

Aproximaciones a una clínica psicológica y su método, fundamentada en la epistemología compleja y adecuada a contextos postmodernos

Approaches to psychological clinical and its method grounded in complex epistemology and adapted postmodern contexts

Juan Carlos Jaramillo Estrada* ; Alejandra Escobar Zuluaga†; Carlos Sandoval Casilimas‡

^{1 2} Universidad CES, ³ Universidad Autónoma Latinoamericana, Colombia

Forma de citar: Jaramillo, J.C., Escobar, A., & Sandoval, C. (2015). Aproximaciones a una clínica psicológica y su método, fundamentada en la epistemología compleja y adecuada a contextos postmodernos. *Revista CES Psicología*, 8(1), 134-154.

Resumen

El propósito de este artículo es presentar una propuesta de clínica psicológica y su método adecuada a los contextos postmodernos y fundamentada en la epistemología compleja. Para el efecto, se realiza un recorrido por el concepto "clínica", con especial énfasis en lo clínico en psicología, y una ilustración de los cambios acaecidos con el paso de la modernidad a la postmodernidad. Se desarrollan los fundamentos de la clínica psicológica enclavados en la catastroficidad, caoticidad, borrosidad y fractalidad. Finalmente, se describe el método clínico psicológico. El método así propuesto se convierte en una alternativa para adecuar lo clínico en psicología a los retos y exigencias propios la época postmoderna, haciéndola más pertinente y contextualizada.

Palabras clave: Clínica Psicológica, Postmodernidad, Epistemología Compleja

* Magíster en Psicología. Psicólogo. Docente Investigador Universidad CES. jjaramilloe@ces.edu.co

† Psicóloga. Profesional de enlace Clínica CES-Facultad de Psicología. Docente investigadora Universidad CES. aescobarz@ces.edu.co

‡ Doctor en Educación, Magister en Desarrollo Educativo y Social, Psicólogo. casandoval2005@hotmail.com

Abstract

The aim of this article is to present a proposal of clinical psychology and its method adapted to postmodernity and based in complex epistemology. Initially, a historical approximation of the concept "clinic" is developed with special emphasis on "clinic in psychology". Then, modernity and postmodernity are compared showing their differences during the transition from one to another and using this comparison as the frame to present the basis of a clinical psychology based on fuzzy sets, catastrophe theory, fractal theory and chaos theory as their principles. Finally, it is described the Psychological clinical method. Thus, the proposed method becomes an alternative to adequate clinical psychology at the proper challenges and demands of postmodern era, more relevant and contextualized.

Keywords: Clinical Psychology, Postmodernity, Postmodernism, Complex Epistemology

Introducción

La condición postmoderna ha comportado una transformación radical en la cosmovisión que había prevalecido a lo largo de los últimos dos siglos (Lipovetsky, 2000; Lyotard, 1989). El cuestionamiento a los supuestos básicos de la modernidad ha implicado para la psicología, y dentro de ella para lo clínico, una seria confrontación con las formas tradicionales de formación, conceptualización, investigación e intervención de las problemáticas pertinentes al campo, las cuales han estado basadas en dichos supuestos modernos desde el momento mismo de su emergencia a finales del siglo XIX (Silva, 2011). La psicología clínica se ve ahora confrontada por la postmodernidad en su concepción teleológica (adaptación), en su objeto (problemas o trastornos de la conducta o el comportamiento), sus objetivos (tratamiento, curación, orientación), sus supuestos básicos (metarelatos de desarrollo, personalidad y psicopatología) y métodos (ceranos al método clínico médico), todo lo cual implica para ella la refundación de sus posibilidades de inserción al contexto a través de lecturas pertinentes de las problemáticas objeto de atención y con alto impacto social.

En tal sentido, se hace necesario para la psicología la generación de marcos conceptuales y de intervención que respondan a la cosmovisión postmoderna, con el fin de adaptar su ejercicio de manera pertinente a las nuevas características, retos y exigencias emergentes de ella, generando así un impacto positivo en las condiciones de salud mental de la población. No solamente las problemáticas tradicionalmente objeto de la psicología demandan nuevas formas de conceptualización y abordaje a la luz de las nuevas formas de organización postmoderna, sino que, además, están emergiendo algunas otras para las que se requieren nuevas estrategias comprensivas que deriven en intervenciones eficaces en pos de su resolución.

Si bien dicha adecuación es requerida para la psicología en todos sus campos, es más urgente para aquella psicología que se ocupa de lo clínico en tanto es el campo que se encarga primordialmente de las intervenciones en problemáticas en salud mental con alta prevalencia e incidencia en el contexto y, por ende, aquel que puede generar mayor impacto en las condiciones de vida de su población objeto de atención al realizar intervenciones ajustadas a las necesidades de las personas y adecuadas a sus condiciones contextuales (Phares, 2003).

Así, la creación de una clínica psicológica y su método adecuada a las características ontológicas, epistemológicas y antropológicas de la postmodernidad y fundamentada en la epistemológica compleja, podría ofrecer una alternativa para la conceptualización y el abordaje clínico de las problemáticas propias del campo de una manera contextualizada, pertinente y efectiva, impactando positivamente las condiciones de salud mental de la población.

Psicología clínica: los inicios

Clínica” (Del lat. *clinice*, y este del gr. *κλινική*, de *κλίνη*, lecho).

1. f. Ejercicio práctico de la medicina relacionado con la observación directa del paciente y con su tratamiento. Un tratado de clínica.
2. f. Conjunto de las manifestaciones de una enfermedad.
3. f. Establecimiento sanitario, generalmente privado, donde se diagnostica y trata la enfermedad de un paciente, que puede estar ingresado o ser atendido en forma ambulatoria.
4. f. p. us. Departamento de los hospitales destinado a la enseñanza universitaria de la clínica. (Real Academia Española, 2013).

Además de lo que pueda colegirse de la definición dada por la Real Academia Española, la palabra clínica, entendida como acompañar al enfermo en su lecho, comprendía en sus orígenes dos vertientes claramente diferenciadas. La primera, ligada a la lógica de cuidado, fue ampliamente extendida en las civilizaciones antiguas y comprendía el cuidado de sí y de los otros, e implementaba una clínica centrada en la conversación y en las formas clásicas de relación mediadas por criterios éticos que determinaban el ser individual y social (Fraguas, 2007). En ella no se trataba exclusivamente la cuestión de la

enfermedad, sino también del bienestar consigo mismo y los demás en la vida cotidiana; incluyendo en sus estrategias de intervención algunas que aún hoy tienen vigencia como los baños, los masajes y las salidas al campo, y que no dependían de la acción unívoca del médico, también eran adscritas a diferentes figuras quienes, por su relevancia social, cumplían con las funciones de clínicos.

El requerimiento de cuidadores para los necesitados iba más allá de los estados de enfermedad, en las carencias, en el diario vivir, con sus componentes de alimentación, vestido, abrigo, afecto y otros. Las primeras prácticas del cuidado surgieron por instinto y la observación de la naturaleza, al aprender de los animales e identificar las circunstancias más evidentes que producían enfermedad (Vergara, 2007, p. 28).

De manera paralela a esta línea clínica soportada en la lógica del bienestar y el cuidado de sí y de los otros, en la antigua Grecia se desarrolló otra línea clínica, que bien puede denominarse la alternativa de la cura; la cual se inaugura con los postulados de Hipócrates y continúa con los desarrollos de Galeno en los que se suponía una clínica dedicada al cuidado del enfermo a través de la evitación o eliminación de la enfermedad y se convierte en el punto de partida de todo el movimiento que ha conducido hasta a medicina moderna (Gonzalez, 2010).

