

PSICOPATOLOGÍA

Diana Pulido



AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

MIEMBRO DE LA RED

ILUMNO

Psicopatología
Diana Pulido
Bogotá D.C.

Fundación Universitaria del Área Andina. 2018

Catalogación en la fuente Fundación Universitaria del Área Andina (Bogotá).

Psicopatología

© Fundación Universitaria del Área Andina. Bogotá, septiembre de 2018
© Diana Pulido

ISBN (impreso): **978-958-5539-08-2**

Fundación Universitaria del Área Andina
Calle 70 No. 12-55, Bogotá, Colombia
Tel: +57 (1) 7424218 Ext. 1231
Correo electrónico: publicaciones@areandina.edu.co

Director editorial: Eduardo Mora Bejarano
Coordinador editorial: Camilo Andrés Cuéllar Mejía
Corrección de estilo y diagramación: Dirección Nacional de Operaciones Virtuales
Conversión de módulos virtuales: Katherine Medina

Todos los derechos reservados. Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta obra y su tratamiento o transmisión por cualquier medio o método sin autorización escrita de la Fundación Universitaria del Área Andina y sus autores.

BANDERA INSTITUCIONAL

Pablo Oliveros Marmolejo †
Gustavo Eastman Vélez

Miembros Fundadores

Diego Molano Vega
Presidente del Consejo Superior y Asamblea General

José Leonardo Valencia Molano
Rector Nacional
Representante Legal

Martha Patricia Castellanos Saavedra
Vicerrectora Nacional Académica

Jorge Andrés Rubio Peña
Vicerrector Nacional de Crecimiento y Desarrollo

Tatiana Guzmán Granados
Vicerrectora Nacional de Experiencia Areandina

Edgar Orlando Cote Rojas
Rector – Seccional Pereira

Gelca Patricia Gutiérrez Barranco
Rectora – Sede Valledupar

María Angélica Pacheco Chica
Secretaria General

Eduardo Mora Bejarano
Director Nacional de Investigación

Camilo Andrés Cuéllar Mejía
Subdirector Nacional de Publicaciones

PSICOPATOLOGÍA

Diana Pulido



AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

MIEMBRO DE LA RED

ILUMNO

EJE 1

Desarrollo Temático	7
Bibliografía	32

EJE 2

Introducción	34
Desarrollo Temático	35
Bibliografía	59

EJE 3

Introducción	61
Desarrollo Temático	63
Bibliografía	89

EJE 4

Introducción	92
Desarrollo Temático	93
Bibliografía	120

PSICOPATOLOGÍA

Diana Pulido

EJE 1

Conceptualicemos



Generalidades e historia de la anomalidad



Comprender la diferencia entre las personas ha sido un gran interrogante que ha inquietado a la humanidad, sobre todo cuando esa diferencia se asocia al comportamiento.



Ejemplo

Hablar solo, sentirse perseguido constantemente, ver o hablar con personas que nadie más puede ver o escuchar, alteraciones y sufrimiento asociado a pensamientos, emociones y conductas que percibe desviados, episodios agresividad, tristeza y preocupación significativos.



Figura 1.

Fuente: Shutterstock/175109303

Se han establecido en diferentes culturas y momentos históricos unos cánones de normalidad (características compartidas por un gran número de personas que determinan qué es lo normativo o un comportamiento esperado y socialmente aceptado) que permiten realizar una clasificación de aquellas personas denominadas normales y anormales. En este orden de ideas los normales se entienden como sanos, equilibrados, lúcidos, buenos, con salud mental, entre otros; entre tanto, a los que se clasifican como anormales se les ha tildado de locos, tontos, atípicos, enfermos mentales, desadaptados, malos, demonios.

Es difícil trazar esa línea que divide lo normal de lo anormal, en el plano histórico los considerados anormales eran confinados a los denominados manicomios, ahora no necesariamente se institucionalizan pero si se emiten unas etiquetas denominadas **diagnósticos** que de manera más encubierta evidencian esta división entre los normales y los que no lo son, los sistemas de clasificación facilitan y dan las categorías para la asignación de dichas etiquetas.



