

I
año 1, n° 2
noviembre
1.973

¿que es
la terapia
de conducta?



Cuadernos
de
Psicología

INDICE

Introducción

La Terapia de Conducta

¿Qué es la Terapia de Conducta? H. R. Beech.

Terapia de conducta o Psicoterapia. Jaime Vila Castelar.

Modelos terapéuticos complejos de análisis y modificación de conducta. Ullrich y Ullrich.

La Psicología en España

La Ley General de Educación y los problemas de 2º de Comunes.

Situación de la Psicología clínica en Madrid.

Bibliografía recientemente adquirida en la Facultad

INTRODUCCION

En este número presentamos un bosquejo elemental de lo que es y se supone con la terapia de conducta. En el universo en el que nos movemos, donde tanto el psicólogo como el psiquiatra hacen exhaustivos y brillantes procesos diagnósticos, nos encontramos con una segunda cara de la moneda: la vaguedad, inexistencia o falta de fiabilidad de las técnicas terapéuticas. Psicoanálisis, análisis existencial, counselling, cuando no fármacos, electro-shock, etc conforman el panorama de las disponibilidades en este campo. Es así, en esta situación, cuando de quince años para acá se han desarrollado técnicas terapéuticas provenientes de escuelas teóricas que defendían un objetivismo científico únicamente válido mediante la experimentación. Este enfoque, con origen histórico en las teorías del aprendizaje y que ha evolucionado en muy diferentes campos, nos ofrece posibilidades desconocidas hasta el presente.

Tres artículos son el contenido de este trabajo. El primero de H.R. Beech, gran especialista en la materia, presenta de forma sencilla las bases e ideas fundamentales del método a que nos referimos. Los otros trabajos se mueven en un plano más "técnico" y son explicitaciones del anterior. Completamos el estudio con una referencia bibliográfica fundamental para este tema.

Conviene ahora destacar el hecho de que la ya "tradicional" oposición sistemática entre la psicoterapia psicoanalítica y la terapia de la conducta tiene muchas veces más de esquema teórico que de realidad, y que, en contra de lo que pueda pensarse a primera vista, sus campos son diferentes, en términos generales. De hecho, es tan reduccionista un enfoque como otro, y ambos han nacido al dar una explicación teórica y práctica a problemas diferentes.

Es obvio, no obstante, que, por ejemplo, la teoría de las neurosis que una y otra escuela sostienen se oponen entre sí, pero si llegamos a comprender la dimensión del problema, sabremos que no podremos prescindir de ninguna de ellas sin que nuestras posibilidades de enfrentarnos con éxito a una neurosis se reduzcan sensiblemente.

Ha llegado ya la hora en que la psicología y la psicoterapia dejen a un lado las meras y exclusivas deducciones "metafísicas" o "filosóficas" que permitían que un instrumento adecuado para responder a determinadas cuestiones, se convirtiese después en patrón universal de respuesta a todos los problemas sin que mediase validación empírica alguna.

En el segundo apartado introducimos el problema de nuestros compañeros de segundo, que nos atañe profundamente por estar dentro de un mismo problema común: la reforma educativa y los nuevos Planes de estudio.

Junto a ello, empezamos a tratar la situación de la Psicología clínica como primer informe de otros posteriores acerca de la situación de la Psicología en España.

No queda más que recordaros que deseamos que estos Cuadernos sean elaborados con la participación de todos. Para ello os volvemos a pedir la colaboración concreta de crítica, información, temas a publicar, reseñas de libros interesantes que hayáis leído... etc. La revista ha de ser de todos. Los Cuadernos serán, por tanto, lo que todos hagamos que sean.

¿QUE ES LA TERAPIA DE CONDUCTA?

Por H.R. BEECH, publicado en "Changing Man's behaviour". Penguin books, 1915.

Dos figuras salen de las puertas del hospital: una de ellas es una mujer, que mira con bastante aprensión a su alrededor, la otra es la de su terapeuta. Hoy, en la segunda semana del tratamiento para su miedo a salir sola va a intentar algo nuevo. El ejercicio es bastante simple pero ha sido preparado con mucho cuidado, planeado previamente, y la paciente sabe lo que tiene que hacer y cómo llevarlo a cabo.

Después de unas pocas palabras de aliento del terapeuta, sale a dar su solitario paseo, el cual la lleva hasta el tercer farol (más lejano, y después, una vez completada esta misión, regresa nuevamente a las puertas del hospital, ahora sonriendo feliz.

En los días siguientes, la fobia o temor anormal de esta mujer, le será tratado con ejercicios similares. Cada paso será consolidado a fondo, antes de pasar al siguiente paso, gradualmente, ella aprenderá a disfrutar la libertad de movimientos (ir de compras, viajar en los transportes públicos u otros, etc.) a la cual estamos acostumbrados todos pero que, quizás durante años, para ella no ha sido posible.

Más tarde veremos estos planes de trabajo en la teoría y en la práctica, pero en principio es importante ofrecer una perspectiva de éste y otros aspectos del comportamiento anormal.

Quizás debamos empezar por intentar explicar las preguntas que se les ocurra, inmediatamente, a la mayoría

de las personas cuando se les habla de que un ejercicio como el descrito anteriormente puede servir para reducir o eliminar comportamientos neuróticos.

No pocas veces la principal pregunta se refiere a cómo un tratamiento tan simple puede ser efectivo cuando es "bien sabido" que los profundos conflictos subyacentes son los cimientos de todas las neurosis. Seguramente, quien pregunta, normalmente continúa, ¡ella podría hacer todas las cosas que dice que son imposibles si realmente quisiera! Y de todas formas, ¿no está ella "Engañándose" pareciendo estar muy angustiada a la vista de una calle vacía, vulgar y sin peligro? Tales preguntas se basan en unas "muy especiales" concepciones de los problemas psicológicos y sus causas, que no pocas veces derivan de cuentos populares de psicoterapia y psicoanalistas.

Hablando claramente es cierto que las más familiares (y todavía más frecuentemente empleadas) terapias para las perturbaciones neuróticas, se basan en la toma de conciencia de la existencia de un "complejo" fundamental, que reside en los "escondidos vericuetos" de la mente. (1).

El complejo que, por causa de su naturaleza inconsciente, no es conocido por el paciente, causa la aparición de síntomas tales como: tartamudeo, fobias, o perturbaciones sexuales. La Tarea del terapeuta, por lo tanto, debe ser identificar y extirpar la "verdadera" fuente del desorden. Por otra parte es posible ver de diferente modo los padecimientos neuróticos y otras formas de comportamiento anormal. A un mismo nivel, el argumento es esencialmente simple, tales anomalías del comportamiento tienen la apariencia de haber sido aprendidas o adquiridas como experiencias en la vida, por lo que quizás sea posible dar una simple marcha atrás a estas tendencias y eliminar o extirpar alguna, previo un aprendizaje, o aprender algún nuevo y mejor (más adaptable o normal) comportamiento. Pero, incluso suponiendo que el aprendizaje

o aprender algún nuevo y mejor (más adaptable o normal) comportamiento. Pero, incluso suponiendo que el aprendizaje sea tan simple y directo como este modelo que pudiera sugerirse. ¿Necesariamente se persigue que las tendencias anormales puedan ser dadas marcha atrás efectuando ciertos ejercicios de nuevo aprendizaje o procedimientos para suprimir lo anteriormente aprendido? El lector podrá apreciar que ambas posiciones, la de la psicoterapia, y la de "utilización del aprendizaje" la cual llamamos "terapia de conducta", revuelven conceptos sobre la naturaleza y causas de la anomalía psicológica. Veremos con más detalle algunas de estas diferencias en el uso.

Quizás la diferencia más fundamental y difícil de superar concierne a la naturaleza de la evidencia para las posiciones antagónicas.

A un lado parece existir la pequeña duda de que la psicoterapia no tenga mucho que aconsejar en términos de rigor científico. (2).

En primer lugar, las teorías se formulan muchas veces de manera pobre, por lo que sería difícil, si no imposible, probarlas convenientemente, y en segundo lugar la evidencia no es recogida en condiciones bien controladas sobre las que podríamos insistir en otras circunstancias: Si, por ejemplo, estuviéramos eligiendo un coche o una cocina insistiríamos, probablemente, en las adecuadas demostraciones de su precisión y eficacia.

Para algunos el uso de la terapia de conducta, parece ser más científico, aunque se debe decir que las apariencias son aquí muy frecuentemente muy decepcionantes. Sin embargo, universalmente hablando, las teorías que fundamentan esta forma de tratamiento están constringidas idóneamente y su veracidad se puede comprobar mediante la experimentación. Esto no es realmente muy sorprendente, puesto que la evidencia sobre la cual tales teorías estaban construidas ha sido

universalmente y cuidadosamente recogida bajo controladas condiciones de experimentación.

En la extensión en la cual sentimos que la ciencia nos ayuda a resolver los problemas psicológicos, tanto más se debe incrementar nuestra confianza en la terapia de conducta.

Al menos, por experimentos críticos descubriremos cuando estaremos completamente equivocados en las predicciones que hagamos, mientras que si no hacemos tal prueba, podríamos permanecer fácil y dichosamente inconscientes de la falsedad de nuestras ideas. En los últimos análisis la mayoría de nosotros debería estar más preocupado por los resultados actuales más que por las razones de por qué pensamos que los obtenemos. La cuestión de los resultados preocupa más a gran número de pacientes, y ahora podemos dar alguna respuesta a esto. Tanto más cuanto se puede decir que la terapia de conducta parece tener las ventajas de ser más rápida y más eficiente que la psicoterapia. Sin embargo, la respuesta final concerniente a la superioridad de uno u otro sistema no se alcanza fácilmente y puede volver al revés el que sea mucho más complicado el que "A es mejor que B".

