



PSIQUE ACADÉMICA · LECTURA DE CIMENTACIÓN

Nacimiento y evolución de la psicología clínica y de la salud

Psicología Clínica y de la Salud

Sesión S01 · Nacimiento y evolución de la psicología clínica y de la salud

01

Doble origen: la crónica de una emancipación

Imagínalo por un momento: Filadelfia, 1896. No existen los psicólogos clínicos como los conocemos hoy. La psicología es una disciplina joven, experimental, encerrada en laboratorios universitarios y debatiendo sobre tiempos de reacción y estructuras de la conciencia. En ese contexto, un profesor llamado Lightner Witmer recibe en su laboratorio a un niño con severas "dificultades crónicas en la ortografía". En lugar de medir sus procesos básicos, Witmer decide hacer algo radical: evaluarlo para ayudarlo. Diseña un programa de intervención. En ese preciso instante, al aplicar el conocimiento psicológico para aliviar el sufrimiento de una persona, funda la primera clínica psicológica del mundo y, con ella, la psicología clínica como profesión. Más de un siglo después de ese acto fundacional, la escena en América Latina es agri dulce. Aunque la psicología clínica ha echado raíces profundas, su integración plena en los sistemas de salud pública sigue siendo una batalla en curso.

La historia de la psicología clínica y de la salud es la crónica de una emancipación. Es el relato de cómo una disciplina, nacida en las entrañas de la filosofía y la medicina, luchó por forjar una identidad autónoma, un método propio y un campo de acción definido. No fue un camino lineal ni sencillo. Durante décadas, la figura del psicólogo osciló entre la del filósofo especulativo y la del técnico auxiliar del médico psiquiatra. La idea de que los problemas del "alma" o del comportamiento pudieran ser abordados con herramientas científicas, sin recurrir necesariamente al bisturí o al diván, era revolucionaria y, para muchos, herética. Este arco narrativo nos lleva desde un mundo dominado por el modelo biomédico, donde toda dolencia se explicaba por un desajuste orgánico, hasta el paradigma biopsicosocial que hoy defendemos, donde entendemos la salud y la enfermedad como un tejido complejo de factores biológicos, psicológicos y sociales.

Para navegar este complejo panorama, es crucial trazar un mapa conceptual claro. A menudo, en los pasillos de la facultad y en las conversaciones cotidianas, los términos "psicología clínica" y "psicología de la salud" se usan de manera intercambiable, pero esto es una imprecisión que un profesional no puede permitirse. La psicología clínica, en su acepción más tradicional, se ha enfocado en la evaluación, el diagnóstico, la explicación y el tratamiento de los trastornos mentales y del comportamiento. Su objeto de estudio es la psicopatología, el malestar que encaja en categorías diagnósticas como la depresión, la ansiedad o la esquizofrenia. Por otro lado, la psicología de la salud, un campo mucho más joven, amplía el foco de manera espectacular. No se pregunta solo por el trastorno, sino por la intrincada relación entre nuestros comportamientos, pensamientos y emociones, y nuestra salud física. Ambas disciplinas no son enemigas; son aliadas, dos caras de la misma moneda que buscan el bienestar humano desde ángulos complementarios.

La historia de la psicología clínica y de la salud es la crónica de una emancipación.

TÉRMINOS CLAVE

modelo biomédico — Enfoque que explica toda dolencia por un desajuste orgánico, sin considerar factores psicológicos ni sociales; antecesor histórico del paradigma biopsicosocial.

02

Orígenes históricos: de la filosofía al consultorio

Para comprender el nacimiento de la psicología clínica, debemos retroceder a un tiempo en que la locura era dominio exclusivo de la medicina y la filosofía. Antes de 1896, la idea de un "psicólogo clínico" era inexistente. Las personas con aflicciones mentales severas eran confinadas en asilos, tratadas con métodos rudimentarios que iban desde las sangrías hasta las duchas de agua helada, bajo la premisa de que su mal era puramente orgánico. Philippe Pinel, en la Francia posrevolucionaria, había protagonizado un gesto humanista fundamental al "liberar a los alienados de sus cadenas", proponiendo un "tratamiento moral" que reconocía su humanidad, pero la psiquiatría seguía siendo la única autoridad. Fue en este terreno donde comenzaron a germinar las semillas. Neurólogos como Jean-Martin Charcot en el hospital de la Salpêtrière en París, a través de sus famosas demostraciones con pacientes histéricas utilizando la hipnosis, empezaron a sugerir que síntomas físicos dramáticos (como parálisis o cegueras) podían tener un origen puramente psicológico, no neurológico. Esto abrió una grieta en el monolito del modelo biomédico.