Diagnóstico

Proceso para determinar si la manifestación de unos signos y síntomas cumplen con criterios establecidos en manuales como el DSM o el CIE para asignar una etiqueta a través de un trastorno psicológico concreto.

Pero estas etiquetas o diagnósticos tienen un impacto personal y social muy importante porque facilitan la marginación, autoestigmatización, prejuicios, discriminación y el aislamiento social, el estudio de este comportamiento anormal lo asume la psicopatología que sirve como un punto de referencia para comprender la conducta humana a través del diagnóstico, pero una persona no se puede reducir a una etiqueta diagnóstica, por tanto en este curso se identificarán otras variables además de los diagnósticos que permiten comprender la complejidad del comportamiento humano.



Lectura recomendada

Primera sección, capítulo 2.

Manual de psiquiatría clínica y psicopatología del adulto

Vassilis Kapsambelis

Dentro del grupo de los marginados se encuentran aquellos que padecen estados de locura, la que se ha concebido desde diversas perspectivas en la historia de la humanidad, uno de los sinónimos más usados para la locura era el término lunático, estas personas consideradas así no tenían esperanza de curación y por tanto eran sometidos a diferentes métodos como la tortura e incluso el asesinato de maneras inconcebibles, se les temía. A los calificados como extraños, desde explicaciones de tipo espiritual, se pensaba que estaban poseídos por espíritus malignos, sin embargo estos tratos estaban muy determinados por su posición social.



Ejemplo

A los reyes, líderes, emperadores o monarcas se les permitía realizar excentricidades que implicaban infringir daño a sus semejantes y súbditos, ejemplos de ellos (Calígula, Nerón, Hitler, entre muchos otros), aún hoy con los avances científicos que se han tenido en esta materia, en diferentes partes del mundo y más específicamente en algunas regiones del país, especialmente rurales, la noción de anormalidad como posesión de espíritus es una idea que sigue predominando en la explicación del comportamiento anormal, por tanto, siguen vigentes tratamientos como el exorcismo, la magia y hechizos para el manejo del considerado diferente.



Instrucción

En este punto invitamos a revisar el recurso de aprendizaje: línea de tiempo de la historia del estudio de la conducta anormal.

En la historia del estudio de la conducta anormal han prevalecido tres tradiciones que atribuyen unas causas y unos tratamientos específicos a este tipo de conducta, y que aún hoy siguen vigentes desde el sentido común para la explicación de los trastornos mentales, e incluso en algunas culturas por ejemplo de África aún se realizan los tratamientos que se van a describir a continuación, la sobrenatural, la biológica y la psicológica. La sobrenatural se ha entendido como una batalla entre el bien y el mal, se atribuye la conducta anormal a la influencia de astros, la luna, posesiones demoníacas, brujas o espíritus y como un castigo divino por haber actuado mal en la vida, por tanto, el tratamiento asignado consistía y aún consiste desafortunadamente en el uso de la magia, la hechicería, el exorcismo, encierros, azotes e inmersiones.



Figura 2.
Fuente: Shutterstock/725752654

Otro método usado fue la trepanación que consistía en realizar un orificio en el cráneo con la creencia de que a través de este los espíritus malignos se liberarían e incluso en la edad media la muerte en la hoguera fue un método para exterminar al que se consideraba diferente; en la biológica los trastornos son causados por desequilibrios químicos, enfermedades y herencia y fueron tratadas a través de descargas eléctricas, sangrías (uso de sanguijuelas o ventosas), caja giratoria, sillón tranquilizador, cirugía cerebral y psicofármacos.



Ejemplo

Estas explicaciones es la formulación de la terapia de los 4 humores de Hipócrates (bilis negra, bilis amarilla, sangre y bilis); y finalmente la psicológica postula que la conducta anormal es debida a alteraciones en el desarrollo psicológico y al contexto social, y fue tratada con terapia moral y psicoterapia, esta tradición es la precursora de las aproximaciones psicosociales modernas (Durand y Barlow , 2007).



Lectura recomendada

Capítulo 2, páginas 40 a la 60.