Galeno, nacido en el año 131 A.C. se preguntaba por la causa de las alteraciones de la salud y cuestionaba la presencia de los dioses en la enfermedad. De esta forma, con el naturalismo Hipocrático y con el racionalismo de la minoría ilustrada a la que pertenecía, se rechazó enérgicamente la doctrina de quienes querían introducir en la estructura de la enfermedad un elemento sobrenatural (Vergara, 2007, p. 44).

Precisamente, ha sido ésta línea la que le ha conferido al concepto “clínica” las connotaciones con las que se la conoce hoy, basada en el supuesto de que su existencia antecede a la clínica médica pero entendiendo, al mismo tiempo, que solo a partir de su ligazón acaecida a partir del siglo XVIII con la medicina pudo encontrar su “carta de ciudadanía”. De acuerdo con Foucault (2006, p. 84):

Antes de ser un saber, la clínica era una relación universal de la humanidad consigo misma. Edad de felicidad absoluta para la medicina. Y la decadencia comenzó cuando fueron inaugurados la escritura y el secreto, es decir, la repartición de este saber en un grupo privilegiado, y la disociación de la relación inmediata, sin obstáculo ni límites, entre mirada y palabra: lo que se había sabido no se comunicaba ya a los demás y vestido de nuevo en la cuenta de la práctica sino una vez pasado por el esoterismo del saber.

Así, a partir del siglo XVIII y con la enorme fuerza alcanzada por la medicina en tanto se convirtió en una de las más poderosas alternativas para combatir la hasta ese momento incomprensible e inabordable enfermedad, el concepto clínica fue tomando un carácter eminentemente médico y ligado a los procesos de curación; el cual conserva hasta la fecha, subsumiendo lo clínico en lo clínico médico. De acuerdo con Foucault (2006, p. 96):

Ahora bien, en algunos años, los últimos del siglo, la clínica va a reestructurarse bruscamente: desprendida del contexto teórico en el cual había nacido, va a recibir un campo de aplicación ya no limitado a este en el cual se dice un saber sino coextensivo con aquel en el cual se nace, se prueba y se realiza. Formará un

todo con el cuerpo de la experiencia médica.

En el campo psi esta perspectiva de lo clínico fue acogida de manera entusiasta dado que pertenecía a un mundo moderno que iniciaba sus procesos de producción en masa de tipo capitalista, que implicaron grandes exigencias para aquellos que se dedicaban a “lo psi” con miras a que logran “efectos reales en el mundo real” y no solamente entelegias emergentes del etéreo mundo de los laboratorios. La adaptación, amarrada fuertemente al funcionalismo, se convirtió en el motor del desarrollo de un mundo psi en el que la psiquiatría, y casi al mismo tiempo la psicología, se abocaron a responder de manera positiva a la misma.

En el caso de la psiquiatría, Emil Kraepelin (1856-1926), siguiendo la lógica clínica médica antes señalada, dedicó su vida a la clasificación exhaustiva de los trastornos psiquiátricos (Postel, 2000). Es importante recordar que fue discípulo de Griesinger, quien postulaba un principio organicista para las enfermedades mentales por el cual sostuvo que “en todo diagnóstico de una perturbación psíquica había que especificar una causa fisiológica” (Gonzalez, 2010). Este planteamiento se convierte en un “puente” fundamental entre la clínica médica y la clínica desde la perspectiva “psi” en tanto, al mantener el anhelo médico de la clasificación de las enfermedades según sus signos y síntomas, abrió el camino para aplicar a las enfermedades mentales el mismo método de clasificación y las posibilidades de intervención de la clínica médica. De alguna manera, se posibilitó la entrada de una “nueva ciencia” encargada del estudio de las -nuevas- enfermedades mentales, ya fuera para clasificarlas, diagnosticarlas o intervenirlas, focalizando su interés en las grandes enfermedades

mentales que requerían internación (Shorter, 1997).

En esta línea de sentido clasificador de Kraepelin, la psicología, tras un periodo estructuralista de unas dos décadas, que inició en 1879 con su nacimiento formal y terminó en los albores del siglo XX, entró decididamente en la lógica funcionalista aplicada en pos de la adaptación y, por ello, comenzó a proponer diversas alternativas que, aun sin unas bases teóricas sólidas, lograron impactar profundamente el contexto, de modo que su difusión y reconocimiento crecieran de forma exponencial a partir de las dos primeras décadas del siglo XX (Merani, 1982).

Fruto de esto, a finales del siglo XIX surgió la psicología clínica, aquella que puede considerarse la semilla de la mayoría de los desarrollos de la clínica en psicología hoy; descrita de manera muy detallada por su fundador, Witmer, en su texto "Psicología clínica" (1907), en el que reconoció que la clínica que proponía estaba muy relacionada con la medicina, lo que no implicaba, de suyo, que era la repetición o aplicación de la clínica médica en psicología, aunque existiesen importantes puntos en común entre ambas

La psicología clínica está, naturalmente, relacionada de manera muy cercana con la medicina. (...) la apreciación de la relación de la psicología con la práctica de la medicina en general y con la psiquiatría en particular, ha sido de lento reconocimiento (...) (Witmer, 1907, p. 4).

De manera taxativa, Witmer señaló que esta clínica psicológica no era equivalente a la clínica médica, aunque debía tomar "prestado" el concepto "clínica" mientras se desarrollaba uno propio; y enfatizó, eso sí, en que aunque tradicionalmente se entendiera lo clínico como clínico médico, lo

clínico psicológico no respondía a esta equivalencia y debía considerarse a futuro la creación de un método clínico propio de la psicología.

La fraseología de psicología clínica y clínica psicológica impactará a muchos como una extraña yuxtaposición de términos que relacionan asuntos bastante dispares. Mientras el término "clínica" ha sido prestado de la medicina, la psicología clínica no es una psicología médica. He tomado prestada la palabra "clínica" de la medicina debido a que es el mejor término que he encontrado para indicar el carácter del método que estimo necesario para este tipo de trabajo. Las palabras difícilmente retienen su significado original y la clínica médica no es lo que la palabra implica –el trabajo de un médico practicante al lado de la cama de un paciente-. El término clínica implica un método y no un lugar (Witmer, 1907, p. 5).

Como claramente lo señaló Witmer, la palabra clínica comportaba un sentido específico que trascendía el lugar de la atención, tal como lo sugiere la etimología de la palabra, y se constituía en un método que contradecía tanto a aquel derivado de la especulación filosófica como el de la aplicación directa de los resultados de laboratorio en la vida práctica, vigentes en la psicología de la época.

En tal sentido, reconocía que esta clínica psicológica también se acercaba a otros saberes, ampliando el espectro de la lógica clínica con el que debía trabajar y por ende las posibilidades para que la psicología pudiese llegar a la formulación de su propio método:

Aunque la psicología clínica está muy cercanamente relacionada con la medicina, también lo está con la

sociología y la pedagogía. El salón de clases, la corte juvenil y las calles son un extenso laboratorio para la psicología. (...) (Witmer, 1907, p. 5)

En ese orden de ideas y entendiendo que “había tomado prestado el método de la medicina”, Witmer reconocía la gran influencia que, hasta la fecha, tenían los médicos y psiquiatras en el campo de la clínica psicológica, y esperaba que en este campo pudiesen ingresar otras profesiones, llegando incluso a diferenciarla de la psicología:

Y aunque yo abrigo la esperanza de que en gran medida, los educadores y los trabajadores sociales realizarán importantes contribuciones a esta rama de la psicología, no obstante es cierto que ninguno de ellos tiene el entrenamiento necesario para esta clase de trabajo. Tan es así, que ni siquiera lo está el psicólogo, a no ser que haya adquirido este entrenamiento en otros lugares diferentes a los usuales cursos de instrucción (...) En efecto, nosotros debemos en un futuro pensar en el entrenamiento de hombres para una nueva profesión, en la cual ellos se ejercitarán más específicamente en relación con los problemas educativos, para lo cual el entrenamiento del psicólogo debe ser un prerrequisito (Witmer, 1907, p. 5).