Aparte de las teorías y de la evidencia sobre la que están basadas, las dos teorías difieren mucho en sus conceptos de la naturaleza de un trastorno neurótico, y especialmente del papel de los síntomas. La psicoterapia alega que los síntomas (tales como la depresión, fobias, etc.) son las lógicas señales de ansiedad que atestiguan la existencia de algún conflicto interno no disponible inmediatamente al paciente o al terapeuta. De acuerdo con este punto de vista, la clase de síntoma que se encuentra, es un mecanismo de defensa que el paciente usa para protegerse de la dolorosa revelación de su conflicto, así, "el no salir sola" (el "síntoma") se puede explicar como una protección contra el efecto de los impulsos agresivos del paciente (el "conflicto"). En definido contraste a este punto de vista del significado de los síntomas, la terapia de conducta los estudia como la evidencia de un aprendi-

zaje deficiente, sin ninguna causa profunda fundamental, y alega que el aprendizaje de los sistemas neuróticos difiere de cualquier otro sólo en que es inadecuado o mal adoptado. Por ejemplo, no es apropiado experimentar una ansiedad intensa cuando alguien ve una calle vacía y vulgar, esta clase de reacción sería extraña y anormal en el sentido de que tal tipo de conducta probablemente haría la vida muy difícil. Por otra parte, no es difícil ver cómo, por un proceso de asociación aprendida, cualquiera podría llegar a experimentar una reacción anormal de temor; por ejemplo, el recuerdo de una más temprana agresión salvaje, en circunstancias similares podría ponernos nerviosos estando situados bajo estas mismas condiciones de nuevo. Pero, naturalmente, no sería plausible afirmar que la diferencia entre los neuróticos y los otros está expresada solamente en términos de experiencia traumática; y muy apropiadamente el terapeuta de la conducta pone la debida atención en el hecho de que las experiencias traumáticas se pueden descubrir psicológicamente en la historia de los llamados "normales" del mismo modo que en la de los "neuróticos", la diferencia crucial entre estos grupos está por lo tanto sujeta a situarse en las especiales condiciones bajo las cuales la experiencia se efectúa y la reacción individual es una experiencia más.

Desde el punto de vista de un no especialista, quizás el más amplio y más obvio abismo entre la psicoterapia y la terapia de comportamiento está en las técnicas y en la estrategia del proceso de tratamiento en sí mismo. ¿Cómo se puede conseguir una "cura"? ¿Qué proceso y qué técnicas facilitan esto? Está claro después de lo anteriormente dicho que un ataque directo a los síntomas o a las persistentes expresiones de dificultad sería un error para el psicoterapeuta. Después de todo, en su opinión los síntomas son sólo realmente relevantes como indicadores de un angustia y como una posible guía hacia la naturaleza de lo que

yace escondido en la personalidad del paciente. Obviamente en el tratamiento el psicoterapeuta debe poner de relieve la relación con los problemas fundamentales de los cuales el paciente es ignorante. La técnica de asegurar un detallado conocimiento de tales conflictos y complejos es ampliamente un proceso de pregunta y respuesta, pero la interpretación de los sueños del paciente y sus actividades cuando está despierto, también será probablemente usado al llegar a una adecuada formulación del problema oculto del paciente. Sería correcta esta suposición, podría, naturalmente, continuar que, prestando atención sólo a los síntomas obvios, dejaríamos la causa real de la perturbación intocada; así, el psicoterapeuta está acostumbrado a especular acerca de que el tratamiento sintomático solo conduce al paciente a revelar otras señales de angustia, nuevos síntomas para reemplazar aquellos eliminados por una terapia superficial.

La base del terapeuta de la conducta, con respecto al tratamiento sintomático, será clara, una vez observado lo anteriormente dicho. La terapia, debido a sus técnicas, se orienta a eliminar los síntomas del paciente, haciendo que éste olvide alguna conducta mal asimilada o haciéndole aprender alguna nueva. Típicamente este punto de vista sostiene que los síntomas con la neurosis, y que no hay nada más en una neurosis que lo observada, o lo potencialmente observable. (3).

Por lo tanto, mientras en Psicoterapia el tratamiento - tiende a consistir primeramente en un intercambio verbal entre el terapeuta y el paciente, en la Terapia de Conducta la tendencia es a concentrar la atención sobre las dificultades actuales de las cuales el paciente se queja, por ejemplo, la incapacidad para cruzar las calles o subir a lugares altos. Así, en el caso más reciente, el foco está por encima de la actual conducta anormal, y esta forma de tratamiento deriva su nombre de este énfasis.

Desde el punto de vista del paciente, sus experiencias en el tratamiento son quizás lo más impresionante. En Psicoterapia

se observará, normalmente, que la atmósfera es muy tolerable, que se le da una pequeña indicación de lo que hacer o decir, pero la relación que forma con el terapeuta parece ser de particular interés solo para el terapeuta. En la Terapia de Conducta se apreciará rápidamente que los fines del tratamiento se presentan claros, de una vez y para él, que el terapeuta es generalmente mucho más ágil, alentador y persuasivo y esa relativa poca importancia de ser aficionado a las relaciones personales.

Estas diferencias sirven para indicar la substancial división de opiniones que caracteriza en el momento actual el tratamiento de las perturbaciones psicológicas. Las diferencias parecen muchas veces ser tan grandes como para sugerir que, a lo mejor, solo uno de los puntos de vista sea posiblemente correcto, y la labor con la que nos enfrentamos es lo de decidir cuál de los dos sistemas tiene más que ofrecer. Se necesita decir enérgicamente que una decisión en favor del sistema de Terapia de Conducta revolucionaría ambos adiestramientos en, y en la práctica de las terapias psicológicas. Hasta ahora este trabajo ha sido encaminado a decidir entre ambas alternativas, aunque la Terapia de Conducta a pesar de su considerablemente más corta historia, parece al menos tener algunas bases claras. No sería, naturalmente una carencia de oportunidades el examinar los méritos rivales de ambos tipos de terapia en términos de su falta de general efectividad y de algunas de sus proposiciones específicas.

Hasta aquí la evidencia que hace llegar a la conclusión de que la desaparición de los síntomas existentes no conduce a que se formen otros nuevos. En otras palabras, la posición adoptada por el terapeuta de la conducta parece ser más sólida a este respecto. Sin embargo, pasarán probablemente muchos años antes que se puedan obtener resultados definitivos.

Presumiblemente se les habrá ocurrido a muchos lectores que identifican la Terapia de Conducta con una utilización del aprendizaje, sugerir que la Psicoterapia tiene generalmente poco en común con el Aprendizaje. Este no es, de hecho, el caso, puesto que ambos métodos dan importancia al Aprendizaje en el sentido de adquisición y desaparición de la perturbación psicológica. En este sentido, tanto los psicoterapeutas, como los terapeutas de la conducta, están de acuerdo en considerar las perturbaciones neuróticas como la evidencia del deficiente aprendizaje, en lugar de la expresión de las anomalías inherentes. Sin embargo, el grupo anterior tiende a ser concebido ampliamente con el contenido de lo que ha sido aprendido, en lugar del proceso de aprendizaje en sí mismo. Como consecuencia existe un sentido real en el cual los terapeutas de la conducta pueden hacer uso de las teorías del Aprendizaje, y este uso tiene considerable validez histórica.

Durante más o menos setenta años, los psicólogos se han interesado en el estudio de cómo los organismos aprenden; tales estudios abarcan una extensa variedad de estilos y de tareas. El fin ha sido reunir los hechos o la evidencia sobre la cual construir una Teoría del Aprendizaje, la cual implicaría el enunciado de ciertas reglas, leyes o proposiciones generales. Una parte de estas leyes parecen confirmar nociones de sentido común, por ejemplo, que en general, la mayor repetitividad de una actitud, trae como consecuencia el que es aprendida y ese aprendizaje parece ser más eficiente bajo condiciones en las que se ofrece una recompensa. Sin embargo, hay muchas peculiaridades y paradojas en el aprendizaje, que no son fácilmente explicables, y muchas reglas que no hubieran sido descubiertas de otra forma que por la experimentación.

Para el terapeuta de la conducta, la importancia de este trabajo, que representa la acumulación de años de teorías y experimentos, es que, a partir de esto podemos aprender cómo controlar y modificar la conducta (un examen de los procedimientos de Aprendizaje, las teorías y los resultados obtenidos pueden

revelar valiosas sugerencias para distinguir los tipos de conducta que deseamos eliminar, de las que otros llaman anormales o neuróticas). Es este el eje del experimento y de la teoría de la cual el terapeuta de la conducta espera extraer sus particulares procedimientos terapéuticos. Sin embargo, hay un problema, y es que muchos de estos conceptos básicos se despegan de la "singularidad" y "dignidad" de la conducta humana ya que muchos de los experimentos y muchas de las teorías se basan en la actuación de ratas blancas, palomas y otros seres relativamente "bajos" en la escala filogenética. Mucha gente, siente que el hombre es tan diferente en su caracterización psicológica que poco a poco o ningún valor se podría dar a las "leyes" formuladas por la observación de ratas blancas realizando algunas tareas simples: critican que tales leyes puedan aplicarse al hombre. Sin embargo, solo lo lejos que el estudio de organismos simples pueda llevarnos a la comprensión de una perturbación neurótica compleja, es bastante más positivo que una opinión; la demostración, de una u otra manera, tiene que ser decidida por medio de una prueba empírica.

Empecemos por examinar alguna de las ideas que parecen ser importantes para los terapeutas de la conducta en sus experimentos de laboratorio. Quizás los ejemplos más importantes son los clásicos experimentos de Pavlov (1927), en parte porque ilustran ciertas nociones básicas utilizadas por los terapeutas de la conducta, pero también son ejemplos de una importante forma de aprendizaje llamada "condicionamiento" o incluso "decondicionamiento".