Manual de psicopatología

Amparo Belloch, Bonifacio Sandín y
Francisco Ramos

Otras clasificaciones del panorama histórico de la conducta anormal fueron planteadas por Belloch, Sandín y Ramos (2008) y Sarason y Sarason (2002) que incluyen el mundo occidental antiguo, la Edad Media, el Renacimiento, la edad de la razón y la reforma; sus explicaciones incluían desde la razón, el método científico hasta explicaciones demonológicas. Después del siglo XVII aparece la opción de institucionalizar a los enfermos psiquiátricos, en los llamados “manicomios” o “asilos” caracterizados por malas condiciones, y tortura a las personas que los habitaban. Uno de los psiquiatras más destacados del siglo XIX fue Philippe Pinel porque favoreció la humanización de estas instituciones al ver pacientes tratados con crueldad, encadenados y viviendo en calabozos, lo cual ayudó en la creación de hospitales de recuperación con condiciones dignas, este cambio también se realiza en América liderado por Dorotea Dix, denominado **Movimiento de higiene mental**, el cual se orientó a dar a conocer las deplorables condiciones en que se trataban a los enfermos mentales y los abusos a los que ellos eran sometidos, pero más allá de esto creó e instauró normas de cuidado que incluían a personas sin hogar, inauguró “El retiro”, que se convierte en un modelo de “manicomio” en el mundo; por su tratamiento humano y moral fue reconocida y nombrada como heroína del siglo XIX. Desafortunadamente a mediados del siglo XIX este tratamiento digno decae después de la guerra civil, dado que incrementa el número de internos en los hospitales de 200 aproximadamente a 1000 o 2000 pacientes por institución.



Movimiento de higiene mental

Esfuerzo de mediados del siglo XIX para mejorar el cuidado de las personas que sufrían trastornos mentales, socializando al público los malos tratamientos (Durand y Barlow, 2007).



Instrucción

Llegados acá, es necesario realizar la actividad de aprendizaje: videopregunta, comprendiendo la historia de la psicopatología basado en el video "Historia de la psiquiatría".

Conceptos básicos para comprender la anormalidad

Sarason (2006), define la anormalidad desde la comprensión de cómo se siente ser diferente, cómo los demás interpretan esas diferencias y la forma en que la sociedad trata a los que considera diferentes. Para interpretar este concepto se tiene en cuenta el estrés, la vulnerabilidad personal y la resiliencia, esta última entendida como la capacidad de funcionar eficazmente en la adversidad y reponerse después de un suceso estresante significativo y se relaciona con los denominados factores de protección; el estrés por su parte es entendido como la valoración que realiza una persona de lo que le sucede como algo que supera los recursos con los que cuenta y pone en peligro su bienestar personal.

Siguiendo esta línea Durand y Barlow (2007), definen la psicopatología como el campo encargado del estudio científico de los trastornos mentales; siendo los trastornos psicológicos caracterizados principalmente por una disfunción psicológica, angustia personal y respuesta atípica; estas características están implícitas en el concepto de trastorno mental emitido por la APA en el 2013 en la versión 5 del DSM:



Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes.

Por su parte Trull y Phares (2003) definen el comportamiento anormal a través de tres aspectos: **conformidad con las normas, experiencia de una aflicción subjetiva y la presencia de discapacidad o disfunción.**

Para deducir como la historia ha entendido la anormalidad, se tendrán en cuenta sus causas, teorías y tratamientos de acuerdo con concepciones específicas, debido a la relevancia social que tiene el estudio de la anormalidad y salud mental, se han realizado gran cantidad de producciones cinematográficas que exponen todo lo relacionado con la psicopatología e intentan hacer una crítica frente al manejo que se hace con estas personas, es este escrito referenciaremos dos de ellas.

Así, el cine evidencia la concepción de la anormalidad y sus tratamientos, en la película *Niebla en agosto* un film alemán realizado en el 2016 que relata a partir de una historia real el tratamiento que se les daba a los considerados diferentes, este tratamiento era el programa de eutanasia del régimen nazi donde se les dio muerte de manera sistemática entre 1939 y 1944 a más de 200.000 personas que estaban internadas en centros psiquiátricos de Alemania.