No obstante los planteamientos de Witmer, la consolidación de esta clínica psicológica aún está en proceso de desarrollo en tanto permanece ligada en gran medida a las lógicas propias de la clínica médica, esto es, una agrupación de síntomas en forma de nosografías que se traducen en enfermedades mentales entendidas como esencias, que se intervienen objetivamente a través de una relación vertical en la cual existe un curador que sabe y un enfermo que

es “paciente” y con un marco conceptual positivista basado en clasificaciones objetivas de las enfermedades y explicaciones de las causas de las mismas que conllevan la aplicación de sus principios de una forma determinista, causalista y lineal, idealmente matematizable y universal (Mahoney, 1995).

Psicología clínica y clínica médica: historia de una huella

A partir de su “nacimiento oficial”, en 1879, la psicología encontró un contexto socio económico y político que le permitió posicionarse como “nueva ciencia” de manera definitiva en las últimas décadas del siglo XIX y, con especial importancia, en las tres primeras décadas del siglo XX. La psicología aplicada, fuertemente impulsada por Munstemberg (Tortosa, 1995; Brennan, 1999), posibilitó que la psicología fuese reconocida como una ciencia útil que bien podía aportar a la transformación de un mundo abocado a enormes cambios económicos gracias a los procesos de industrialización y, por qué no, también a grandes transformaciones sociales.

La psicología clínica nació bajo esta égida, marcada por las exigencias de la época y, como ella, emergieron a lo largo de las primeras décadas del siglo XX otras tantas perspectivas psicológicas que, de una u otra manera, orientaban sus esfuerzos hacia las mismas metas pragmáticas y utilitaristas. La presión ejercida sobre las nacientes disciplinas en pos de este tipo de metas era tan fuerte que ni siquiera Freud pudo escapar a ellas; quien, como afirmó Miller (2004), esperaba que el psicoanálisis llegase a formar parte de las ciencias de la naturaleza.

En 1913 emergió con gran fuerza la psicología conductual, la cual enfatizaba en los aspectos propios de la conducta del ser

humano y dejaba de lado, o por lo menos pretendía hacerlo, los hasta el momento infructuosos intentos de la introspección para ser tenida en cuenta en la aproximación científica a aquello que podría entenderse como mental (Stany, 1999). Para Watson, la psicología no había podido ocupar un lugar cierto dentro del mundo de las ciencias, y de ello se ocuparía:

No deseo criticar sin razón a la psicología. Creo que ha sido señaladamente incapaz, durante sus singulares cincuenta años de existencia como una disciplina experimental, de hacerse un lugar en el mundo como una ciencia natural indisputable. La psicología, tal como se piensa generalmente en ella, tiene algo de esotérico en sus métodos. Si no puedo reproducir mis hallazgos, no se debe a una falla de tu aparato o al control de tu estímulo, sino que se debe al hecho de que tu introspección no está entrenada. El ataque se centra sobre el observador y no sobre la situación experimental (Watson, 1913, p. 163).

Así, esta psicología conductista, en su vertiente clínica, conservaba los mismos postulados ontológicos y metodológicos (Guba, 2000) de la clínica médica en tanto, a partir de lecturas objetivas de la realidad y desde una posición de dominio, el psicólogo podía tratar de una manera eficaz los trastornos de la conducta.

Pocos años más tarde emergió una figura estelar dentro del campo de la psicología clínica, Burrhus Skinner (Leahey, 1999), quien condujo hasta niveles insospechados las posibilidades de la lógica de la clínica médica aplicada en la psicología y de las cuales nacieron la terapia de la conducta y las técnicas de modificación de conducta como modelos de tratamiento de las enfermedades (de la conducta):

Las técnicas de modificación de conducta consisten en aplicaciones de los procedimientos experimentales surgidos de la investigación básica de laboratorio, principalmente realizada en animales. En general, todas ellas constituyen operaciones identificadas con el condicionamiento operante, y, en ocasiones, con el condicionamiento clásico o Pavloviano. Podríamos dividir estos procedimientos en términos de sus efectos más inmediatos, que son la creación o la eliminación de conducta. Con cualquiera de estos dos propósitos, es necesario controlar adecuadamente el medio ambiente de tal manera que se puedan arreglar en la forma más conveniente, las consecuencias y estímulos antecedentes de las conductas que deseemos modificar (Ribes, 1972, pp. 13,14).

En este proceso de desarrollo de la psicología clínica ligada a la lógica de la clínica médica, la Conferencia de Boulder ocupa un lugar preponderante puesto que definió las condiciones de formación para los psicólogos clínicos, implementando un modelo denominado intervención/investigación que prometía potencializar este campo:

En 1949, basándose en el trabajo de David Shakow al frente de un comité sobre la formación en Psicología Clínica de la APA, tiene lugar una conferencia en Boulder. Este espacio fue auspiciado y financiado por el gobierno de los Estados Unidos y la Administración de Veteranos de Guerra, a través del Nacional Institute of Mental Health (NIMH) [Instituto Nacional de Salud Mental] y se centró en la consideración del problema de las consecuencias mentales inhabilitantes y los trastornos psicológicos que sufrían los ex-combatientes y la posibilidad de los psicólogos de responder a semejante

demanda en salud pública. En el marco de esta reunión fue definido el modelo científico-profesional, llamado también Modelo Boulder, el cual recomienda una formación doble para el psicólogo, que incluya el entrenamiento práctico, así como la instrucción en los fundamentos y procedimientos científicos de la disciplina. El argumento era que la Psicología se trata tanto de una ciencia como de una profesión, por lo que deben contemplarse ambos aspectos en el plan de estudios de la carrera (Benito, 2010, p. 4).

Este modelo, con algunos ajustes, ha prevalecido en el proceso de formación de los psicólogos que se desempeñan en el campo clínico, manteniendo su vigencia a lo largo de los años y propiciando enormes logros teóricos y prácticos para la psicología. No obstante, y tal como lo señala Albee, también ha generado algunas dificultades:

El modelo de Boulder contiene una falla fatal que ha distorsionado y dañado el desarrollo de la clínica psicológica desde entonces. La falla no estuvo en la insistencia del entrenamiento científico de los clínicos; ella estuvo en la aceptación acrítica del modelo médico, la explicación orgánica de los trastornos mentales con la hegemonía psiquiátrica, los conceptos médicos y lenguaje consecuentes con ella (2002, p. 1).

En esta misma línea de sentido, otros autores han señalado otro tipo de dificultades para esta forma de concebir la clínica en psicología (Ribes, 1972, pp. 10,11):

Las categorías diagnósticas actuales se limitan a encasillar a los sujetos dentro de cuadros sintomáticos más o menos generales, en donde se permite variaciones conductuales de paciente a paciente, siempre y cuando se mantengan constantes ciertos "rasgos". Este

diagnóstico, heredado de la psicología por el "modelo médico", no ha mostrado a lo largo de su aplicación procurar ventaja alguna, aparte de la de poder rotular a un individuo en determinada forma. El diagnóstico rara vez permite aventurar un pronóstico probable. Sandiffer, Pettus y Quade (1964) por ejemplo, realizaron un estudio en el que analizaron los porcentajes de acuerdo con los diagnósticos efectuados por un grupo de 14 psiquiatras con respecto a 91 pacientes hospitalizados, encontrando que el mayor acuerdo fue de un 74% en categorías como las de deficiencia mental o esquizofrenia, fluctuando hasta porcentajes bajísimos de 13% en casos de reacciones psicóticas o reacciones paranoides. En general, siempre existía la posibilidad de que otro psiquiatra emitiera un diagnóstico distinto en un 60% de las veces.

