducta cambia. Ante una poderosa motivación, el adolescente se centra y profundiza, se apasiona y radicaliza; en una palabra, su conducta se activa. Es decir, deja de comportarse como un fardo amorfo que no sirve para nada y que, muy a su pesar, estaba ahí arrinconado. Cuando descubre un valor el adolescente se pone en marcha, porque ha visto, aunque sea vagamente, algo que brilla y le atrae.

El comportamiento motivado es siempre un comportamiento atractivo, tenso, creativo, vibrante y sugerente. Por eso, quien está motivado suele manifestar un comportamiento apasionado. Les suplico que, por favor, se apasionen con la Psicología Clínica: basta con que amen y busquen soluciones a estos u otros retos actuales. Porque eso forma parte de la búsqueda y realización del bien profesional –del bien común– que todos anhelamos.

Una vez que se ha descubierto ese bien, solo queda ya hacer el bien, actuar. Es más libre quien opta por el bien, quien actualiza profesionalmente todo el bien que puede realizar, y mejora progresivamente en su actuación. Autoexigirse en esta tarea es fascinante, y no un mero deber añadido. Autoexigirse ayuda a expandir y adensar la libertad personal frente a la ignorancia.

Respecto de los anteriores retos no dispongo de otra sugerencia –perdonad el tono acaso enfático de mis palabras–, que la de arengar al psicólogo clínico en el cumplimiento de su misión: No me cansaría por eso de decirle: ¡Persigue el bien, llévalo a cabo, no te distraigas, no te adocenes, no seas conformista ni pasota, no te inhibas y retraigas, no omitas ese esfuerzo, no seas perezoso! ¡Lánzate, persíguelo, no te des por vencido, sufre con valentía, soporta el peso de cada jornada, sostén lo mejor que puedas a quienes te piden ayuda, estrena tu trabajo de siempre con la misma ilusión que si fuera la primera vez que atiendes a un paciente!

Esta actitud es la más apropiada para las personas que han optado por esa maravillosa tarea que es vivir para servir, y servir para aliviar el sufrimiento humano. Actuando así realizarás tu proyecto personal y docente, crecerás, madurás y darás sentido a tu existir incrementando lo real. Lánzate a la vida, aporta lo mejor de ti a la Psicología Clínica, no te conformes con lo que de ella has recibido, no te quedes corto, y pon de tu parte todo lo que puedas, porque “al que hace todo lo que puede no se le puede pedir más”.

PROF. DR. D. AQUILINO POLAINO-LORENTE, Catedrático de Psicopatología, Director del Departamento de Psicología de la Universidad CEU San Pablo. Licenciado en Medicina y Cirugía (Universidad de Granada), Diplomado en Psicología Clínica (Universidad Complutense), Especialista en Psiquiatría, Doctor en Medicina y Psiquiatría (Universidad de Sevilla), Licenciado en Filosofía (Universidad de Navarra), Profesor Adjunto Numerario de Psiquiatría (Universidad de Extremadura), Catedrático de Psicopatología (Universidad Complutense desde 1978 a 2003), Catedrático de Psicopatología. Universidad CEU San Pablo (desde 2003 a la actualidad), Director de la División de Psicología y Psiquiatría del Instituto de Ciencias para la Familia de la Universidad de Navarra (1985-2001), Miembro Correspondiente de la Pontificia Academia *Por Vita* (1996-2000). Es miembro académico correspondiente de las Reales Academias de Medicina de Cádiz (1971), Valencia (1983) y Granada (1992). Socio Fundador y Vocal de la Junta Directiva de AEDOS (Asociación para el Estudio de la Doctrina Social de la Iglesia), desde 1986 a la actualidad.

Amplió estudios de su especialidad en las Universidades de Colonia (1970) y Heidelberg (1972), en el Departamento Family Therapy and Training Center (Philadelphia, 1974), Neuropsychiatry Institute de la UCLA (Los Ángeles, 1980), y Georgetown University School of Medicine (Washington, USA, 1993).

Ha disfrutado de numerosas becas de investigación durante los 45 años de servicio ininterrumpido a las Universidades españolas y extranjeras. Ha sido evaluado con cinco sexenios de investigación.

Hasta la fecha ha publicado más de 450 artículos en revistas nacionales y extranjeras de su especialidad y alrededor de 60 libros y monografías.