Esencialmente, el proceso descrito en el más típico texto de Pavlov, el del condicionamiento salivar, es muy simple. El empezó notando que ciertas cosas o sucesos (aludidos como "estímulos") los cuales frecuentemente precedían a la acción - de mostrar alimento a los animales experimentales (el ruido del recipiente de la comida o las pisadas de la persona que la trae) producían salivación en los perros. Cualquiera podría decir que los perros salivaban como anticipación de la comida -

que venía; pero la complicación para Pavlov era que este comportamiento era nuevo (aprendido) y resultaba de, o estaba acondicionado a, repetidas asociaciones de nuevos estímulos para salivar, con algo que por naturaleza, producía la salivación. En otras palabras, si cualquier estímulo (p. ej., un gong) se asocia repetidamente con el olor de la comida, lo cual sin ningún otro entremetimiento es suficiente para la emisión del flujo salivar, luego esta reacción particular puede llegar a ser producida solamente con el gong. La respuesta condicionada, tomada incluso en este sencillo nivel, tiene ciertas características definidas; primeramente requería que el nuevo estímulo fuera presentado antes o, a lo más, simultáneamente que el estímulo que fuera capaz, de hecho, de producir el comportamiento deseado; en segundo lugar, el intervalo entre estos dos estímulos no debía ser largo (la mayoría de las investigaciones revelan que debe transcurrir un corto lapso, para obtener mejores resultados, de 4 a 5 seg.); y en tercer lugar, que el comportamiento que vaya a estar ligado a ese nuevo estímulo, debería aparecer como consecuencia. Incluso estas sencillas reglas para obtener nuevas asociaciones o nuevas formas de aprendizaje son difíciles de conjuntar en la práctica, y no sorprende encontrar que los intentos de condicionar la conducta de los pacientes cae pronto en "standards" ideales y muchas veces falla.

Una de las principales dificultades de la utilización del aprendizaje a sus problemas prácticos, se podrá apreciar en el siguiente ejemplo:

Supongamos que alguien está intentando la curación de un paciente alcohólico. Muchas veces, en el pasado, ha existido una tendencia, todavía frecuentemente referida, al uso de ciertos agentes químicos que producen violentos vómitos en el paciente, y así asociar este estado con la presencia o ingerimiento del alcohol. Naturalmente desearíamos hacer que el estímulo (alcohol) fuera dado hacia medio segundo antes de vomitar, de esta manera uno podría esperar mantener al máximo la

potencia de la asociación entre ese estímulo y la desagradable sensación. En la práctica, sin embargo, el tiempo en el cual, es el estímulo "adverso" (la droga) hará efecto, y así como la intensidad de la reacción del paciente en cualquier ocasión es totalmente imprescindible, y solo podemos esperar, usando tales métodos, el aproximarnos a las condiciones óptimas. Afortunadamente, otros métodos están disponibles para obtener un control más preciso sobre la situación pero este ejemplo ilustra uno de los problemas prácticos, el cual puede muy bien haber contribuido a los pobres resultados del tratamiento del alcoholismo bajo métodos de condicionamiento:

En la clase de tratamiento anteriormente descrito, se enseña al paciente una respuesta completamente nueva. Previamente, el alcohólico ha obtenido placer al beber; ahora le van a enseñar una nueva asociación, que el alcohol conduce a situaciones desagradables. Sin embargo, si preguntamos por qué el paciente sigue bebiendo, quizás podemos llegar a un tratamiento alternativo más eficaz que el de enseñar solamente nuevas respuestas. Naturalmente, las razones por qué cualquier particular alcohólico sigue bebiendo pueden ser quizás de idiosincrasia. Sin embargo podríamos decir que el estado de completa o parcial intoxicación es satisfactorio, en términos generales, a todos los alcohólicos (es un estado que ellos crean urgente y deliberadamente y que además mantienen).

Claramente, si esta suposición es correcta, entonces podríamos dedicar tiempo y energía a la forma de eliminar los efectos de satisfacción, ya que, de alguna manera la naturaleza placentera de la actividad se ha perdido. Pavlov fue capaz de mostrar en sus experimentos que el mero aprendizaje podría de hecho perderse o extinguirse simplemente eliminando los aspectos de premio que puede tener la situación. Por ejemplo, era capaz de mostrar que mientras una respuesta de salivación condicionada al sonido de una campana

podría establecerse rápidamente, siempre que también se presentara el estímulo incondicionado, entonces la sola presentación del sonido de la campana repetidas veces llegaría a extinguir la respuesta a este. Así, si el perro ha sido entrenado para salivar con el sonido de la campana sin comida, éste será acompañado de una respuesta progresivamente más débil (menos saliva), hasta que la respuesta desaparece de modo espontáneo. Por tanto, la respuesta condicionada necesita alguna clase de recompensa intermitente, para afianzarlo en un período de tiempo determinado.

El fundamento teórico de los terapeutas de la conducta, es que muchas anormalidades psicológicas, especialmente las neuróticas, son verdaderas respuestas condicionadas; tales respuestas condicionadas se mantienen, porque está recompensadas de alguna manera. A primera vista, esto puede parecer un poco extraño. ¿Cómo puede, (p. ej., el típico obstáculo de la turbación social) ser una recompensa? Seguramente el paciente experimenta considerable dolor psicológico o al menos ansiedad manifiesta como resultado de su fobia o de otra incapacidad. El terapeuta de la conducta responde de una manera directa y simple. Las recompensas, en tales casos, provienen de una evasión, retardo u ocultamiento de las actividades que causan ansiedad. Se está recompensando, satisfaciendo o dando relieve. Por ej.: al evitar subir un ascensor, si uno padece de vértigo; es un gran alivio excusarse a uno mismo de una fiesta si se tiene miedo a las multitudes en espacios cerrados; es más satisfactorio sentarse en casa si uno desea evitar la ansiedad creada al estar en unos grandes almacenes. Bajo este punto de vista, entonces, son estos aspectos inmediatamente recompensados por la situación que mantiene la respuesta inadaptada; importa poco que los efectos a largo plazo de tal aberrante conducta sean dolorosos. También se desprende de los resultados experimentales, que si las consecuencias de una conducta están demasiado lejos de la conducta en sí, entonces tales consecuencias cesan de influir por completo en esa conducta.

Lo que nos importa es que deberíamos tratar de eliminar las fuentes de satisfacción que puedan producir algún estado de conducta anormal. Cuando tales satisfacciones se eliminan, entonces debemos esperar a que esa conducta desaparezca de los esquemas del paciente. Veamos brevemente ahora un experimento en el cual se usa este proceso para cambiar la conducta de ciertos pacientes psiquiátricos hospitalizados.

El estudio fué llevado a cabo por Ayllón y Michael (1959), y comprendían a cuarenta esquizofrénicos y cinco pacientes deficientes mentales, todos los cuales constituían problema para las enfermeras debido a su difícil conducta. La observación de estos pacientes parecía sugerir que en todos los casos la conducta indeseable se mantenía por el refuerzo que suponía la atención que hacia dicha conducta prestaban las enfermeras. Se acordó decidir que esta recompensa de atención por parte de las enfermeras se diera cuando la conducta fuera deseable y sería completamente suprimida en cualquier momento en que el paciente actuara de manera no deseable. Este régimen (muy difícil de aplicar en la práctica), estuvo en vigor veinticuatro horas al día durante siete días a la semana; la dificultad, naturalmente, proviene principalmente en actuar como si se estuviera sordo o ciego en cualquier momento en que el paciente produzca su indeseable conducta.

No es sorprendente que ese progreso, incluso con el esfuerzo tan concentrado, sea claramente lento y llevó de seis a siete semanas cambiar alguno de los aspectos específicos de la conducta. A pesar de todo, se progresaba, y la mayoría de los pacientes se volvían más tratables bajo este régimen. Huille, por ejemplo, había hecho durante dos años persistentes visitas a la oficina de las enfermeras y había interferido seriamente en su trabajo. Al cabo de siete semanas de tratamiento, habían bajado de diez y seis cada día, a una media de dos. También la extraña conversación de Helen, que había provocado en varias ocasiones que algunos pacientes la

pegaran, mostró una sustancial reducción tras dos semanas de terapia. Y la tendencia de Harry a acumular basura bajo de sus ropas, necesitando ser "librado de ello" por las enfermeras varias veces al día, mostró un similar decrecimiento con la no recompensa.

Este sencillo modelo de aprendizaje deriva en tratamientos de los cuales tenemos una validez real, incluso para los notoriamente difíciles problemas del tipo que uno puede encontrar en los pacientes esquizofrénicos y deficientes mentales. Debemos, sin embargo, recobrar nos de nuestra sorpresa al descubrir los aparentemente simples medios de modificar la conducta, ya que, de hecho, las apariencias son decepcionantes y lo que parece de sentido común requiere un planeamiento muy cuidadoso y una ejecución muy meticulosa si planeamos trabajar en su totalidad.

Finalmente, la Terapia de Conducta parece basarse sobre el principio de que muchas anomalías psicológicas son el resultado de una desafortunada historia de condicionamiento; a través de un proceso de aprendizaje, el individuo puede llegar a tener una o más conductas superficiales e inadaptadas, las cuales le obstaculizan de varias maneras. Debería añadirse, sin embargo, que el individuo puede adquirir, de otra forma, problemas psicológicos que deberían ser superados por unos tratamientos especiales que la Terapia de Conducta también proporciona. Me refiero a las deficiencias en el aprendizaje, donde el paciente ha fallado al adquirir, por una u otra razón, un adaptable o normal modelo de conducta.

Uno de los ejemplos más comúnmente observados de esta última deficiencia es la neurosis nocturna de la "cama mojada". Aquí se supone que un individuo (normalmente un niño) ha fallado al adquirir el hábito normal de despertarse para levantarse a orinar por la noche, y, en tales casos, el problema es el de arreglar las circunstancias de manera que se pueda llevar a cabo tal aprendizaje. Es en este campo parti-

cular en el que la Terapia de Conducta ha tenido un considerable éxito, y parece claro que, de los resultados de tratar este desorden que aquí, al menos, no hay razón para creer (como otras teorías afirman algunas veces) que bajo el sintoma se encuentra un conflicto subyacente.

Y, finalmente, en este artículo introductorio, es importante señalar que la idea de que la Terapia de Conducta consiste solo en una o dos sencillas reglas que pueden ser aplicadas de manera sencilla para tratar una perturbación psicológica, es completamente equivocada. De hecho, lo que ocurre es que hay una gran variedad de procedimientos para tratar tales problemas, algunos de ellos sencillos y otros más complicados, que necesitan más que una cuidada supervisión por el terapeuta y mayor dedicación del mismo. Incluso cuando la técnica elegida para tratar un tipo particular de perturbación permanece constante, es necesario muchas veces introducir modificaciones que adapten la terapia a los caprichos del paciente. En otras palabras, la Terapia de Conducta no es una, sino la reunión de muy diferentes métodos a los cuales, sin duda, se añadirán muchos más con el transcurso del tiempo. Lo que estas técnicas comparten es un origen común en las teorías y experimentos referidos a los procesos del aprendizaje. Así ocurre que tales experimentos y teorías han sido patrimonio casi exclusivo de los psicólogos y su investigación ha sido mucho más amplia en este campo; es natural, por lo tanto, que el origen y desarrollo de la Terapia de Conducta haya sido con la notable excepción de Wolpe (1958), atribuible a los esfuerzos de los psicólogos más que a la de los psiquiatras. Probablemente es este hecho la característica más intrínseca de la Terapia de Conducta, que ha transmitido a estas técnicas un halo de frescura y renovación al campo de la terapéutica psicológica, tras un largo período de tiempo de dominación exclusiva de las teorías de Freud.