Figura 3. Película Niebla en agosto
Fuente: <https://www.filmaffinity.com/co/film851887.html>

Otra película que permite evidenciar la concepción de anormalidad es *Hombre mirando al sudeste* realizada en 1986, que muestra la discusión en torno a atribuciones causales de tipo espiritual, poderes sobrenaturales y la concepción científica, hace un llamado al trato digno y respetuoso de las personas con enfermedades mentales. Siendo así, *Niebla en agosto* muestra cómo se afecta el trato al considerado diferente desde la concepción política y social, mientras *Hombre mirando al sudeste*, evidencia desde una mirada más individual el trato dado por el profesional a aquel que se considera anormal.

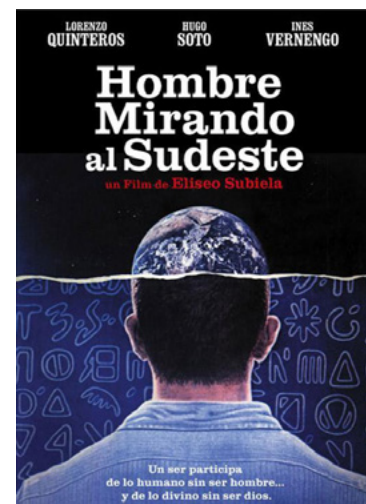


Figura 4. Película Hombre mirando al sudeste
Fuente: <https://www.filmaffinity.com/co/film271887.html>

Teorías explicativas de la conducta anormal

Hay siete perspectivas que explican definición, causas y tratamiento de la conducta anormal, estas son: biológica, psicodinámica, conductista, cognitiva, cultural comunitaria, humanista existencial, y el enfoque interaccional.

1. La perspectiva biológica asume una etiología orgánica, es decir concibe las perturbaciones de tipo orgánico como las causas de la anormalidad.



Ejemplo

Los defectos genéticos, las lesiones o infecciones antes o después del nacimiento o disfunciones fisiológicas, la evaluación incluye neuroimagenología y pruebas genéticas y el tratamiento está centrado en la administración de psicofármacos y la terapia genética.



Figura 5.

Fuente: Shutterstock/542467492

Esta perspectiva es muy abordada por los psiquiatras quienes a diferencia de los psicólogos tienen las competencias y formación para formular psicofármacos como herramienta de tratamiento en la enfermedad mental; las enfermedades que han tenido una explicación significativa desde esta perspectiva son la esquizofrenia, la depresión y la discapacidad cognitiva.



Lectura recomendada

Capítulo 1.

Psicopatología clínica: adaptado al DSM-5

Margarita Ortiz Tallo

2. Por su parte, la perspectiva psicodinámica atribuye las causas de la anormalidad a conflictos intrapsíquicos y experiencias traumáticas tempranas, los tres conceptos que emplea para la explicación de la conducta son el Ello, Yo y Superyó que van desde la inmadurez y el descontrol hasta la madurez y el control representado por el Superyó, estos conceptos constituyen el aparato psíquico postulado por Freud. Evalúa lo que contiene el subconsciente y las defensas psicológicas que posea el individuo, el tratamiento usa técnicas de hipnosis y asociación libre empleado principalmente para la comprensión de los trastornos de ansiedad y la histeria.

3. La tercera perspectiva la conductista, centra su atención en la conducta como respuesta a los estímulos, aduce el determinismo del ambiente en la conducta desadaptada, usa tres teorías para sustentar su postura: el condicionamiento clásico, el operante y la teoría del aprendizaje social; el tratamiento tiene como objetivo modificar tipos concretos de comportamientos a través de técnicas como la desensibilización sistemática, programas de refuerzos, modelamiento, moldeamiento, entre otros, los trastornos que se relacionan con esta perspectiva incluyen fobias, ansiedad y trastornos de comportamiento.