Sin embargo, el paso decisivo no vino de la medicina, sino de la propia psicología experimental. Lightner Witmer, un psicólogo formado en el laboratorio de Wilhelm Wundt en Leipzig —la cuna de la psicología científica—, regresó a la Universidad de Pensilvania con una visión distinta. No le bastaba con medir los procesos mentales; quería aplicarlos. El caso que lo cambió todo fue el de Charles Gilman, un niño de 14 años que, a pesar de ser inteligente, era un "mal deletreador crónico". Su maestra, desesperada, lo refirió a Witmer. En lugar de someterlo a experimentos de percepción, Witmer realizó una evaluación exhaustiva, identificando un posible problema de visión y dificultades en la memoria visual y auditiva. A partir de ahí, diseñó un programa de "ortopedia pedagógica", un entrenamiento sistemático y personalizado. Al cabo de un tiempo, Charles mostró una mejoría notable. Witmer se dio cuenta de que había creado algo nuevo: una "psicología clínica". En 1896, fundó la primera clínica psicológica del mundo en esa universidad, dedicada inicialmente a niños con problemas de aprendizaje.

Casi simultáneamente, en Francia, Alfred Binet y Théodore Simon recibieron el encargo del gobierno de crear una herramienta para diferenciar a los niños que necesitaban educación especial. El resultado, en 1905, fue la primera escala de inteligencia, un instrumento que no

pretendía medir una "inteligencia" innata, sino evaluar el rendimiento intelectual actual para tomar decisiones prácticas. Este enfoque en la medición se vio catapultado por las dos Guerras Mundiales: el ejército estadounidense necesitaba clasificar a millones de reclutas de forma rápida y eficiente, y psicólogos como Robert Yerkes desarrollaron los tests Army Alpha (para letrados) y Army Beta (para analfabetos o no angloparlantes), evaluando a más de 1.7 millones de soldados. En América Latina, la influencia del psicoanálisis fue particularmente potente y temprana, especialmente en Argentina, donde figuras como Enrique Pichon-Rivière y José Bleger lo integraron con una perspectiva social, creando la "psicología social pichoniana".

En 1896, fundó la primera clínica psicológica del mundo en esa universidad, dedicada inicialmente a niños con problemas de aprendizaje.

TÉRMINOS CLAVE

ortopedia pedagógica — Programa de entrenamiento sistemático y personalizado diseñado por Witmer para el caso de Charles Gilman; germen práctico de la evaluación e intervención clínica.

03

Consolidación profesional: modelo Boulder y terapias basadas en evidencia

Si la primera mitad del siglo XX fue la infancia de la psicología clínica, la segunda mitad fue su turbulenta adolescencia y su consolidación como una profesión madura y regulada. El fin de la Segunda Guerra Mundial actuó como un catalizador inesperado y masivo. Miles de veteranos regresaban a casa con profundas heridas psicológicas, lo que hoy llamaríamos trastorno de estrés postraumático. La psiquiatría tradicional, con sus recursos limitados y su enfoque a menudo farmacológico, era incapaz de hacer frente a esta demanda sin precedentes. El gobierno de Estados Unidos, a través de la Administración de Veteranos, se vio en la necesidad de recurrir a los psicólogos, no solo para evaluar, sino fundamentalmente para tratar. Esto generó una pregunta urgente: ¿cómo formar a estos nuevos profesionales?

En 1949, en una histórica conferencia en Boulder, Colorado, los líderes de la psicología estadounidense dieron forma al que se conocería como el "modelo del científico-profesional" o "modelo Boulder". Este modelo proponía una formación dual: el psicólogo clínico debía ser, ante todo, un científico riguroso, capaz de investigar y evaluar críticamente la evidencia, y al mismo tiempo, un profesional competente, capaz de aplicar ese conocimiento científico en la práctica clínica. Este modelo, con su énfasis en el doctorado (Ph.D.) como grado terminal, se convirtió en el estándar de oro de la formación clínica en Estados Unidos y ejerció una influencia inmensa a nivel mundial. Sin embargo, este nuevo estatus profesional vino acompañado de un desafío formidable. En 1952, el psicólogo británico Hans Eysenck publicó

un artículo provocador que cayó como una bomba en la comunidad terapéutica. Tras revisar los estudios existentes, Eysenck concluyó que no había evidencia sólida de que la psicoterapia fuera más efectiva que la "remisión espontánea"; es decir, que las personas mejoraran simplemente con el paso del tiempo.