El impacto inicial de la Terapia de Conducta, ha sido muy intenso y esta forma de tratamiento se ha generalizado

en Inglaterra y USA.

Falta ver si la Terapia de Conducta llegará a no ser la principal forma de tratamiento para enfermedades de tipo neurótico y otras formas de conducta perturbadora.

NOTAS:

- (1) El término "psicoterapia", tal como está usado en este artículo, denota los tratamientos que envuelven tales concepciones.
- (2) Ciertas formas de Psicoterapia no comentadas en este artículo, pueden tener mucho que aconsejar, en términos de trabajo experimental y teórico solamente. Un ejemplo destacado de esta clase es el tema del libro de C.B. Truax y R.R. Carkhuff. "Counseling and Psychotherapy. Chicago, Aldine, 1967, y otras.
- (3) Aparece una pequeña duda acerca de si la herencia toma parte en determinar si un individuo puede o no revelar un trastorno psicológico. Las influencias genéticas probablemente juegan un papel más importante en algunas formas de desorden que en otras, siendo más fehaciente, por ejemplo, en las reacciones psicóticas que en las neuróticas. Tales factores no deberían ser despreciados, pero el hecho de que no sean muy susceptibles de modificación duradera impulsa a la terapia a concentrarse en la utilización del condicionamiento. La mayoría de los terapeutas de la conducta estarían de acuerdo en que los factores genéticos pueden ser importantes para exponer a un individuo al riesgo de un desmoronamiento psicológico.

TERAPIA CONDUCTISTA O PSICOTERAPIA

Por JAIME VILA CASTELLAR

Características de las Terapias Conductistas y de la Terapia de Implosión.

La "Behaviour Therapy", puede definirse como "la modificación beneficiosa - más adaptativa- de la conducta de acuerdo con principios experimentales basados en la Teoría del Aprendizaje y en las propiedades biofísicas del organismo" (C. Franks).

Bajo este criterio unificador se agrupa gran cantidad de técnicas distintas de tratamiento:

- Desensibilización Sistemática (Wolpe y Lazarus, Rachman, G. Paul; etc.)
- Terapia de Implosión (Stampfl, Levis, Hogan, Kirchner, etc.)
- Práctica negativa (Yates, Clark, Rafi, etc.)
- Terapia de Aversión (Feldman, Franks, Eysenck, Rachman, etc.)
- Imitación (Bandura)
- Terapias de condicionamiento Operante (Skinner, Lindsay, Krasner, Ullman, etc.) Y otras.

Pese a sus diferencias, todas ellas toman como modelos explicativos los principios de la Teoría del Aprendizaje.

Eysenck, en su famoso artículo de 1959, indica las características que, a su juicio, distinguen y oponen a la Terapia Conductista y a la Psicoterapia. Estas son:

a) Psicoterapia:

1. Basada en una teoría inconsistente, no formulada en forma de postulados.
2. Derivada de observaciones clínicas hechas sin el debido control en la observación y sin experimentos.
3. Síntomas considerados como el aspecto visible de causas profundas inconscientes.
4. Síntomas como evidencia de represiones.
5. Sintomatología determinada por mecanismos de defensa.
6. Tratamiento de los trastornos neuróticos, basado en la historia del individuo.
7. Curaciones debidas a la manipulación de fuerzas dinámicas inconscientes, no por el tratamiento de los síntomas mismos.
8. La interpretación de los síntomas, sueños y actos del sujeto tiene importancia para el tratamiento.
9. El tratamiento sintomático lleva a la elaboración de nuevos síntomas.
10. Las relaciones de transferencia entre médico y enfermo son esenciales para la curación de los trastornos neuróticos.

b) Terapia Conductista:

1. Basada en una teoría consistente, bien formulada, que lleva a deducciones verificables.
2. Derivada de estudios experimentales, diseñados específicamente para calidar la teoría básica y las deducciones hechas a partir de ella.
3. Síntomas como respuestas condicionadas inadaptativas.

4. Síntomas como evidencia de aprendizaje defectuoso.
5. Sintomatología determinada por diferencias individuales en condicionalidad y labilidad, y por circunstancias ambientales de tipo accidental.
6. Tratamiento de los trastornos neuróticos, referido a hábitos que existen en el paciente. La historia del sujeto es irrelevante.
7. El tratamiento sintomático lleva a permanente recuperación.
8. La relación personal médico-paciente no es esencial para la curación del trastorno neurótico, aunque puede ser útil.

Estas características dispares señalan dos líneas extremas y opuestas de enfocar la terapéutica psicológica. Si intentamos por ejemplo analizar las características de la Terapia de Implosión y situarla en uno de estos extremos, veremos que no encaja totalmente en ninguno. Tiene características de la Terapia conductista (3., 4., 5., y 10) y de la Psicoterapia (6., 8., 9.) El mismo Stampfl analiza esas diferencias y semejanzas. Para Stampfl (1968), las tres características esenciales de las terapias conductistas son:

- 1) Poner énfasis en el tratamiento directo del síntoma.

Para la Terapia de Implosión, el síntoma es considerado como la resultante de una serie compleja de estímulos -aversivos condicionados. El énfasis de la Terapia de Implosión es puesto en la extinción de esas indicaciones o claves inconscientes que mantienen el "Hypothesized Sequential Cues" - más que en la extinción directa del mismo síntoma - "Symptom Contingent Cues" -. El tratamiento del síntoma también se realiza pero solo al principio del proceso terapéutico.

- 2) Fuerte tendencia a rechazar conceptos derivados de la teoría psicoanalítica.

Stampfl sigue en cierto modo la línea de Dollard y Miller (1950), al intentar integrar la Psicoterapia en términos de la Teoría del Aprendizaje. Para la Terapia de Implosión conceptos como etapa oral, anal, edípica, etc., tienen importancia en cuanto que se consideran los primeros años de la vida del niño como propicios para condicionamientos de tipo aversivo. Aquellos conceptos se intentan reducir ahora a sus equivalentes en términos de estimulaciones aversivas. El mismo concepto de represión se reduce a respuestas evitativas de carácter interno - pensamientos, ideas, etc. "El incorporar estos conceptos de la teoría psicodinámica, dice Stampfl, no implica la aceptación de la estructura teórica sobre la que dichos conceptos se basan".

- 3) Explicación del origen del síntoma y de su modificación según la teoría del Aprendizaje y los modelos de condicionamiento.

Este es el único punto en el que la Terapia de Implosión está totalmente de acuerdo con las terapias conductistas. La teoría de los dos factores es la base que toma la TI para explicar el síntoma y su modificación.

Aunque hay, pues, diferencias entre Terapia Conductista e Implosión, Stampfl y Levis consideran que éstas son más bien superficiales. "La tendencia de los escritores actuales es la de tomar el tercer punto y solo el tercero, como el que define las propiedades de la Terapia Conductista".

Es importante señalar que, aunque aparentemente la Terapia de Implosión se oponga a la Desensibilización Sistemática - aquélla crea altos niveles de ansiedad y ésta intenta crear un estado de relajación-; Hogan y Kircher haven resaltar sus semejanzas:

- 1 - Ambas tienen sus bases en la Teoría del Aprendizaje.
- 2 - Tratan directamente el síntoma, no ahondan en los símbolos.
- 3 - Ambas utilizan jerarquías de estímulos, desde los menos a los más evocadores de ansiedad.

Y en cuanto a sus diferencias, solo señalan aquéllas que son de tipo metodológico:

- 1 - La Terapia de Implosión no utiliza ningún tipo de hipnosis.
- 2 - Una procura relajar al individuo, mientras que la otra procura lograr altos niveles de ansiedad.
- 3 - La jerarquía de estímulos en la Implosión, frente a la Desensibilización, no se realiza a partir de la información que da el sujeto.

Como puede observarse, hay un intento por parte de los defensores de la Terapia de Implosión, de sentirse dentro del grupo de Terapias Conductistas.

Por el contrario, el Grupo de Londres (Eysenck y Rachman) adoptó una actitud crítica, viendo en la Terapia de Implosión un ejemplo de eclecticismo teórico (Eysenck) o de incorrecta deducción experimental de los principios del aprendizaje (Rachman).

Problema del Eclecticismo

En los comienzos de la Terapia Conductista se adoptó una actitud de oposición fuerte hacia cualquier orientación de tipo psicodinámico. Significaba la primera aplicación sistemática de la teoría experimental del aprendizaje a problemas clínicos. Frente a una psicopatología de una gran amplitud teórica, pero sin soportes experimentales rigurosos, la Terapia Conductista venía a aportar:

1. Un cuerpo teórico bastante consistente, basado en muchos años de trabajo en el laboratorio.
2. Un método de verificación experimental riguroso, y
3. Unas técnicas de aplicación con resultados positivos e inmediatos.

Sin embargo, sus explicaciones podían considerarse simples (Freeman, 1968), insuficientes (Breger y Mc Gaugh, 1965) limitadas (Beech, 1963; Gelder, 1968; Lovidon, 1966; Meyer, - 1966) Peterson, 1964) e incluso deshumanizantes (Oerton, 1965 Rogers, 1961; May, 1962; Chein, 1962; Murray, 1963):

A pesar de estas críticas, muchas de ellas formuladas por los mismos psicólogos conductistas, la Terapia de Condicionamiento ha seguido un camino progresivo y ascendente.