Es importante resaltar la terapia de exposición y su amplio uso para el manejo de fobias, la cual ha mostrado alta efectividad, incluso más que la desensibilización sistemática que, según estudios, no ha mostrado efectos duraderos en el tiempo.

4. En este orden de ideas la perspectiva cognitiva identifica la forma en la cual las personas adquieren, procesan e interpretan la información y la usan para solucionar de manera efectiva sus problemas cotidianos teniendo en cuenta los esquemas particulares que cada individuo ha desarrollado y conceptos como pensamientos irracionales y disfuncionales, por tanto el objetivo del tratamiento es facilitar que el individuo interprete el mundo, a otros y a sí mismo de una manera más funcional, real y adaptativa, que disminuya de manera significativa su malestar y sufrimiento. Los trastornos en los que ha tenido mayor impacto son los de personalidad, ansiedad y depresión.

5. La perspectiva cultural comunitaria por su parte atribuye las causas de la conducta anormal a factores comunitarios como la pobreza, marginalidad y en general a fallas del sistema de apoyo social para proveer un entorno saludable al individuo; su tratamiento se enfoca en la realización de programas de corte preventivo a fin de mitigar los riesgos psicosociales, como proyectos escolares y comunitarios, centros día y grupos de apoyo, esta perspectiva es especialmente usada para la comprensión de trastornos como la esquizofrenia y fenómenos como la discriminación.

6. La sexta perspectiva es la humanista existencial que enfatiza en la autorrealización como fin último del ser humano, siendo desestabilizadores de esta, alteraciones en la libertad y toma de decisiones, centra su evaluación en valores, significados y propósitos, sentimientos del paciente y objetivos personales, en esta línea el tratamiento se enfoca en la aceptación total de otro, introspección, búsqueda de significado existencial y autorrealización, principios aplicados en trastornos de ansiedad, neurosis y psicosis.

7. Y finalmente, la perspectiva interaccional que básicamente retoma aspectos relevantes de cada una de las seis perspectivas expuestas a fin de identificar vulnerabilidades personales y factores de resiliencia; concibe la conducta desadaptada como el resultado de tres procesos desequilibrados a nivel del cuerpo, funcionamiento psicológico y ambiente social.



Instrucción

Con el fin de reforzar estos siete enfoques invitamos a revisar el Recurso de aprendizaje: infografía, perspectivas teóricas en psicopatología.

Algunas de estas perspectivas constituyen los principales modelos teóricos de la psicopatología, tal como lo resume Belloch, Sandín y Ramos (2008) son 8 modelos, a saber:

El modelo de enfermedad indica que la etiología de la psicopatología es de tipo somático, por tanto concibe al hombre como una máquina compleja fisicoquímica con algunos componentes defectuosos;

El modelo constitucional atribuye causas de tipo somático-organísmica es decir, el impacto de lo innato desde el concepto de temperamento y biotipos, se percibe como un todo;

El psicodinámico coincide en la explicación dada de la atribución etiológica a conflictos psicológicos inconscientes y busca el insight como tratamiento;

El evolucionista indica como causas, alteraciones en el proceso de maduración o regresión en el desarrollo;

El conductista atribuye las causas al aprendizaje de hábitos inadecuados usando el condicionamiento clásico y operante como principios en la terapia de la conducta;

El cognitivo hace alusión a estrategias de afrontamiento y esquemas disfuncionales o ineficaces, ser humano como procesador de información;

El macrosocial relaciona la desintegración social o conflicto social como origen de la psicopatología;

Y finalmente el microsicial a alteraciones en pequeños grupos en relaciones interpersonales.

Figura 6.
Fuente: propia

Términos y usos generales

Una vez se ha realizado un esbozo de las principales perspectivas que intentan comprender la conducta anormal o también denominada conducta desadaptada, en este párrafo se describirán este tipo de conceptos para su mayor comprensión. Cuando se hace referencia a anormalidad, conducta inadaptada, en locura o trastornos mentales se tiene el imaginario de que las personas que tienen una enfermedad mental habitan centros psiquiátricos, sin embargo, de los problemas cotidianos de las personas y la capacidad que se tiene para enfrentar estos, pueden derivarse dificultades de salud mental que suelen proceder de eventos vitales estresantes como: rupturas afectivas, conflictos de pareja y con hijos, dificultades de adaptación en el colegio, universidad, trabajo, muerte de personas significativas, fracasos, enfermedades crónicas, entre otros (Echeburúa, Salaberría y Cruz, 2014).