No obstante este tipo de apreciaciones, el desarrollo de la psicología clínica a lo largo del siglo XX, siguiendo la huella de la clínica médica, vivió un proceso de crecimiento exponencial del cual emergieron múltiples orientaciones teóricas con extensos marcos referenciales y sus consecuentes propuestas aplicativas, dándole un lugar dentro de las diversas disciplinas propias de las ciencias de la salud (situación reconocida en Colombia, al menos de manera parcial, en la ley 1090 de 2006), y validando así la lógica del método clínico médico como aquella propia del método clínico en la psicología (Ministerio de Salud, 2006, pp. 5,6).

Artículo 1: Parágrafo. (...) Se concluye que, independientemente del área en que se desempeña en el ejercicio tanto público como privado, pertenece privilegiadamente al ámbito de la salud, motivo por el cual se considera al psicólogo también como un profesional de la salud.

Postmodernidad

La emergencia de la postmodernidad ha confrontado fuertemente a la psicología clínica basada en el modelo clínico médico dado que en la década de los años sesenta del siglo XX se gestó un fuerte movimiento contestatario a las lógicas modernas vigentes durante al menos dos siglos en el mundo occidental (Lipovetsky, 2006). Este movimiento prefigura una serie de condiciones que, por sus características, implica rupturas definitivas con las lógicas modernas previas y obliga a la constitución de un nuevo marco ontológico, antropológico, epistemológico y, por qué no, existencial.

La postmodernidad se puede definir como un movimiento deconstructivo de la razón ilustrada, que surge como consecuencia de una crisis de la modernidad dominante que produce una ruptura con muchos de sus rasgos y que se caracteriza por una crítica a la filosofía occidental, un compromiso ideológico con las minorías, pérdida de la historicidad, fin de los metarelatos, hedonismo y eclecticismo. (Guzman, 2004, p. 106).

Así, la postmodernidad cuestiona las premisas fundamentales de la modernidad, oponiendo a ellas la relativización de la noción de realidad y verdad, la caída de los metarelatos, el cuestionamiento a la creencia en el saber científico como único saber válido y hegemónico, la recuperación de la incertidumbre y la duda como aspectos inherentes a la existencia humana y un cierto sentido de descreimiento y fluidez en todas y cada una de las vivencias cotidianas; pues, como señala Bauman “la fluidez o la liquidez son metáforas adecuadas para aprehender la naturaleza de la fase actual, - en muchos sentidos nueva- de la historia de la modernidad” (2002, p. 9).

Por supuesto, cambios profundos en la cosmovisión occidental generan, de suyo, cambios radicales en las formas de ver, sentir, pensar y crear el mundo y, con ellas, nuevas formas de relacionarse con los otros desde perspectivas identitarias múltiples, esto es, postmodernas.

Carmona (2012) señala algunos de los cambios de la postmodernidad con respecto a la modernidad y las consecuencias derivadas de ellos (ver Tabla 1):

Tabla 1. Principales cambios de la postmodernidad

Promesa de la modernidad	Estado en la postmodernidad	Consecuencia
Estabilidad	Inestabilidad	Provisionalidad
Localidad	Globalización	Desarraigo
Consistencia	Inconsistencia	Levedad
Sacralización (del saber)	Desacralización	Experimentalismo
Madurez temprana	Diferimiento de la madurez	Infantilismo gozón
Presencia objetiva	Virtualidad	Ficcionalización de la experiencia

Desde una perspectiva ontológica, entendiéndola por ella lo propuesto por Guba (2000), los cambios acaecidos en el tránsito de la modernidad a la postmodernidad no pueden ser más radicales. En la modernidad se creía ciegamente en la existencia de una única

realidad, cognoscible y aprehensible por el ser humano a través de los progresos de la ciencia; esta última, dicho sea de paso, era la llave regia para acceder al conocimiento válido y verdadero en todos y cada uno de los contextos de la vida. La postmodernidad, tal vez soportada en los

descubrimientos de la física y mecánica cuántica, por el contrario, cuestiona seriamente la noción de realidad única al asumir que ésta es, por lo menos, local y relativa, y que está empapada de subjetividad en tanto es en gran medida construida o determinada por aquel que se ocupa de ella (Prigogine, 1983). Desde esta perspectiva ontológica, metarelatos que habían fundado la modernidad tales como la creencia en una única realidad posible o la ciencia como única vía válida para acceder al conocimiento, son cuestionados como absolutos, abriendo camino a la construcción de verdades parciales y locales que, de suyo, permean la existencia humana orientándola hacia la relativización de lo conocido y con ello, a una caracterización del mundo de la vida desde una mirada propia de la levedad fundada en la provisionalidad de lo existente.

La concepción del conocimiento y la relación del hombre con éste se ven también afectadas. Si en la modernidad se pretendía la búsqueda de absolutos que permitieran la construcción de una realidad estable y duradera, soportada en conocimientos ciertos logrados a través de la ciencia, en la postmodernidad solo puede ser considerado estable el cambio y segura la incertidumbre, por cuanto el experimentalismo y la provisionalidad hacen imposible la existencia de metarelatos que pervivan inmutables en el tiempo. El lugar de aquel sabio poseedor de la verdad, científico por demás, se ve ahora cuestionado y relativizado, y se convierte en un conocedor más dentro de muchos conocedores, poseedores todos de saberes válidos de acuerdo con cada contexto, sin privilegios o mayor valía por el hecho de ser, o no, científicos (Cabruja, 2005).

Así, a una época caracterizada por la búsqueda de absolutos que pudiesen ser validados como saberes ciertos a través de la ciencia, se opone ahora una perspectiva en la cual no hay cabida para los metarelatos o verdades absolutas y, por el contrario, se abre la puerta para la relativización del conocimiento, la incertidumbre, la duda, el cambio y la mutación permanente. El paso de la modernidad a la postmodernidad no es la entrada a un mundo del “todo vale” pero sí implica el ingreso a una cosmovisión en la cual:

La multiplicidad de la existencia en sus diversas vertientes nos remite hacia múltiples significados y por ello hacia un desdoblamiento complejo y múltiple del conocimiento. Como nos recuerda Shotter (1995), “nosotros vivimos en un mundo vago, parcialmente especificado, inestable y en desarrollo” (p.164) y es precisamente esta dimensión de inespecificidad la que da espacio para la dimensión creativa y hermenéutica del conocimiento humano (...) lo que nos remite necesariamente hacia una comprensión múltiple de una realidad multivocal, multilingüística, multicultural y multiterapéutica. (Goncalves, 2002, pp. 18,19).

Es a partir de este marco postmoderno que pueden leerse los grandes cambios acaecidos en los últimos decenios y los cuales involucran todas las esferas de la existencia humana.

La psicología en la época postmoderna

Los cambios señalados comportan una serie de consecuencias para la Psicología que se ocupa de lo clínico, pues a la redefinición de los antiguos problemas objeto de su intervención se agregan ahora problemas nuevos, para los cuales debe

crear otras formas de conceptualización e intervención adecuadas a los tiempos (Gergen, 1989).

A modo de ejemplo, si antes se contaba con metarrelatos a partir de los cuales se explicaban las problemáticas propias de la psicología, ahora estos son cuestionados y deben ser reformulados en microrelatos necesariamente contextualizados. En ese orden de ideas, si las relaciones entre los psicólogos y las personas a quienes atienden eran verticales y las intervenciones basadas en instrucciones, ahora emergen nuevas exigencias que cuestionan dicha posición y es necesario pensar alternativas relacionales diversas, adecuadas a las situaciones particulares de atención. Igualmente, para comprender estas situaciones y proponer estrategias de intervención eficaces a partir de la asignación de sentido para las personas objeto de atención, los psicólogos deberán acercarse a estas realidades con una lógica co/constructiva y contextual que trascienda los tradicionales marcos diagnósticos psicopatológicos (DSM, CIE), en los cuales se ha basado buena parte de la psicología clínica de la modernidad; pues la incertidumbre, la duda y la borrosidad de los fenómenos postmodernos obligan a crear formas particulares de intervención (Ibañez, 2001).