Otros autores han pretendido solucionar estas insuficiencias actuales mediante una actitud ecléctica entre la Psicoterapia y las Teorías del Aprendizaje. Autores como Wolpe (1969) y Eysenck (1970), han manifestado su crítica hacia estas actitudes reconciliadoras. "Las teorías contradictorias no pueden ser reconciliadas por compromisos políticos. Lo que se requiere ante puntos de vista divergentes son estudios empíricos y experimentales que determinen la veracidad y falsedad de dichos puntos".

Entre los autores que se sitúan en esta actitud marcadamente ecléctica, están A.A. Lazarus y, a nuestro juicio, los teóricos de la Terapia de Implosión (Stampfl, Levis, Logan, - Carrera, etc.)

Stampfl y Levis consideran la Terapia de Implosión como "una Terapia Psicodinámica Conductista, basada en la Teoría del Aprendizaje" - "A Learning-Theory-Based Psychodynamic Behavioral Therapy". A juicio de Stampfl y Levis, el que las terapias conductistas hayan rechazado duramente las orientaciones psicodinámicas ha sido por motivos poco claros. No se com

prende cómo han sufrido este rechazo por parte de los psicólogos prácticos del aprendizaje, mientras que los teóricos del Aprendizaje no aplicado son partidarios de cierta orientación dinámica para el tratamiento (Brown, 1961; Dollard y Miller, 1950; Holland y Skinner, 1961; Kimble, 1961; Mowrer 1953; Shoben, 1949)

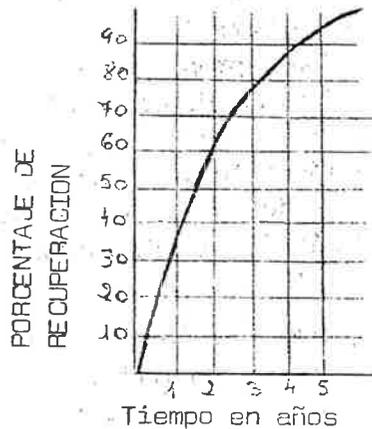
Stampfl cree que una integración entre los principios y la Teoría del Aprendizaje, por una parte, y las orientaciones dinámicas de la Psicoterapia, por otra, pueden ser efectivas. Un ejemplo es la Terapia de Implosión, que incorpora en un todo formulaciones propias del Psicoanálisis, traducidas y aplicadas en términos de principios del Aprendizaje. "La técnica de Implosión -añade Stampfl- no solo proporciona una nueva orientación teórica, sino también altera y, en algunos casos, modifica drásticamente los métodos de tratamiento existentes, además de sugerir nuevas líneas de experimentación con animales".

Las pretensiones, pues, de los creadores de la Terapia de Implosión no son pocas. Son muchas las implicaciones teóricas de esta técnica tal como la exponen Stampfl y Levis. Su valor, sin embargo, está en que proporciona al mismo tiempo un procedimiento experimental para su verificación. Si los experimentos no se realizan de una forma rigurosa y controlada, podemos ir verificando o falseando los diferentes aspectos implicados den la teoría, hasta llegar a determinar cuál es su efectividad y cuáles sus limitaciones. Si el eclecticismo está llamado a desaparecer, esto se deduciría de los mismos estudios experimentales.

La recuperación espontánea en la Psicoterapia:

La recuperación espontánea de las conductas neuróticas - sin ningún tipo de tratamiento - es un hecho que se ha puesto de manifiesto a partir de los estudios de Denker (1946), Levitt (1957, 1963) y Eysenck (1960). En el estu--

dio de Denker, 500 casos diferentes de neurosis fueron observados por sus respectivos médicos durante un período de cinco a seis años sin recibir ningún tipo de tratamiento. De estos 500 casos, el 70% se recuperó a los dos años de empezar el estudio, y el 90% después de los cinco años. El porcentaje de recuperación era una función creciente del número de semanas pasadas desde el comienzo del estudio.



(Recuperación espontánea según el estudio de Denker)

Si se compara el número de recuperaciones espontáneas a lo largo de x tiempo con el número de curaciones logradas por tratamiento psicoterapéutico, en el mismo tiempo, se observa que no hay diferencias significativas. De ahí el que no se pueda afirmar con ningún nivel de seguridad que las curaciones logradas por Psicoterapia se deban al mismo método utilizado y no a cualquier otra cosa.

Problema de la sustitución de síntomas

La sustitución de síntomas es un problema que tiene carácter empírico y no teórico. En el plano teórico, la cuestión de la sustitución de síntomas deriva de un problema semántico:

qué se entiende por síntoma y qué por causa del síntoma. En el plano práctico, el problema se reduce a estudios controlados y continuados sobre su presencia o ausencia.

La discusión sobre este tema, como si fuera un punto crucial que opusiera Psicoterapia y Terapia Conductista creemos se ha debido más a un prejuicio que a una realidad

Aunque los terapeutas de la conducta ponen el énfasis principal en la modificación de la conducta enferma - síntoma - sin preocuparse de la forma como se ha adquirido dicha conducta, la verdad es que todos ellos suponen un modelo causal explicativo del síntoma, basado en la Teoría del Aprendizaje. Las técnicas de modificación de la conducta aplican modelos de extinción correlativos a modelos de condicionamiento. En el fondo, decir que la Terapia Conductista no se preocupa de si la causa del síntoma no es del todo correcto. Lo que sí es verdad es que consideran la causa del síntoma - las variables de quien depende (Skinner)-a un nivel muy próximo al mismo síntoma, y no, como suponía la Psicoterapia, a niveles muy profundos de la personalidad y de la historia del individuo.

Sustitución de conductas inadaptativas podría darse sin rechazar los principios de la Terapia Conductista, y sin que esto suponga la defensa de teorías psicodinámicas.

"Desde el punto de vista de la teoría pavloviana, indica C. Franks, la conducta neurótica - síntoma - representa la manifestación externa de sucesos patológicos internos del sistema nervioso central. Por ello, tratar solo el síntoma sin intentar remediar la patología interna, podría producir una sustitución de síntomas".

Hasta hoy, sin embargo, la evidencia experimental - está en contra de la sustitución de síntomas. Los trabajos de Yates (1958), Ullman y Krasner (1965) y Gelder y Marks no encontraron tal fenómeno. De todos modos, los estudios

realizados hasta el momento son insuficientes y no definitivos.

Tendría interés montar nuevos experimentos en los que se intentara buscar y controlar este fenómeno.

MODELOS TERAPEUTICOS COMPLEJOS DE ANALISIS Y MODIFICACION DE CONDUCTA

(Ullirch & Ullirch)

Estractado del artículo del mismo título publicado en PELECHANO, V. y otros Ed. MAROVA.

Con la expresión de "modelos complejos de conducta" se alude a los aspectos sociales, biológicos y cognitivos de las formas de conducta anormal.

Se sigue el modelo típico de la terapia de conducta: terapia de extinción de síntomas complementada con un método que entrene y cultive nuevas pautas de comportamiento. Las técnicas empleadas por los autores son la "implosión" y el "programa de entrenamiento asertivo" (PEA). El trabajo de Ullrich & Ullrich estudia la eficacia de cada método por separado, previamente a la aplicación conjunta de ambas técnicas.

1. Método de implosión

a) Método y técnica: La denominación "método de implosión" se refiere a un procedimiento terapéutico con el que se persigue una habituación a la estimulación aversiva y la anulación del comportamiento evitativo mediante la presentación masiva y durante un tiempo relativamente largo, de los estímulos ansiógenos.

En este método se presentan los estímulos aversivos, primero de modo simbólico (estimulación verbal, cognitiva), hasta llegar a situaciones irreales. Después tiene lugar el enfrentamiento con la situación real. Es condición indispensable el que se presente la situación ansiógena sin que se sigan las consecuencias aversivas temidas por el paciente.

Los estímulos ansiógenos se descubren en cada caso a partir de una selección del material aportado por entrevistas y cuestionarios, que se presenta luego al paciente en forma de pequeñas historias en las que se acentúa progresivamente la intensidad de los estímulos. Los criterios de control utilizados son: autocalificaciones sobre el grado variante de ansiedad, medidas de ritmo cardíaco, cuestionario de personalidad (EMI) antes, durante y después de la implosión. En la aplicación se tienen en cuenta los diferentes tipos de ansiedad: motórica, vegetativa y psíquica.

b) Aspectos del método de implosión:

- desaparición de la conducta evitativa ante la presentación de estímulos ansiógenos simbólicos mediante un compromiso formal del paciente.
- Implosión, es decir, presentación masiva, intensa y prolongada de los estímulos ansiógenos.
- presentación de la situación real, una vez que los estímulos simbólicos ya no provocan ansiedad. Ello contribuye a crear una mayor congruencia entre el estado cognitivo alcanzado y el cambio observado en la respuesta vegetativa, antes aversiva.
- técnica de aprendizaje discriminativo mediante un esfuerzo consciente del paciente para lograr un estado de incongruencia cognitiva máxima (mediante la exageración de los estímulos):

c) Sintomatología: por el momento, la técnica se limita a los síntomas fóbicos, a síntomas obsesivos cuando pueden interpretarse por reacciones evitativas a estímulos fóbicos y a ataques de pánico cuando pueda aislarse el estímulo provocador.

d) Algunos resultados experimentales: aplicada la técnica a 15 pacientes con síntomas fóbicos, angustia flotante generalizada y ataques de pánico. Aplicada la implosión normal a 7 de esos pacientes, se logró hacer des

parecer totalmente la ansiedad; 5 de ellos totalmente recuperados y 2 con recaídas en síntomas distintos.

Con la implosión en vivo (3 casos) se obtuvo una mejora moderada.

Otros trabajos se han efectuado con habituación mediante fármacos que aminoran la reacción emocional ante las situaciones fóbicas (fármacos de efecto sedante central). La opinión de los autores es que para facilitar los cambios en la esfera cognitiva, es más efectiva la supresión periférica de la reacción autónoma condicionada (y no la central).