Al respecto es necesario comprender las implicaciones del término adaptación que hace referencia a la capacidad o incapacidad de cambiar su conducta como respuesta a los requerimientos de un ambiente en constante variación, esta adaptación se trabaja desde dos variables que son: las características personales y la naturaleza de las situaciones.



Ejemplo

Frente a la muerte de un padre por un accidente de tránsito o por enfermedad crónica (naturaleza de las situaciones) el hijo dependiendo de la causa de muerte, pero también de sus experiencias en el afrontamiento de otras muertes o situaciones de pérdida, de las interpretaciones que haga del evento y de sus habilidades (características personales) dependerá su nivel de adaptación a la pérdida. La adaptación actualmente desde la perspectiva de Darwin y teniendo en cuenta los avances en la humanidad que garantizan la supervivencia y reproducción, se centra especialmente en los estándares de calidad de vida y felicidad.

Las demandas terapéuticas han cambiado recientemente asociadas a la intolerancia, al sufrimiento e insatisfacción, no constituyen un trastorno mental, la pérdida de un ser querido, rupturas de pareja, conflictos familiares, estrés laboral; estos han sido integrados en la clasificación de trastorno adaptativos como una forma de psicopatología de la vida cotidiana. Estas demandas terapéuticas se relacionan con cambios sociales con tendencias individualistas, de aislamiento y de falta de apoyo social en donde impera la soledad y la incomunicación. La presencia de la conducta desadaptada implica un problema, incapacidad, genera preocupación y afecta su entorno, genera también estigma que desde el punto de vista interno se denomina autoestigmatización y desde el punto de vista externo se denomina discriminación o prejuicio.



Lectura recomendada

Capítulo 1, páginas 9 a la 21.

La salud mental en el mundo de hoy

Javier Cabanyes Truffino

En este orden, es importante hacer referencia al concepto de vulnerabilidad que indica la probabilidad de responder de manera inadecuada ante ciertas situaciones, también se relaciona con condiciones que aumentan la probabilidad de desarrollar trastornos mentales; condiciones denominadas factores de riesgo.



Ejemplo

Como por ejemplo susceptibilidad genética, abandono, maltrato y negligencia en la infancia, presencia de psicopatología en los padres, tensión marital, divorcio, pobreza, acceso limitado a servicios sociales y de salud, discriminación, déficit en habilidades sociales, bajo coeficiente intelectual, entre otros (Cova, 2004).



Figura 7.

Fuente: Shutterstock/121428757

En contraposición la presencia de factores protectores disminuiría la probabilidad de desarrollar un trastorno mental después de un evento vital estresante. Para concretar cómo se relacionan estos factores en el desarrollo de trastornos mentales Sarason y Sarason (2002), describieron que a menor edad, nivel educativo, ingresos económicos, apoyo social y coeficiente intelectual hay más probabilidad de desarrollar trastornos mentales asociados a ser soltero y sentirse insatisfecho con sus relaciones sociales.

Específicamente, la psicopatología es el estudio de los trastornos mentales. Para los psicólogos es necesario conocerlos y comprenderlos no solo desde los sistemas de clasificación tradicionales, sino desde una mirada más integral, esta mirada la da el enfoque biopsicosocial que reconoce la complejidad del ser humano desde tres dimensiones distintas (**biológica, psicológica y social**), que trasciende la asignación de una etiqueta; los

síntomas se desarrollan como respuesta a la interacción entre genes y estresores de tipo ambiental, lo cual permite concluir que **las causas de los trastornos mentales son complejas e interactivas**. Y también es relevante según Paris (2010) reconocer el papel que ha jugado la cultura en la concepción del que se considera diferente, siendo la cultura un **conjunto de valores y normas que influyen y determinan formas de vida y conductas socialmente esperadas** en un grupo particular y en determinados momentos históricos.