A lo anterior debe agregarse que, en los últimos decenios, han aparecido nuevas problemáticas en salud mental ligadas a formas relacionales y de ordenamiento social impulsadas por la perspectiva postmoderna. Para el caso, pueden señalarse fenómenos como el *cyberbulliyng*, la nomofobia, el suicidio en niños y adolescentes a edades cada día más tempranas, la anorexia y la bulimia y los trastornos dismórficos corporales (Bracken, 2009). Muchas otras problemáticas eran impensables hace tan

solo unos años, y hoy por hoy exigen de la psicología marcos conceptuales comprensivos que permitan explicar su emergencia y estrategias que permitan disminuir su incidencia y prevalencia y atenuar sus efectos negativos; lo cual debería realizarse desde ópticas paradigmáticas, conceptuales y de intervención propias de la postmodernidad, evitando así la replicación de modelos que, precisamente, se encuentran en la génesis misma de dichas problemáticas, como la perspectiva adaptacionista, el énfasis en lo psicopatológico, la descontextualización de los fenómenos y la homogenización de los procesos de desarrollo e identidad.

Para responder a estos retos de la postmodernidad, se propone la creación de una clínica psicológica y su método fundamentada en la epistemología compleja, cuyos principios se presentan a continuación:

Epistemología compleja

Para responder a las lógicas y necesidades que emergen de la postmodernidad (Silva, 2011), se requiere de un marco paradigmático que incluya como criterios válidos para la construcción de conocimiento la incertidumbre, la duda y el cambio; que sea incluyente en cuanto a las posibilidades de diálogo disciplinar y capaz de leer las aparentes contradicciones de lo existente de manera integral y comprensiva, sin simplificar o “trocear” lo existente para poder explicarlo, vaciándolo, de paso, de sentido. Este marco es el de la epistemología compleja:

Uno de los aspectos fascinantes de la ciencia más reciente es la aparición, en diferentes campos disciplinares, de diversas teorías que, de un modo

explícito o implícito, intentan aproximarse a la realidad sin reducir su complejidad. (...) Estas teorías manejan unos términos para describir y explicar la realidad que se mueven en unas coordenadas muy distintas a las tradicionales (Munne, 1995, p. 1).

Igualmente, este marco debe posibilitar la emergencia de relaciones de corte horizontal en las que los procesos de co/construcción sean verdaderos generadores de conocimiento, posibilitando así la inclusión de los contextos y realidades específicas de cada persona como aspectos válidos dentro de los procesos comprensivos. "Si aquellas teorías importan en el contexto aquí abordado, es porque constituyen un enfoque de la realidad que abre nuevas vías al conocimiento para el análisis de ésta" (Munne, 1995, p. 2).

Si se sigue a Guba (2000), se espera que este marco paradigmático, desde su aspecto ontológico, comprenda la posibilidad de la existencia de múltiples realidades, lo cual implica la contextualización de cada una de las situaciones problema objeto de intervención, relativizando la perspectiva de los metarelatos; desde lo epistemológico, que abra posibilidades de relación horizontal en la cual la co/construcción sea primordial y se considere la experiencia y vivencias no solamente de las personas objeto de atención, sino también del psicólogo clínico, en tanto insumos base para dicha interacción; y desde lo metodológico, que ofrezca un panorama amplio e incluyente de posibilidades de utilización de métodos, tanto cualitativos como cuantitativos según las necesidades específicas.

La epistemología compleja, tal como la plantea Munne (2004), cumple con las condiciones anteriormente requeridas y por ello se asume como el marco epistemológico a partir del cual se propone la fundamentación para una clínica psicológica adecuada a los contextos postmodernos.

De acuerdo con Munne, pueden distinguirse hasta once diferentes concepciones de complejidad:

El antecedente sistémico de la complejidad organizada, la complejidad por el ruido, la complejidad informacional algorítmica, la complejidad de los sistemas caóticos y de las estructuras disipativas, la complejidad fractal, de los sistemas evolutivos, la funcional-estructural de los sistemas sociales, la complejidad de la complejidad, y las concepciones implícitas en las teorías de las catástrofes y de los conjuntos borrosos (2005, p. 1).

No obstante su aparente diversidad, todas ellas configuran un paradigma, el de la complejidad, el cual define como:

Integrando las teorías correspondientes puede conceptuarse la complejidad como el conjunto de propiedades cualitativas de un fenómeno o proceso, natural o humano, dadas en principio por la caoticidad, la fractalidad, el catastrofismo y la borrosidad. Digo "en principio" porque aparte de que sin duda se encontrarán más propiedades complejas, puede discutirse si propiedades ya conocidas hoy, como el catastrofismo o la autoorganización, han de ser consideradas o no básicas (Munne, 2005, p. 3).

Estas características de la complejidad configuran un marco comprensivo que bien puede facilitar la emergencia de una clínica psicológica adecuada a las exigencias postmodernas, puesto que permite acercarse a ellas con la misma lógica que las constituye, esto es, la borrosidad (Kosko, 1993), entendida como la “imprecisión de los límites de un fenómeno dado, que tiene fronteras permeables pero no abismos infranqueables” (Munne, 2005, p 17); la caoticidad que “conlleva la posibilidad de fenómenos como la sensibilidad a las condiciones iniciales” (Munne, 2005, p 16) y en las que se incluyen los procesos de autoorganización, la fractalidad, esta es que “ciertos fenómenos aleatorios están sometidos a una regla o algoritmo” (Munne, 2005, p 5) y la catastroficidad, que se refiere a “la posibilidad de mantener la inestabilidad estructural mediante cambios súbitos morfogénicos” (Munne, 2005, p 17).

Para Munne (2005), esta pretensión es pertinente dado que, “aun siendo en general interdisciplinarias las teorías sobre la complejidad los conceptos epistemológicos que contienen son extrapolables a cualquier campo del conocimiento y los resultados de las investigaciones basadas en ellos afectan al resto de las disciplinas” (p 17).

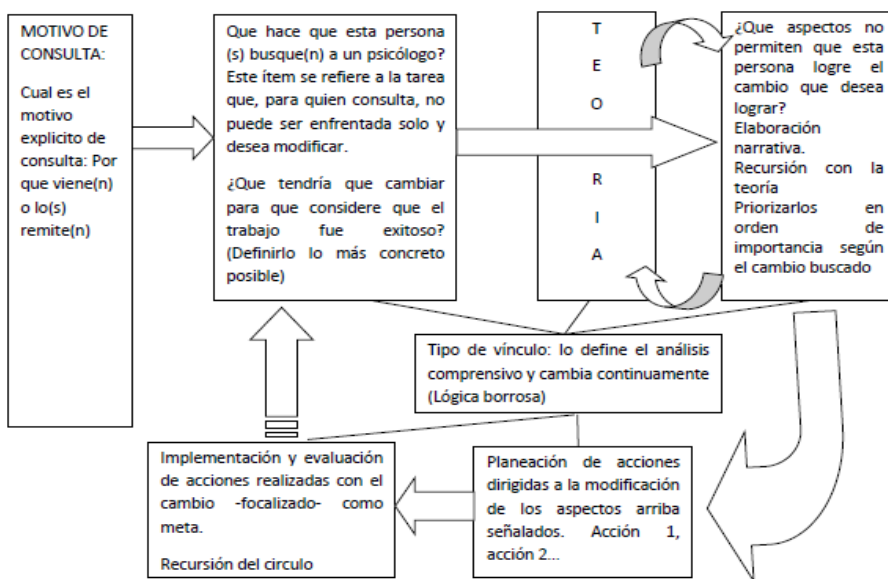
De esta manera, la epistemología compleja ofrece un marco conceptual apropiado para pensar las nuevas lógicas postmodernas (Munne, 1995) y, a partir de esta imbricación, puede utilizarse su fuerza teórica para proponer una clínica psicológica que se adecue a las nuevas exigencias (Pastor, 2007); del cual emergerían diversas líneas teóricas más específicas y con ellas, alternativas de intervención apropiadas a través de un método clínico psicológico (Jaramillo, 2009).