Respecto al tiempo de exposición de los estímulos, parece existir una relación directa con la intensidad del estímulo aversivo primero y el grado de aprendizaje de la reacción evitativa. La relación es inversa con la presentación de comportamientos alternativos.

e) Posibles explicaciones teóricas:

- Stampfl lo explica como un proceso de extinción de condicionamiento clásico. La exposición de estímulos condicionados sin presencia del refuerzo primario (EI) conduce a la desaparición del comportamiento evitativo condicionado.
- teorías de la excitación y el agotamiento: Al provocar continuamente una reacción emocional condicionada como la ansiedad, ésta puede agotarse a sí misma. La neutralización de los estímulos fóbicos complejos que provocan una sobreactivación podría disminuir el nivel de activación excesivo, creando así unas condiciones óptimas a la habituación.
- teorías cognitivas: Suponen un aprendizaje discriminativo en el desarrollo de nuevas técnicas de evaluación frente al estímulo aversivo: actuación de fuerzas que impelen a una compensación evaluativa (consonancia tras la extinción motora y vegetativa (Festinger)

f) Variables de la secuencia estímulo condicionado-reac. emocional condicionada-conducta evitativa:

Los estímulos pueden ser objetos, situaciones, emociones, imaginaciones. Pueden darse EC a consecuencia de una reacción autónoma, con la que se llega a establecer un circuito de feed-back. La generalización de estímulos se verifica por proximidad espacio-temporal o por categorizaciones significacionales de situaciones o similitudes categoriales.

En cuanto a la REC puede asentarse a través de refuerzos sociales (ser llevado a "hacer caso" a las molestias que se dicen sentir).

2. Programa de entrenamiento asertivo (PEA)

"Autoaserción"; Capacidad de tener aspiraciones propias, - atrever se a hacerlas públicas y ser capaz de llevarlas a cabo. La capacidad de autoaserción proporciona al individuo autoconfianza. La técnica pretende dar al paciente modos de conducta alternativos que posibiliten el control de los estímulos y refuerzos sociales patógenos:

La técnica del PEA intenta ser una alternativa a la terapia de conducta ortodoxa, según la cual se pretende que la simple eliminación de síntomas posibilite la reinserción social del paciente.

a) Bases del PEA:

Elaboración de un inventario de situaciones ansiógenas, cuyos ítems se distribuyen en cuatro grupos:

- . exponer las aspiraciones propias.
- . poder decir que no y criticar.
- . establecer contactos sociales.
- . autocritica pública.

Cada uno de estos grupos contiene las siguientes variables: acción a realizar, persona de referencia, comportamiento concreto y lugar de la acción. Cada variable se presenta según grados de dificultad crecientes.

b) Aplicación: Se crean situaciones cuya dificultad aumenta, desde unas sesiones de cambio de papeles ("Role - Playing"), hasta el ejercicio real en grupo bajo la supervisión de un instructor. Estas sesiones se completan con otras secundarias (aprendizaje observacional - expresión de los propios sentimientos de grupo...).

El programa puede interpretarse como un aprendizaje - discriminativo complejo en el que las pautas de conducta deseadas se refuerzan positivamente y se controlan las no deseadas. Se proporciona un refuerzo diferencial complejo e individual.

Los instrumentos de medida y control son cuestionarios de ansiedad social, inhibición e inseguridad, y el EMI.

c) Resultados experimentales: Se obtuvieron mejoras en las variables específicas a las que se dirigió previamente el PEA (inseguridad, inhibición, ansiedad psicológica). Tras seis meses de finalizar el tratamiento, se efectuó un control sobre sus efectos. Los pacientes localizados presentaron pautas de comportamiento similares a las observadas al fin del programa; resultados similares arrojaron los factores de ansiedad motora y vegetativa; las calificaciones de conducta fueron favorables al grupo en el que se aplicó el PEA, con diferencia significativa respecto al grupo de control.

BIBLIOGRAFIA EN CASTELLANO

- BEECH, H.R. "Teorías de la personalidad y Terapia de conducta". Publicado en BRIAN M. FOSS "Nuevos horizontes en Psicología". FONTANELLA, 1969.
- BORGER-SEABORNE. "Las teorías del aprendizaje y la conducta anormal". (Cap. 10 de "Psicología del Aprendizaje", - ibid. FONTANELLA)
- DELGADO, Milagros. "Formas de Terapia de conducta aplicada a niños subnormales". s.e.s.a.
- EYSENCK, H.J. "Nuevas vías en psicoterapia". Artículo publicado en la Revista de Psicología general y aplicada, - 1967. vols. I-II.
 - KIMBLE, G. "Condicionamiento y aprendizaje" (Cap. 14 - "Aplicaciones a la personalidad") Méjico, TRILLAS.
 - PELECHAND, V. y otros " MAROVA.
- SKINNER, B.F. "Ciencia y conducta humana". (Cap. XXIV "Psicoterapia") FONTANELLA.
- VILA CASTELLAR, Jaime. "La Terapia de Implosión: Un estudio experimental sobre su validez" s.e.s.a.

SELECCION DE LA BIBLIOGRAFIA EN INGLES

- BEECH, H.R. "Changing man's behaviour" PENGUIN BOOKS, 1969.
- EYSENCK, H.J. "Behaviour therapy and the neurosis" PERGAMUN PRESS, 1960.
- EYSENCK, H.J. "Experiments in Behaviour therapy" PERGAMUN PUBLICATIONS, London, 1967.

- FRANKS, Cyril M. "Behaviour therapy: Appraisal and status" MC.GRAWHILL, 1969.
- FREEMAN, T. "A psychoanalytic critique of behaviour therapy". British J. Medical Psychology vol. 41 pp. 39-46.
- MEYER, V y CHESSER, E.S. "Behaviour therapy in clinical - Psychiatry", PENGUIN BOOKS, 1970.
- WOLPE, J. "The practice of Behaviour therapy", PERGAMUN - PRESS, 1969.
- WOLPE, J. y LAZARUS, A.A. "Behaviour therapy techniques. A guide to the treatment of Neurosis" PERGAMUN PRESS, 1969.

LA LEY GENERAL DE EDUCACION Y LOS PROBLEMAS DE 2º DE COMUNES

Nuestros compañeros de 2º de Comunes nos pasan la siguiente información:

"Debido a la implantación de los Nuevos Planes de estudio que el Ministerio se propone para el próximo trimestre los alumnos de 2º nos hemos encontrado con una serie de limitaciones en los derechos a los que nuestra matrícula daba lugar: es decir, 4 convocatorias oficiales y dos libres. El deseo del Ministerio de aplicar el Nuevo Plan de Estudios de Filosofía y Letras "empezando desde cero", es decir, sin residuos de nuestro plan, nos ha llevado a la siguiente situación:

"Tenemos solo una nueva convocatoria oficial en Diciembre con un curso de mes y medio para prepararnos.

De no aprobar, o bien nos integramos en el nuevo Plan o bien pasamos a libres.

Todo ello nos ha causado una gran preocupación, por lo que hemos elevado una carta al Ministerio, firmada por la mayoría de nosotros y alumnos de especialidades, pidiendo todas las convocatorias a las que tenemos derecho. Es decir, la de Febrero, Junio y Septiembre.

Para que esto sea posible, queremos que el actual "cursillo" deje de serlo y se convierta en el curso "oficial" esto es, con clases hasta Junio, para que verdaderamente tengamos posibilidad de prepararnos como estudiantes Oficiales que somos.

Por tanto, aceptamos la convocatoria de Diciembre siempre y cuando sea optativa y esté dentro de las condiciones anteriores.

A continuación hemos pedido la inmediata reunión de la Junta de Facultad para que solucione estos problemas.

NOTA. - En los últimos días están llegando a compañeros la notificación para el pago de matrícula oficial (cada asignatura vale como si fuéramos a dar clase el curso entero) en el plazo de 3 días.

SITUACION DE LA PSICOLOGIA CLINICA EN MADRID

Ponencia elaborada por la Comisión de Psicología Clínica constituida en la reunión anual de la SEP en Salamanca (abril de 1972)

INTRODUCCION.

El progresivo crecimiento del número de licenciados en Psicología agrava alarmantemente el panorama de la falta de puestos de trabajo y de sus condiciones. Podríamos afirmar que en Madrid no pasan de la veintena los psicólogos clínicos que figuran en plantilla de centros estatales o paraestatales. Según cifras del PANAP existen 120 psicólogos en plantilla en el mismo PANAP en toda España. Y según palabras de un miembro de la subjunta de gobierno no se necesitarían de modo definitivo más de quinientos. La idea que se aprecia en estos directivos es que el psicólogo es una especie de ayudante-colaborador cuya función principal es pasar tests. Un dato significativo que lo corrobora es que en las posibles oposiciones al PANAP tendrán idéntico acceso al mismo puesto psicólogos y pedagogos. Esto muestra que no se exige ningún tipo de especialidad clínica porque de hecho el trabajo que se hace no es nada especial. Del mismo modo, en algunas clínicas, los psicólogos figuran como "auxiliar técnico". Hemos tenido conocimiento sobre la actitud de algunos miembros de la Junta de la Sociedad española de psiquiátrica contra los psicólogos clínicos. Se ha manifestado por la exclusividad en la aplicación de psicoterapia por parte de los psiquiatras, calificándonos de intrusos. En general, en las más altas esferas de la Psiquiatría, donde abundan los intereses creados hemos observado el miedo a una competencia económica por parte del psicólogo clínico. Nunca hemos visto un argumento científico en estos temores, verdaderamente creemos que no existen. Precisamente hemos observado una actitud muy positiva,

hacia nosotros por parte de los psiquiatras y médicos jóvenes o con cargos intermedios, incluso algunos jefes de servicios y directores de hospitales psiquiátricos. Estos, sin habérselo planteado, de motu propio ven en la psicología la solución de muchos problemas irresolubles dentro de su campo. Empiezan a ver que nuestro trabajo es absolutamente necesario, en muchos aspectos específicos y en otros complementarios con el suyo, especialmente en los trabajos de investigación. La actitud de los psiquiatras jóvenes que sufren más de cerca las condiciones de los hospitales psiquiátricos es de exigencia de psicólogos clínicos, entre otras muchas de sus reivindicaciones propias. En otros centros sanitarios o preventivos es manifiesta la necesidad de psicólogos, pero la administración no abre los cauces necesarios.