Ejemplo

Es el impacto que ha tenido el consumismo en la forma de vida actual, dado que tener más posesiones o estatus significa ser más, ahora la inmersión de la tecnología en nuestras formas de socialización a determinado el desarrollo o mejor el déficit en el desarrollo de habilidades sociales que permiten una mejor adaptación al grupo social de referencia, ejemplo de ello es la incapacidad de controlar su uso, aun cuando esté en riesgo sus relaciones sociales en el ámbito laboral y familiar, adicción, pérdida de intimidad, aislamiento, ansiedad, entre otros (Echeburúa y Paz, 2010).

Finalmente, para relacionar la psicopatología y la cultura se hará mención al término patología contemporánea en la cual la presencia de casinos creó e incrementó el desarrollo de la ludopatía que es básicamente la adicción al juego; o ideales de belleza y delgadez muy rígidos contribuyeron al desarrollo de cuadros patológicos como la bulimia y la anorexia.



Figura 8.

Fuente: Shutterstock/228877129

En resumen, la psicopatología no se basa en un único criterio para diagnosticar, se requiere un modelo multimétodo, multidimensional y multifuente para comprender su complejidad, la psicopatología requiere de condicionantes contextuales para determinar lo que se juzga como normal.

Ahora es importante comprender otras variables que se relacionan y mantienen los diagnósticos, variables como: identificar la utilidad adaptativa de esas estrategias y sus ganancias secundarias, identificar como altera el desarrollo individual y social, y en general diferentes niveles de funcionamiento, ahora, la presencia de psicopatología no significa necesariamente ausencia de salud mental (Belloch, Sandín y Ramos, 2008).

Evaluación de los trastornos mentales

La evaluación que se realiza de los trastornos es a través de diagnóstico y tiene dos enfoques: el categorial y el dimensional, los cuales son básicos en los principales sistemas de clasificación de la psicopatología y definen las reglas que orientan el análisis, definen atributos clínicos. El enfoque categorial es útil para la práctica clínica porque establece de forma binaria la presencia o ausencia de un criterio diagnóstico que conduciría a un trastorno mental en particular, es propio de la herencia médica; mientras que el enfoque dimensional clasifica las manifestaciones clínicas basándose en clasificación de atributos, que se distribuyen de forma continua y no ostenta límites precisos, desde un paradigma psicosocial (Sandín, 2013).



Lectura recomendada

Capítulo 1, páginas 1 a la 15.

DSM-5: guía para el diagnóstico clínico

James Morrison

Estos enfoques presentan pros y contras, el categorial tiene como ventajas que es fácil y ágil para su utilización, une elementos distintos de una manera simple y coordinada, estas categorías son un estándar para los clínicos, tienen altos niveles de confiabilidad y permite tomar fácilmente decisiones clínicas, también facilitan el trabajo interdisciplinario.



Ejemplo

Con la rama de la psiquiatría; las principales desventajas de este enfoque se relacionan con la dificultad de reducir a los pacientes a una categoría diagnóstica, riesgo de realizar diagnósticos mecánicos, límites arbitrarios entre normalidad y anormalidad y una alta presencia de casos atípicos.



Figura 9.

Fuente: Shutterstock/361690946

El enfoque dimensional por su parte tiene una mayor capacidad de discriminar diferencias entre los individuos, permite tener un panorama más amplio de los casos, no hay puntos de corte arbitrarios y mejor monitorización de los cambios en el tiempo; sus desventajas tienen que ver con el desacuerdo de los clínicos de las dimensiones a utilizar, excesiva complejidad en la cotidianidad y dificultad en comunicación práctica y sencilla entre profesionales (Simonsen, 2010).