Con base en este paradigma, pueden abordarse conceptos como el *self* desde una perspectiva borrosa o asuntos relativos a los procesos del desarrollo y su impacto en la vida futura de las personas desde una óptica caótica; o comprenderse los grandes cambios en la vida de las personas desde la teoría de las catástrofes.

Método clínico psicológico

De acuerdo con lo señalado, se propone un método clínico psicológico que comprende un ciclo recursivo ilustrado en el siguiente gráfico:

Gráfico 1. Método clínico fundamentado en la epistemología



Descripción del método

El método comporta características recursivas que deben ser consideradas al momento de abordar su lectura. Se describen a continuación los componentes del método clínico propuesto:

1. Motivo de consulta:

Conservando la denominación clásica del concepto “motivo de consulta” (Phares, 2003), el primer componente del método implica necesariamente la clarificación de aquellos aspectos por los que la persona (o personas) busca ayuda psicológica, ya sea si estos motivos son propios o insuflados por un tercero. Debe considerarse que tanto el psicólogo como quienes consultan traen un cúmulo de experiencias, creencias, valores, una historia propia que enmarca la lectura del proceso. Este elemento es de trascendental importancia si se tiene en cuenta lo planteado por las teorías del caos, en las que las condiciones iniciales determinan, en gran medida, el futuro de cualquier fenómeno (Almendro, 2012).

2. Objetivo de la atención:

Este segundo componente requiere de un proceso de elaboración en el cual el psicólogo y las personas que consultan construyen las motivaciones que subyacen al motivo de consulta y que se convierten, de alguna manera, en el objetivo de la atención. Algunas preguntas guía que pueden contribuir a la formulación del objetivo son: ¿Cuál es la tarea a la que se enfrenta esta persona (o personas) y que él considera no es capaz de enfrentarla solo o con los recursos de ayuda existentes en su vida cotidiana? ¿Qué tendría que cambiar en la vida de esta persona para que considerase el proceso psicológico como un éxito?

Es muy importante que en este segundo componente del método clínico se puedan definir de manera concreta y conjunta, entre el psicólogo y la persona que consulta, los aspectos que se quieren modificar, de tal manera que ambos inicien el proceso clínico psicológico apuntando al mismo problema y generando sinergias en torno a la resolución del mismo. Es frecuente encontrar que en los procesos terapéuticos el objetivo del tratamiento sea definido por el tratante, sin participación del consultante más allá de la aceptación de los lineamientos dados por el primero bajo la lógica de la “adherencia al tratamiento”. Esto genera desencuentros que, bajo la lógica de la cuña, propician el distanciamiento progresivo entre los objetivos que ambos quieren, el tratante y el paciente; los que podrían evitarse si se tuviese en cuenta que el objetivo solo puede ser alcanzado si ambas partes están de acuerdo en lo que se quiere cambiar por convicción, razón y pertinencia y no por imposición desde una perspectiva unilateral que olvida, precisamente, las razones vitales de quien consulta. En la definición de los objetivos del trabajo, la borrosidad (Takemura, 2007) y la fractalidad (Stadniski, 2012) ocupan un lugar prevalente, en tanto ofrecen fundamentos comprensivos para co/construir objetivos de trabajo flexibles en los que se incluye la imprecisión, la incertidumbre y el cambio, así como alternativas para leer la problemática en diversos planos de incidencia, con características diferentes según cada contexto pero manteniendo una lógica de sentido a través de ellos.

3. Aproximación a las razones que configuran y conservan la problemática:

Este componente se articula recursivamente con el siguiente y responde, de una u otra manera, a la lógica

de la ventana teórica (Guba, 2000). En él la persona encargada de la atención analiza la información obtenida de quien consulta para, a partir de las construcciones que puedan emerger de ella, elaborar un “primer mapa” comprensivo de las razones que configuran y conservan la problemática objeto de consulta. Este mapa responde a una lógica narrativa que no pretende descubrir la verdad detrás de los hechos sino construir versiones consensuadas y comprensivamente aceptables de la vivencia de los actores (Goncalves, 2002).

Entre otras cosas, esta elaboración comprensiva intenta responder a preguntas como ¿Qué aspectos no permiten que esta persona (pareja, familia, grupo) no alcance el cambio que desea lograr? ¿Cuáles son los elementos que, a partir de la ganancia secundaria que generan, bloquean los procesos de cambio? A partir de las primeras respuestas se elaboran versiones comprensivas iniciales, las cuales se priorizan según sea la relación que, se cree, tienen con el motivo de consulta y el objetivo de la atención. Ahora bien, es claro que esta actividad es coordinada por el tratante, pero que necesariamente está articulada de manera recursiva a la información que brinda la persona que consulta (Sandoval, 2003), motivo por el cual debe realizarse un proceso de “contrastación continua” por parte del psicólogo, similar al propuesto en la teoría fundada (Strauss, 2002).

Una vez formalizada esta primera aproximación comprensiva, puede pensarse en un acercamiento de la misma a los marcos teóricos que el psicólogo clínico tiene como referencia, los cuales brindaran la perspectiva de análisis psicológico a la estrategia de intervención. Por supuesto, no debe olvidarse que esta

construcción está marcada por la propia episteme del clínico y su experiencia previa, lo cual da un carácter particular y único a cada abordaje. Cabe destacar que, de alguna manera, el método clínico psicológico así propuesto comporta una lógica diferente a los métodos tradicionales en psicología en los que “se aplica” la teoría, pues en éste se realiza un la ejercicio recursivo con respecto a ella – la teoría vista como praxis- en tanto se parte de la perspectiva epistémica, teórica y experiencial del clínico. Esto se suma a las narrativas de la experiencia vital ofrecidas por las personas objeto de atención, para luego co/construir con ellas una versión comprensiva de lo real, la cual, además, es leída y reformulada desde la perspectiva teórica del psicólogo que luego se confronta con las nuevas versiones narrativas, continuando en este bucle recursivo a lo largo del proceso y alejándose así de la lógica de la “aplicación”.

Teniendo presente la recursividad existente entre los componentes tres y cuatro, debe señalarse que en ella ocurre, necesariamente, un efecto de ventana teórica por cuanto las posibilidades para definir aquello que configura y conserva la problemática están mediadas y limitadas a las puntuaciones (Keeney, 1987) que puede realizar el tratante, y determinadas, al mismo tiempo, por los saberes previos que posee. No obstante, ello no se asume como problemático, sino como un elemento que debe ser tenido en cuenta al momento de la conceptualización del caso, esto es, la reflexión en torno a los aspectos personales en la lógica del método clínico que enriquece la discusión desde ópticas diversas pero potencialmente complementarias.