La crítica de Eysenck, aunque metodológicamente discutible, fue un llamado de atención ineludible. La psicología clínica, si quería ser respetada como una ciencia, no podía basarse en la anécdota, la intuición o la autoridad carismática del terapeuta. Necesitaba demostrar su eficacia de manera rigurosa. Esta presión por la evidencia fue el motor para el desarrollo de nuevas formas de terapia, más estructuradas, breves y, sobre todo, empíricamente validables. Joseph Wolpe, trabajando con los principios del condicionamiento clásico, desarrolló la "desensibilización sistemática" para tratar las fobias, dando origen a la terapia conductual. Poco después, Aaron Beck y Albert Ellis, partiendo de la observación de que los pensamientos y las interpretaciones de los eventos eran la causa del sufrimiento emocional, desarrollaron la terapia cognitiva y la terapia racional emotiva conductual, respectivamente. La fusión de estas corrientes daría lugar al poderoso enfoque cognitivo-conductual (TCC). La consolidación de la profesión también implicó la creación de organismos reguladores: en Colombia, el proceso culminó en 2006 con la Ley 1090, que reglamentó el ejercicio de la profesión y creó el Colegio Colombiano de Psicólogos (Colpsic).

La crítica de Eysenck, aunque metodológicamente discutible, fue un llamado de atención ineludible.

TÉRMINOS CLAVE

modelo Boulder — "Modelo del científico-profesional" adoptado en la conferencia de 1949 en Boulder, Colorado: el psicólogo clínico debe ser a la vez científico riguroso y profesional competente.

04

Surgimiento de la psicología de la salud: del síntoma al comportamiento

A medida que la psicología clínica se consolidaba en su rol de tratar los trastornos mentales, una nueva frontera comenzaba a dibujarse. Hacia la década de 1970, el panorama de la salud en los países desarrollados había cambiado drásticamente. Las enfermedades infecciosas, que habían sido las principales causas de muerte, habían sido en gran parte controladas por las vacunas y los antibióticos. En su lugar, emergieron las enfermedades crónicas no transmisibles: enfermedades cardíacas, cáncer, diabetes, enfermedades respiratorias. Los médicos y epidemiólogos empezaron a notar un patrón inquietante: estas enfermedades estaban íntimamente ligadas a los estilos de vida y a los comportamientos de las personas.

Fumar, una dieta poco saludable, la falta de ejercicio, el estrés crónico; estos no eran virus ni bacterias, eran patrones de comportamiento. El modelo biomédico, que buscaba una causa biológica única para cada enfermedad, se mostraba insuficiente para explicar y, sobre todo, para prevenir esta nueva epidemia.

En este contexto, en 1978, el psicólogo Joseph Matarazzo, entonces presidente de la Asociación Americana de Psicología (APA), acuñó formalmente el término "psicología de la salud" y la definió como "el conjunto de contribuciones específicas, educativas, científicas y profesionales de la disciplina de la psicología a la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad, y la identificación de los correlatos etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y las disfunciones relacionadas". Los campos de aplicación eran vastos: un psicólogo de la salud podría trabajar en la promoción de conductas preventivas (como el uso del cinturón de seguridad o la práctica de sexo seguro), en mejorar la adherencia a los tratamientos médicos, en ayudar a los pacientes a afrontar el impacto emocional y conductual de una enfermedad crónica como el cáncer, o en diseñar programas comunitarios para fomentar estilos de vida saludables.

Es fundamental esclarecer la diferencia con otros dos términos relacionados. La "psicología médica" es un campo más antiguo y se refiere generalmente a la aplicación de la psicología en el entorno hospitalario, a menudo con un rol más subordinado al médico, centrándose en la reacción del paciente a la enfermedad. La psicología clínica se centra en la psicopatología. La psicología de la salud es más amplia, proactiva y preventiva: no espera a que aparezca el trastorno mental; interviene sobre los comportamientos de riesgo y los factores protectores antes de que la enfermedad se instaure. La terapia cognitivo-conductual (TCC) se ha mostrado altamente eficaz para el manejo del dolor crónico; las intervenciones conductuales son un pilar en el tratamiento de la diabetes tipo 2. En América Latina, destacan los exitosos programas para el control de la hipertensión arterial en Chile y las políticas de control del tabaquismo en Uruguay, reconocidas mundialmente.

La psicología de la salud es más amplia, proactiva y preventiva. No espera a que aparezca el trastorno mental; interviene sobre los comportamientos de riesgo y los factores protectores antes de que la enfermedad se instaure.

TÉRMINOS CLAVE

psicología de la salud — Conjunto de contribuciones de la psicología a la promoción y el mantenimiento de la salud, la prevención y el tratamiento de la enfermedad; término acuñado por Joseph Matarazzo en 1978.