Toda esta labor realizada por la Comisión de Psicología Clínica se ha visto enormemente dificultada por la dispersión de los psicólogos, por la inexistencia de organismos corporativos, por la falta de estatutos de la profesión nada hay que controle la vida profesional ni que fije unos patrones mínimos para el trabajo. El trabajo de cada psicólogo depende exclusivamente de sí mismo, dando lugar a todo tipo de métodos y situaciones.

El número de parados o subempleados en psicología clínica es prácticamente total.

Para un análisis más detallado hemos realizado un trabajo extensivo de recogida de datos, referido sobre todo a las condiciones de trabajo de los psicólogos donde existe o a la situación donde no existen.

Los lugares visitados, de cuyos datos recogidos ofrecemos un resumen, son:

- 1º - Hospitales psiquiátricos: Francisco Franco, Leganés, Alcohete, Ciempozuelos, Camilo Alonso Vega, Clínica del PANAP.

- 2º - Hospitales generales: Servicios psiquiátricos del Clínico, La Paz, Gran Hospital, Concepción, Puerta de Hierro.
- 3º - Tribunal de Menores, Reformatorios, Inclusas, Cárceles.
- 4º - Datos sobre subnormales y centros de reeducación.
- 5º - Clínicas y Centros privados.

SITUACION EN LOS HOSPITALES PSIQUIATRICOS

Los datos más significativos de los Hospitales psiquiátricos son:

- La inexistencia o existencia limitadísima de psicólogos para poblaciones muy extensas de enfermos.
- La limitación del papel del psicólogo a pasador de tests.
- La situación de interinidad y la falta de contratos.
- Las reducidas jornadas de trabajo (4 horas al día o días alternos)
- Verdaderos períodos de prueba (varios años) como "asistentes voluntarios" y sin retribución alguna, hasta el ingreso en plantilla.
- La escasez de medios económicos y de material psicológico.
- Las posibilidades de hacer dinámica de grupos o terapias individuales se reducen a un número mínimo de enfermos.
- No existe la investigación en absoluto.

CIUDAD SANITARIA PROVINCIAL "FRANCISCO FRANCO" (CLINICA PSIQUIATRICA)

Tiene 150 enfermos. Consta de un psicólogo contratado

a media jornada (está ya concedida la contratación de otro psicólogo y el aumento a jornada completa). Existen, además, dos psicólogos como "asistentes voluntarios".

Las clínicas psiquiátricas cumplen la función de consulta en régimen ambulatorio o de control, que diariamente se realiza de una forma muy numerosa. Esta clínica tiene un contrato con la Seguridad Social.

El trabajo del Psicólogo suele consistir en la realización de exámenes psicológicos para los casos que son solicitados por los médicos psiquiatras. Para ello suele realizarse una entrevista y una batería de tests proyectivos y de inteligencia. La valoración del trabajo psicológico dentro de la clínica es positivo. La colaboración del psicólogo y sus funciones están supeditadas a los psiquiatras respectivos. Aunque se ve la labor del psicólogo como irremplazable y necesaria, la falta de personal en cantidad y preparación, juntamente con la desorganización del mismo departamento impiden que existan una mayor claridad en las funciones y, sobre todo, un poder desarrollar funciones más típicamente psicológicas (terapias, grupos, etc.).

SANATORIO PSIQUIATRICO "CONDE DE ROMANONES" ALCOHETE (GUADALAJARA)

Dispone de 280 camas y actualmente tiene 230 enfermos con diagnósticos de esquizofrenias, psicópatas, alcohólicos, depresivos, paranoicos, oligofrénicos y epilépticos. La orientación fundamental del sanatorio es la laborterapia que se lleva a cabo en diversos talleres. Esta orientación, en principio, hacer pensar que la existencia de psicólogos sería más numerosa, pero no es así. Existen dos psicólogos en plantilla cuya labor se limita a la aplicación de tests para elaborar el informe que un determinado psiquiatra ha solicitado. Así pues, la laborterapia no es dirigida ni controlada en ningún aspecto por el psicó-

logo, quedando los enfermos en manos de los cuidadores, los cuales se limitan a exigir que se trabaje, convirtiendo la la borterapia en una explotaterapia. Uno de los psicólogos lleva algunos grupos de psicoterapia, pero no es una función predominante.

HOSPITAL PSIQUIATRICO DE "CIEMPOZUELOS"

Recoge en dos secciones distintas a 1.000 enfermos y 1.500 enfermas. Los enfermos provienen de las Diputaciones de Avila, Cuenca y Madrid con las que los frailes (H. de San Juan de Dios) tienen hecho un contrato. Todos los enfermos que llegan de estas provincias tienen que ser admitidos ya que no existen otros centros sanitarios que puedan acogerlos. En alguna ocasión el número de enfermos ascendió a 5.000. Existen esquizofrénicos, alcohólicos, epilépticos, oligofrénicos... Hay un elevadísimo índice de homosexualidad. La plantilla de personal que cuida los 1.000 pacientes (hombres) consta de: 6 psiquiatras, tres en período de prácticas, tres asistentes sociales, un médico psicólogo. No existen A.T.S. Hay un médico internista y un cirujano.

El papel del "médico-psicólogo" se limita a aplicar de vez en cuando algún test. El único método terapéutico es el fármaco. Hay algo de ludoterapia, pero queda reducida a organizar alguna excursión.

HOSPITAL PSIQUIATRICO DE LEGANÉS

Existen 480 enfermos. Hay 30 psiquiatras, asistentes sociales, A.T.S. Hay un equipo de 5 Psicólogos. Es el único Hospital donde se dan unas ciertas condiciones de trabajo. Los psicólogos tienen consultas en equipo y participan como tal equipo en la consulta general. Realizan psicoterapia de grupo y en algunos casos especiales, psicoterapia individual, no obstante, su trabajo fundamental consiste en elaborar informes al ingreso de los enfermos o en ocasiones que ellos mismos

crean necesarios a partir de las interconsultas. Tienen cierta autonomía en su trabajo. Unos son licenciados y otros diplomados. Están equiparados al psiquiatra con la categoría de médico ayudante. Su jornada de trabajo es de 9 a 2 con un sueldo de 24.000 ptas. al mes. Consideran que el número de Psicólogos es reducido para atender al número de enfermos del centro. No hay posibilidad de realizar investigación.

CENTROS PILOTOS DEL PANAP

- Centro Piloto de la Salud mental.

Es importante destacar que el psicólogo trabaja en equipo con el psiquiatra desde el diagnóstico hasta la psicoterapia.

Los enfermos son seleccionados por el asistente social y sólo funciona en régimen externo. No se admiten, por tanto, crónicos ni profundos.

Se realiza, sobre todo, psicoterapia de grupo y actualmente se están poniendo en marcha otras técnicas terapéuticas: laborterapia, pintura, psicodrama, también dan inglés y cultura general. Por el centro pasan 3 o 4 enfermos por día. Hay tres psicólogos a media jornada por la cual reciben 10.000 ptas al mes. Hay falta de medios económicos y locales.

- Centro Piloto de Maudes.

Tiene un psicólogo cuya labor es la terapia de apoyo. Existe trabajo en equipo con todo el personal. Trabaja media jornada y su remuneración es de 20.000 ptas. al mes.

HOSPITAL PSIQUIATRICO CAMILO ALONSO VEGA

Existen dos psicólogos, pero solo uno en plantilla. También hay un grupo de "asistentes voluntarios". El psicólogo se limita a hacer informes a solicitud de un psiquiatra que se lee en las sesiones clínicas.

No existe otro tipo de terapia que el electroshock, neuroléticos y fármacos.

HOSPITALES NO PSIQUIATRICOS

Gran Hospital de la Beneficencia.

No existe servicio psiquiátrico, aunque se está gestionando con el PANAP. En todo el Hospital realiza visitas, como consulta privada, un psiquiatra. Existe una escuela de reeducación, Aquí trabajan dos maestros reeducadores del lenguaje, a su vez estudiantes de Se de Psicología. Estos hacen las funciones de Psicólogos en el resto del Hospital. Realizan 9 psicodiagnósticos diarios que solicita la dirección del servicio de neurología. Trabajan a jornada completa por 18.000 y 24.000 ptas. respectivamente; esta paga la perciben como maestros. A sus informes no se les dá gran valor, pero el servicio de neurología saca un interesante rendimiento sobre todo en cuanto al diagnóstico, con seguridad de lesiones orgánicas.

HOSPITAL CLINICO

Hay servicio de Psiquiatría con un Departamento de Psicología Clínica. Trabajan dos psicólogos que no cobran nada.

LA PAZ

Existe un servicio de psiquiatría infantil, pero no existe ningún psicólogo.

CLÍNICA DE PUERTA DE HIERRO

No existe servicio de Psiquiatría ni psicólogo.

CLINICA DE LA CONCEPCION

Existe un servicio de Psiquiatría en la que trabaja un Psicólogo a título de colaborador voluntario. El servicio no está vinculado a la Seguridad Social, por tanto, solo funciona a régimen de ambulatorio (no hay camas). En la institución solo funciona la consulta psiquiátrica, por tanto ningún en-

gún enfermo puede ser sometido a psicoterapia, aunque sí a nivel privado, en el mismo servicio y con los mismos psiquiatras. El psicólogo hace psicodiagnóstico y el C.I. a todos los servicios del hospital que se lo pidan. Trabaja tres días a media jornada. Cada día ve 12 enfermos que le son enviados por el psiquiatra. Hay consulta psiquiátrica otros tres días a la semana pasando 20 enfermos cada día. Hay 10 psiquiatras. Para el psicólogo se está gestionando el poder cobrar el servicio psicológico a los enfermos en particular. La plaza que de esta forma existiría saldría a concurso. Los dos directores psiquiátricos (infantil y adultos) solo cobran por la consulta privada que allí realizan.