Otra consecuencia de la recursividad existente entre estos dos componentes es

el interjuego que se presenta entre la teoría y la práctica (Estupiñán, 2003), en tanto, a partir de la conversación con quien consulta, el psicólogo debe definir una serie de suposiciones acerca de las razones que configuran y conservan la problemática. Ellas deben ser sustentadas, soportadas y confrontadas con teorías explicativas que permitan “formalizar conceptualmente” las suposiciones del psicólogo (aunque ya se ha señalado que no son, en rigor, suposiciones carentes de sentido, en tanto están mediadas por la ventana teórica), tras lo cual debe ser evaluada nuevamente la primera formulación del psicólogo sobre las razones que configuran y conservan el problema, ya a la luz de la teoría, lo cual probablemente generará modificaciones en la posición inicial, y nuevas reformulaciones teóricas que, finalmente, siempre deberán ser confrontadas en la práctica, con los consultantes.

Este ejercicio recursivo permite afinar no solamente el problema alrededor del cual gira el proceso, sino también la fundamentación teórica que lo soporta; lo cual cobra especial importancia, en tanto, estas construcciones alcanzan importantes criterios de validación relativos a su oportunidad, pertinencia y adherencia tanto para el psicólogo como los consultantes.

4. Planeación de acciones:

El cuarto componente es la elaboración de un plan de intervención que permita orientar las acciones de manera organizada, sustentada, contextualizada y priorizada (Cecchin, 1992): fundamentado en la co/construcción narrativa del problema, lograda por los participantes del espacio clínico. Esta articulación entre la versión alcanzada, la praxis del clínico y el sentido dado por las personas

consultantes, es la que finalmente permite construir un marco pertinente de acción en el que se interviene un problema que tiene sentido para todos en contexto; y se evita la aplicación de la teoría a una problemática, de alguna manera externa, que tradicionalmente ha sido referida a la lógica de la “enfermedad” “trastorno” o “diagnóstico”, sin sentido en la mayoría de las ocasiones para las personas consultantes, más allá de ser “una entidad que se debe atacar”.

Este plan debe contemplar las acciones pertinentes para promover el movimiento, y generar dinámicas que faciliten la activación de los potenciales de cambio de las personas de acuerdo con sus características personales y contextuales, facilitando así la modificación de los aspectos problemáticos que fueron señalados como el objetivo de atención.

Es muy importante que las acciones estén, además de priorizadas, bien definidas y delimitadas, de tal manera que faciliten el trabajo entre ellas y su evaluación. Cabe recordar que cada una de estas acciones responde a un proceso recursivo tipo bucle en el cual, a través de la conversación con el otro y la sustentación teórica se llega a conclusiones específicas en torno a lo que sucede en cada situación, y de allí las posibilidades de intervención orientadas al cambio (Gergen & Kaye, 1992). Por ello, no cabe sustentar las acciones propuestas únicamente en la presunción de un criterio diagnóstico del cual se desprenden las acciones consecuentes, pues es a través de la comprensión del problema desde una lógica relacional, que pueden emerger las acciones más pertinentes y oportunas posibles para cada contexto. La planeación de acciones debe responder a una lógica propia de la teoría de las catástrofes (Maldonado, 2006) esto es, orientada a detectar de manera precisa los puntos de

bifurcación (Prigogine, 1983), en tanto pequeños cambios en los sistemas pueden conducir a grandes y repentinos cambios en su comportamiento.

5. Implementación de acciones, intervención:

El método clínico continúa con la implementación de acciones definidas como necesarias para generar el cambio esperado, teniendo en cuenta que han sido previamente priorizadas de acuerdo con el análisis teórico y contextual realizado. Esta implementación sigue el principio de parsimonia a través del cual se busca alcanzar el mayor impacto posible con los mínimos elementos requeridos para ello (Belzunegui, Brunet, & Pastor, 2012) y comporta en su esencia un carácter recursivo, pues implica una revisión circular constante del impacto que genera en las personas. Así, no se debe confundir en este caso la aplicación con la intervención, en tanto la primera comporta una lógica lineal, mientras que la segunda exige una lógica recursiva en la que se interviene y luego se analiza el impacto y la pertinencia de la acción, ajustándola y modificándola según la lectura contextual realizada para, luego, volver a intervenir y así sucesivamente.

6. Evaluación recursiva del proceso:

Una vez implementadas las acciones propuestas, se realiza un análisis recursivo del proceso (tipo bucle) evaluando los logros alcanzados por el mismo. Se evalúa el impacto y los cambios generados, el bienestar de los consultantes para, a partir de allí, realizar los ajustes pertinentes reiniciando el proceso en el segundo componente.

Como puede colegirse, la propuesta centra su estrategia reflexiva en la lógica con la

cual se aborda el problema, que responde a los elementos epistemológicos mencionados, sin constreñir las conceptualizaciones de cada caso. Esta lógica del método clínico psicológico no reduce sus posibilidades teóricas a un saber específico, sino que facilita formas de conceptualización e intervención diversas que apuntan a una mayor comprensión del fenómeno, precisamente, desde diversas orillas.

Es importante enfatizar que el proceso en mención responde a la lógica del bucle recursivo, esto es, no puede considerarse nunca un proceso cerrado y siempre podrá ser revisado una y otra vez, algo que se corresponde fielmente con las premisas del teorema incompletud de Gödel (Gutierrez, 1999).

Conclusiones

La época postmoderna comporta un enorme reto a las formas tradicionales de organización del conocimiento, fundamentadas en premisas propias de la modernidad, que ven ahora limitadas sus posibilidades de comprender e intervenir las cosmovisiones emergentes; a partir de las cuales se han transformado nociones esenciales como las de realidad, verdad, saber y poder; fundamentales para la conservación y desarrollo del proyecto de la modernidad.

La psicología, como casi todas las disciplinas, debe adecuar sus fundamentos paradigmáticos, marcos conceptuales y estrategias de intervención a las características y exigencias de la postmodernidad.

La perspectiva clínica en psicología también se ha visto afectada por la emergencia de los contextos

postmodernos que comportan la inclusión de la duda, la incertidumbre, la caída de los metarelatos, la relativización y contextualización del conocimiento y con ellos, drásticas modificaciones en la posición del psicólogo con respecto a los consultantes, pasando de una postura vertical instructorista a otra horizontal co/constructiva.

Todos estos cambios suponen retos y posibilidades para la psicología, y por ende para lo clínico al interior de ella, ya que abren la puerta para la formulación de nuevos marcos conceptuales que permitan su adecuación a las exigencias de la postmodernidad, haciéndola mucho más pertinente y contextualizada a la época.

La epistemología compleja es una excelente alternativa para fundamentar una clínica psicológica adecuada al contexto postmoderno, dado que brinda los principios esenciales que permiten la inclusión en los procesos de conocimiento de la incertidumbre, la duda, la contextualización de las diversas situaciones en microrelatos que, como las muñecas rusas son contenidos por otros consecutivamente; la consideración de relaciones no lineales ni causales, sino dinámicas y complejas; y la conservación de la estabilidad a través de procesos de cambio. Todas estas características pueden ser leídas a través de la caoticidad, la catastroficidad, la fractalidad y la borrosidad, categorías que definen la esencia de un fenómeno como complejo.

Ahora bien, en este proceso de construcción de lo clínico psicológico en

las condiciones descritas, emergen algunas tensiones que tendrán que asumirse a futuro como puntos nodales (y por qué no, puntos de bifurcación). Entre otras, habrá que construir vías de resolución posibles para pares dicotómicos tales como la existencia de una o múltiples realidades, la afirmación de la existencia de la identidad del ser como esencia o como evento, la consideración de los metarelatos con pretensión de universalidad versus los microrelatos contextualizados y, con ellos, la perspectiva de verdad, el anhelo de la objetividad en el conocimiento, la exclusión de la incertidumbre y la duda como “ruidos” que afectan el acercamiento a la representación de lo real o, en su defecto, la inclusión de la subjetividad y la hermenéutica como elementos inherentes al mismo.

Con estas tensiones, tendrá que plantearse una discusión en torno a las nociones de progreso y desarrollo como teleologías que orientan y determinan el presente y futuro del ser humano, en un mundo en el cual se ha llegado a afirmar que “la historia no existe”.