Campos de acción actuales e integración latinoamericana

Hoy, el abanico de posibilidades para un psicólogo clínico y de la salud es más amplio y diverso que nunca. El tradicional consultorio privado, donde el profesional atiende a pacientes en un formato uno a uno, sigue siendo una opción viable y muy extendida. Sin embargo, reducir la profesión a esta única imagen sería ignorar la enorme expansión que ha tenido lugar, especialmente en las últimas décadas y con un matiz particular en América Latina. El sector público se ha convertido en un empleador fundamental. La integración de la psicología en el primer nivel de atención es quizás uno de los avances más significativos: siguiendo las recomendaciones de la OPS de acercar la salud mental a la comunidad, cada vez más centros de salud y equipos de medicina familiar en países como Chile, Brasil o Colombia cuentan con psicólogos que realizan tamizajes, intervenciones breves y derivaciones.

Los hospitales generales son otro campo de batalla fundamental. El psicólogo de interconsulta (o psicólogo de enlace) trabaja codo a codo con médicos de otras especialidades. Puede ser llamado para evaluar el estado de ánimo de un paciente que acaba de sufrir un infarto, para ayudar a un niño con cáncer a manejar el miedo a los procedimientos médicos, o para evaluar la capacidad de un anciano para tomar decisiones sobre su tratamiento. En clínicas más especializadas, el rol es aún más específico: en oncología, el psico-oncólogo acompaña al paciente y su familia; en unidades de cardiología, se enfoca en la rehabilitación cardíaca. Los programas comunitarios representan otra veta de enorme importancia social: en Colombia, el Programa de Atención Psicosocial y Salud Integral a Víctimas (PAPSIVI) ha desplegado psicólogos en todo el territorio para atender a las víctimas del conflicto armado.

En todos estos escenarios, el trabajo en equipos interdisciplinarios se ha convertido en el estándar de oro. El psicólogo ya no es un llanero solitario; dialoga, debate y construye planes de tratamiento junto a médicos, enfermeras, trabajadores sociales y terapeutas ocupacionales. Sin embargo, este panorama prometedor coexiste en América Latina con desafíos estructurales gigantescos: la inequidad en la cobertura entre zonas urbanas y rurales es abismal, el agotamiento profesional (burnout) entre los psicólogos del sector público es alarmantemente alto, y el estigma asociado a los problemas de salud mental sigue siendo una barrera formidable. No obstante, también surgen oportunidades: la pandemia de COVID-19 aceleró de forma exponencial la adopción de la telesalud mental, abriendo la posibilidad de llegar a poblaciones antes inaccesibles.

El psicólogo ya no es un llanero solitario; dialoga, debate y construye planes de tratamiento junto a médicos, enfermeras, trabajadores sociales y otros profesionales.

psicólogo de interconsulta — También llamado psicólogo de enlace: trabaja dentro de un hospital general junto a médicos de otras especialidades, evaluando y apoyando a pacientes con condiciones médicas.

06

Regulación profesional y código ético en LATAM

El ejercicio de la psicología en América Latina no es un acto librado al azar, sino una práctica rigurosamente regulada por leyes y códigos deontológicos que buscan proteger tanto al público como a los profesionales. Cada país tiene su propio marco, pero comparten principios fundamentales como la competencia, la confidencialidad y la responsabilidad. En Colombia, la Ley 1090 de 2006 es la piedra angular. Establece que para ejercer la psicología se requiere título universitario y tarjeta profesional, expedida por el Colegio Colombiano de Psicólogos (Colpsic). Colpsic, además, funge como tribunal deontológico, investigando y sancionando las faltas éticas.

En México, la situación es más fragmentada. Aunque la Dirección General de Profesiones exige una cédula profesional para ejercer, no existe un colegio único con potestad sancionatoria a nivel nacional. Organismos como el Consejo Nacional para la Enseñanza e Investigación en Psicología (CNEIP) acreditan la calidad de los programas universitarios, pero la vigilancia del ejercicio es menos centralizada. Argentina, con su larga tradición psicoanalítica y una de las tasas de psicólogos per cápita más altas del mundo, tiene una regulación federal: la Federación de Psicólogos de la República Argentina (FePRA) aglutina a los colegios provinciales, y cada provincia tiene sus propias leyes de ejercicio profesional, lo que crea un mosaico normativo. En Chile, el Colegio de Psicólogos de Chile A.G. promulgó un Código de Ética Profesional, y aunque la colegiatura no es obligatoria para ejercer, la adscripción al código es un estándar de buenas prácticas y los tribunales de ética del colegio pueden sancionar a sus miembros. Conocer el marco legal y ético de tu país no es una opción, es el primer deber de todo futuro psicólogo.

Conocer el marco legal y ético de tu país no es una opción, es el primer deber de todo futuro psicólogo.

TÉRMINOS CLAVE

Ley 1090 — Ley colombiana de 2006, piedra angular de la regulación profesional: exige título universitario y tarjeta profesional, y crea el Colpsic como tribunal deontológico.