TRIBUNAL TUTELAR DE MENORES

Hay un psicólogo diplomado (sacerdote) que trabaja en un gabinete con un psiquiatra y un pedagogo. Atiende prácticamente 1.000 jóvenes al año. Su trabajo es aplicar tests y dar algunas orientaciones. Los informes son en muchos casos cotejados o ampliados por los cuidadores de los reformatorios (religiosas) que explican a su gusto los defectos o preferencias por los jóvenes. El psicólogo ve a los muchachos sólo en esta ocasión si no se le requiere posteriormente. Hay dos reformatorios con 120 chicos y 50 chicas respectivamente. Todos ellos casi sin excepción provienen de clases muy bajas, predominando claramente los factores ambientales en la causa de sus conductas. La mayoría muestra rasgos psicopáticos o serios problemas psicológicos, siendo sus terapeutas habituales los religiosos o religiosas que los cuidan y los funcionarios de policía que los visitan con frecuencia. El psiquiatra visita los centros una vez por semana. Los delegados (abogados, 6 asistentes sociales) sólo tienen por las disposiciones legales la misión de vigilancia sobre los que quedan en libertad vigilada (una visita a domicilio una vez al mes)

Muy pocos se recuperan y una gran parte se orientan hacia la delincuencia. A la salida de los reformatorios pueden aspirar al servicio doméstico las chicas y a peones los chicos por regla general. Esto después de pasar varios años en este tipo de "colegios". Los chicos que no pasan a "reforma" pasan a protección. Para estos también hay unos "colegios" - llamados de protección. En ellos se dan problemas muy similares a los de los reformatorios, aunque estos chicos no hayan cometido ninguna falta. Salen con muchos problemas psicológicos, incluso retraso mental, enuresis... Laboralmente pueden aspirar a lo mismo que los anteriores. Se desprende que la existencia del gabinete es meramente decorativa y no puede resolver ninguno de los problemas que se les plantean.

CARCELES

Hemos sabido que existe un gabinete con dos psicólogos para toda la población reclusa de Madrid. Realizan un trabajo de investigación y control sobre las causas de la criminalidad. El trabajo terapéutico o la ayuda psicológica no existen en un campo tan problemático como éste, donde existen todo tipo de problemas psicológicos que se ven incrementados por unas condiciones vitales y físicas detestables.

SUBNORMALES

Existen 300.000 españoles subnormales. Hay 325 centros en toda España con un total de 25.000 plazas. 275.000 subnormales no reciben ningún trato especial. No sabe con exactitud el número de psicólogos que existen, pero podemos asegurar que no es superior a 20. Son significativos los precios de los centros para subnormales, en su mayoría privados: 5.000 ptas. al mes (medio pens ionistas) y 8.000 a 10.000 en régimen interno. Las becas mejor dotadas son de 2.000 ptas. al mes.

Centros Privados:

Se caracterizan por su clasismo, la baja calidad, por las inmensas dificultades de mantenimiento en los casos más honrosos; elevadísimos precios, que en algunos casos llegan a 6.000 ptas al mes por cuatro sesiones terapéuticas. Sobre estas cuestiones no existe ningún control.

CONCLUSIONES

De toda la situación expuesta anteriormente, se deduce que los psicólogos clínicos nos encontramos en una etapa con carácter de prueba, en una constante provisionalidad, - sin contratos laborales y sin respaldo en ley alguna. Así, se mantiene en suspenso cualquier legislación o estatuto que aclare nuestras funciones o defina nuestros puestos de trabajo. Podríamos decir que somos mantenidos en un cierto oscurantismo.

- En contraste con esto, se aprecia una tendencia favorable hacia nosotros en los escalones profesionales más cercanos. Algunos cargos directivos, curiosamente, se han interesado por nuestros conocimientos, que se muestran cada vez más indispensables en el tratamiento clínico.

También se destaca el carácter decorativo o para cubrir apariencias de nuestros puestos de trabajo, sin que importe demasiado su efectividad.

- En definitiva, es una profesión provisional que, en cualquier momento, podría ser barrida por intereses o presiones ajenas a la ciencia o ser mantenida en el actual estado por tiempo indefinido.

Consideramos que existen varias razones fundamentales para mantenernos en esta situación de provisionalidad:

- La incorporación de psicólogos clínicos en número y calidad de trabajo suficientes tendrá que suponer una revi-

sión definitiva junto con los demás profesionales, del concepto que se tiene sobre los enfermos mentales y el trato que, tradicionalmente, vienen recibiendo.

- La Psicología y la Psiquiatría son ciencias jóvenes, en las que la investigación sin cortapisas sería imprescindible para su desarrollo y posibilitar su eficacia. Esta investigación ponen en evidencia, allí donde se realiza, el origen y carácter social de muchas enfermedades mentales.

Es evidente la cada vez mayor problematización psicológica de muchos individuos en una sociedad como la nuestra. Esto significa que la psicología debe incidir por medios psicoprofilácticos en todo el medio ambiente, incluso en las propias estructuras sociales neurotizantes. (No hay más que recordar que un 30% de las oligofrenias existentes en España tienen su origen en la desnutrición, y a menudo, en la falta de psicoprofilaxis durante el embarazo).

- Habría que revisar el carácter clasista con que se utiliza en muchos casos el coeficiente intelectual, tendiendo a perpetuar las condiciones del individuo más que a resolverlos.

- Tendríamos que denunciar la falta de medios que se ponen para resolver estos problemas que en buena medida lo dejarían de ser de modo inmediato.

- Con la psicología científica llegamos a descubrir el carácter mismo de la sociedad familiar o política, que colabora a neurotizarse y enloquecer a sus miembros, como han concluido en sus elaboraciones los exponentes de la antipsiquiatría.

- Nuestra presencia significaría la cada vez mayor introducción de la psicología en todas las áreas de la medicina.

- Pensamos que las funciones del psicólogo clínico sólo podrán

Con un gran aumento de psicólogos en los centros y clínicas psiquiátricas, con la creación de nuevos centros y organismos de tipo profiláctico, con la inclusión de psicólogos clínicos en todas las instituciones que necesitan el establecimiento de la recuperación y orientación psicoterapéutica, como reformatorios, orfanatos, cárceles, centros de reeducación y rehabilitación, hospitales, instituciones juveniles, centros de trabajo en condiciones difíciles para la adaptación, asilos de ancianos, etc.

PERSPECTIVAS: Consideramos que la lucha de los psicólogos en estos momentos pasa:

- por la coordinación y unión de todos los psicólogos.
- estrecha colaboración con los psiquiatras jóvenes, en situación tan penosa como la nuestra.
- Búsqueda de compromisos en los mandos intermedios que pudieran sernos favorables para la ampliación de puestos de trabajo y mejora de condiciones.
- Denuncia y esclarecimiento de nuestra posición y la situación de los enfermos ante la opinión pública y los profesionales sanitarios.

REIVINDICACIONES:

- Realización de contratos laborales a todos los psicólogos que trabajen sin él.
- Salida a concurso público de nuevos puestos de trabajo para psicólogos en todos los centros clínicos por número determinado de enfermos.
- Inclusión de la Psicología y los psicólogos clínicos en la Seguridad Social, en la perspectiva de la socialización de todas las áreas de la salud.

- Establecimiento de una legislación que delimite nuestras atribuciones.
- Creación de organismos profesionales, en primer lugar el Colegio de Psicólogos.

Publicamos las más recientes adquisiciones de la Biblioteca de nuestra facultad y señalamos con asterisco los libros que nos parecen de especial interés:

- * BENDER, B. Test gúestáltico visomotor.
- * Titchener, E.B. "Experimental psychology".
Fraisse Psicofisiología de la conducta.
FRAISSE, La percepción.
- * SZASZ, El mito de la enfermedad mental.
- * Revista LEARNING AND MOTIVATION (1970-71-72)
ULRICH, R. Control de la Conducta Humana.
CASHDAN, S. Psicología de la conducta anormal.
MEGARGEE, E.I. Métrica de la personalidad.
- * FOESSA FUNDACION, Suplemento al informe sociológico sobre la situación social de España 1.970.
PORTUONDO, JUAN A. El Rorschach psicoanalítico.
GEISSMAN, P. Los métodos de relajación.
JASPERS, K. Psicopatología general.
PRIVER, M. Anatomía humana.
HOLLANDER, E. Principios y métodos de psicología Social.
MENS, H. Endocrinología psicosomática.
FRAISSE, P. Motivación, emoción y personalidad.
- * REUHLIN, M. La Psicología diferencial.
MATISSON M.D. Familia e institución escolar.
PENROSE, Introducción a la genética humana.

- HUMPHREY, G. Psicología del pensamiento.
- GOFFMAN, E. Estigma "La identidad deteriorada".
- * THORNDIKE E.I. Human Learning.
- BOYLE, D.G. Lenguaje and Thinking in human development.
- BOLLES, R.C. Teoría de la motivación investigación experimental y evaluación.
- KASANIN, J.S. Lenguaje y pensamiento en la esquizofrenia.
- MONTMOLLIN, M. "Introducción a la ergonomia". Los sistemas hombres-máquina.
- EYSENCK, H.J. Raza, inteligencia, educación, teoremas, vol.8
- LAING, R.D. "The politics of the family".
- ROSEN, C. The lenguaje of primary School Children.
- GOFFMAN, E. Ritual de la interacción.
- DONALD, N.A. El procesamiento de la información en el hombre.
- PELICIER, I. Historia de la psiquiatría.
- SHAPIRO, D. Los estilos neuróticos.
- HARRIMAN, Dictionary of psychology.
- SIDMAN, Tácticas de investigación científica.
- REICH, W. Psicoanálisis y educación.

La suscripción a esta revista queda abierta por el precio de 150 ptas. siendo valedera hasta fin de curso y por un total de siete números.

Hemos mantenido el precio inicial de la revista, a pesar de la subida de precios de material e impresión, a fin de que siga siendo accesible al mayor número posible de personas. Esto hace que la financiación de la revista resulte estar supeditada a la venta íntegra de cada tirada.

Por eso, rogamos a quien voluntariamente pueda, se suscriba por una cantidad mayor.

Para hacer las suscripciones es necesario enviar al apartado de Correos nº 46.308 de la sucursal nº 46 de Madrid

1º - El boletín de suscripción que se adjunta seguidamente.

2º - El comprobante (número de talón ogiro) de haber ingresado el dinero en la cuenta corriente nº 60-06913-1 de la siguiente entidad bancaria:

BANCO POPULAR ESPAÑOL
Sucursal 16 - Madrid

BOLETIN DE INSCRIPCION

NOMBRE:

APELLIDOS

CALLE O PLAZA

Nº TELEFONO CIUDAD

PROVINCIA

PROFESION

ESTUDIOS