De esta manera, una clínica psicológica y su método, fundamentadas en la epistemología compleja y adecuada a contextos postmodernos pueden convertirse en la punta de lanza para futuros desarrollos de una psicología que, a la vanguardia de los tiempos, pretenda continuar con su misión de impactar positivamente el bienestar de las personas y comunidades objeto de atención de manera pertinente y contextualizada.

Referencias

- Albee, W. (February de 2002). The Boulders’s model fatal flow. *American Psychological Association*.
- Almendro, M. y. (2012). Dissipative process in psychology: from de psyche to totality. *international Journal of Transpersonal Studeos*, 31(2), 1-22.

- Baumann, Z. (2002). *Modernidad líquida*. Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica de Argentina S.A.
- Belzunegui, A., Brunet, I., & Pastor, I. (2012). El diseño del Análisis Cualitativo Multinivel: una aplicación práctica para el análisis de entrevistas. *EMPIRIA: Revista De Metodología De Ciencias Sociales*, 24, 15-44.
- Benito, E. (Noviembre de 2010). *Psiciencia*. Disponible en <http://www.psiciencia.org>
- Bracken, P. y. (2009). *Postpsychiatry: mental health in a postmodern world*. Oxford: Oxford University Press.
- Brennan, J. (1999). *Historia y sistemas de la psicología*. Mexico: Prentice Hall.
- Cabruja, T. P. (2005). *Psicología: perspectivas deconstruccionistas*. Barcelona: Eureka Media.
- Carmona, J. (Septiembre de 2012). Prevención del suicidio en el escenario escolar. *Entrevista informal*. Medellín, Antioquia.
- Cecchin, G. (1992). Construcción de posibilidades terapéuticas. Em S. y. Mc Namee, *La terapia como construcción social* (pp. 111-121). Barcelona: Paidós.
- Estupiñan, J. (2003). Una narrativa en la construcción de los caminos de la terapia sistémica. Em J. H. Estupiñan, *Construcciones en psicología compleja: aportes y dilemas* (pp. 15-33). Bogotá: Universidad Santo Tomás.
- Foucault, M. (2006). *El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Fraguas, D. (2007). ¿Hubo una psicoterapia verbal en la Grecia clásica? *Frenia*, 7(1), 167-193.
- Gergen, K. (1989). La psicología postmoderna y la retórica de la realidad. Em T. Ibañez, *El conocimiento de la realidad social* (pp. 157-185). Barcelona: Sendai.
- Gergen, K., & Kaye, J. (1992). Mas allá de la narración en la negociación de significado terapéutico. Em S. y. Mc Namee, *La terapia como construcción social* (pp. 199-219). Barcelona: Paidós.
- Goncalves, O. (2002). *Psicoterapia narrativa cognitiva*. Bilbao: Desclee de Brower.
- Gonzalez, J. (2010). *Breve historia del cerebro* (332 ed.). Barcelona: Crítica.
- Guba, E. y. (2000). Paradigmas en competencia en la investigación cualitativa. Em C. y. Denman, *Por los rincones: Antología de métodos cualitativos en la investigación social*. Mexico.
- Gutierrez, C. (1999). El teorema de incompletud de Gödel: versión para no iniciados. *Revista Cubo Mat. Educ*, 1, 68-75.
- Guzman, F. (2004). El narcisismo de la postmodernidad o la crisis de una modernidad decadente. *Revista internacional de filosofía iberoamericana y teoría social*, 9(26), 105-111.
- Ibañez, T. (2001). *¿Como se puede no ser construccionista hoy en día?* Barcelona: Gedisa.

- Jaramillo, J. (2009). Consideraciones identitarias para una psicología fundada en la epistemología compleja. *International Journal of Psychological Research*, 2(2), 158-166.
- Keeney, B. (1987). *Estética del cambio*. Buenos Aires: Paidós.
- Kosko, B. (1993). *Fuzzy Thinking, the new science of fuzzy logic*. New York: Hyperion.
- Leahey, T. (1999). *Historia de la psicología: principales corrientes en el pensamiento psicológico*. Madrid: Prentice Hall.
- Lipovetsky, G. (2000). *La era del vacío*. Anagrama.
- Lipovetsky, G. (2006). *El imperio de lo efímero*. Barcelona: Anagrama.
- Mahoney, M. (1995). *Constructivismo en psicoterapia*. Barcelona: Paidós.
- Maldonado, C. (2006). Teoría de las catástrofes y teoría financiera. *Observatorio De Economía Y Operaciones Numéricas*, 3, 55-74.
- Merani, A. (1982). *Historia crítica de la psicología: de la antigüedad riega a nuestros días*. Barcelona: Grijalbo.
- Miller, J. (Noviembre de 2004). *Psicoanálisis y ciencia*. Disponible en <http://psicoanalisisyciencia.wordpress.com>
- Ministerio de salud., R. d. (2006). *Ley 1090 de 2006*. Bogotá. Disponible en www.unisabana.edu.co
- Munne, F. (1995). Las teorías de la complejidad y sus implicaciones en las ciencias del comportamiento. *Revista interamericana de psicología*, 29(1), 1-12.
- Munne, F. (2004). El retorno de la complejidad y la nueva imagen del ser humano: hacia una psicología compleja. *Revista interamericana de psicología*, 38(1), 23-31.
- Munne, F. (2005). ¿Que es la complejidad? *Encuentros de psicología social*, 3(2), 6-17. Disponible en <http://www.portalpsicología.org>
- Pastor, J. &.-I. (2007). Complejidad y Psicología Social de las Organizaciones. *Psicothema*, 19(2), 212-217.
- Phares, J. (2003). *Psicología clínica: conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. Barcelona: Cengage Learning Editores.
- Postel, J. (2000). *Nueva historia de la psiquiatría*. Madrid: Fondo de cultura económica de España.
- Prigogine, I. (1983). *Tan solo una ilusion*. España: Matemas.
- Real Academia Española. (12 de Octubre de 2013). *Diccionario de la real academica española*. Disponible en <http://lema.rae.es/drae/?val=cl%C3%ADnica%20compleja>
- Ribes, E. (1972). Terapias conductuales y modificación del comportamiento. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 4(1).

- Sandoval, H. (2003). El bucle: referencia y autoreferencia en la construcción del conocimiento. Em J. H. Estupiñan, *Construcciones en psicología compleja: aportes y dilemas* (pp. 9-12). Bogotá: Universidad Santo Tomás.
- Shorter, E. (1997). *A history of psychiatry*. New York: John Wiley and sons.
- Silva, A. (2011). *Fundamentos filosóficos de la psicología*. Mexico: Manual Moderno.
- Stadniski, T. (2012). Some critical aspects of fractality research. *Nonlinear dynamics, psychology, and life sciences*, 16(2), 137-158.
- Stany, A. (1999). *Vida, muerte y resurrección de la conciencia: análisis filosófico de las revoluciones científicas en la psicología contemporánea*. Barcelona: Paidós.
- Strauss, A. y. (2002). *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia.
- Takemura, K. (2007). Ambiguous comparative judgment: Fuzzy set model and data analysis. *Japanese Psychological Research*, 49(2), 148-156.
- Tortosa, F. (1995). *Una historia de la psicología moderna*. Barcelona: Mc Graw Hill.
- Vergara, M. (2007). Tres concepciones históricas del concepto salud enfermedad. *Hacia la promoción de la salud*, 41-50.
- Watson, J. (1913). Psychology as the behaviorist views it. *Psychological review*, 20(1).
- Witmer, L. (1907). *Clinical psychology*. Toronto: York University.

Recibido: Diciembre 16-2014 Revisado: Mayo 12 2015 Aceptado: Mayo 21-2015