Figura 10.
Fuente: Shutterstock/526087603

El término diagnóstico que tanto se ha mencionado, permite dar la conclusión de la naturaleza de un problema, así como identificar y clasificar una condición clínica, es útil en la clasificación y asignación de tratamientos, facilita la comunicación entre clínicos y permite predecir curso y resultado del trastorno. Parte de la taxonomía que es indispensable para el avance científico (Sarason y Sarason, 2002). Los principales sistemas de clasificación de la psicopatología son el DSM que significa Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, creado por la Asociación Americana de Psiquiatría en Estados Unidos en el año 1953 utilizado principalmente por médicos y psiquiatras y el CIE que significa Clasificación estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud creado por la Organización Mundial de la Salud hacia 1983 en España, utilizado por diversos profesionales de la salud. Estos sistemas permiten la organización sistemática de conceptos que describen trastornos mentales, incluye el sistema alfanumérico que facilita la comunicación entre profesionales y permite la investigación; es básico para la teoría de la psicopatología y tiene atribuciones predictivas y de descripción (Flanagan y Blashfield, 2010).

Sistemas de clasificación y sus principales cambios

A esta fecha las recientes publicaciones de estos sistemas de clasificación son el DSM la versión 5 y en el CIE la versión 10, ambos utilizan códigos alfanuméricos para clasificar los trastornos y permiten la evaluación de unos criterios que si se cumplen en número y tiempo de evolución favorecen la asignación de una etiqueta diagnóstica.

A continuación, se describirán los principales cambios y avances que ha presentado las versiones del DSM.

1. El DSM-I se crea en 1952 con un total de 106 trastornos incluidos con un aproximado de 130 páginas;
2. El DSM-II se crea en 1968 con un total de 137 trastornos incluidos con un aproximado de 135 páginas; el DSM-III se crea en 1980 con un total de 182 trastornos incluidos con un aproximado de 494 páginas;
3. El DSM-III-R se crea en 1987 con un total de 204 trastornos incluidos con un aproximado de 567 páginas, el DSM-IV se crea en 1994 con un total de 220 trastornos incluidos con un aproximado de 886 páginas;
4. Finalmente el DSM-V se crea en 2013 con un total de 216 trastornos incluidos con un aproximado de 947 páginas.

Después de tener una panorámica de los cambios cuantitativos de las diferentes versiones, se realizará una identificación de los cambios más significativos desde un mayor nivel de explicación, las dos primeras versiones se basaron en el enfoque dimensional, por lo cual la inclusión del enfoque categorial en la versión tres dio un estatus médico a este sistema de clasificación basado en síntomas y permitió su difusión, uso y popularización del conocimiento científico en la comprensión de los trastornos mentales.

Por su parte la versión 4 mejoró de manera significativa los criterios diagnósticos y sus respectivas descripciones, siendo estos más precisos, consistentes, claros y descriptivos; el principal aporte de esta versión es el sistema de clasificación multiaxial que sirve para resumir información diversa importante para el caso de un individuo, más que ofrecer una simple etiqueta, Millon (2010) describe que los modelos multiaxiales permiten alinear factores relevantes que dan luces sobre la naturaleza de determinada condición clínica, además de permitir la inclusión de información diversa y relevante para tomar decisiones de tipo clínico.

Este sistema tiene 5 ejes:

1. El eje 1 se ocupa de los trastornos clínicos y otros trastornos que pueden ser objeto de atención clínica.
2. El eje 2 de los trastornos de personalidad y retraso mental.

3. El eje 3 de las enfermedades médicas.
4. El eje 4 de los problemas psicosociales y ambientales.
5. El eje 5 de la evaluación de la actividad global.

Una de las principales críticas al DSM-V es la eliminación de los ejes que componían la evaluación multiaxial que permitía una comprensión más amplia de trastorno mental, desde una aproximación psicosocial, el manual que actualmente se usa incluye en su creación la participación interdisciplinaria, facilitar criterios de diagnóstico explícito y conciso, busca la aplicabilidad en diferentes contextos y por distintas profesiones, incluye investigación reciente sobre neurociencias, agrega criterios dimensionales a los trastornos, reconoce el carácter continuo de los trastornos y los clasifica en dimensiones o espectros relevantes a nivel clínico, discrimina las expresiones del trastorno según ciclo vital suprimiendo la separación histórica de la psicopatología del niño y la del adulto y finalmente incorpora en diferentes apartados, parámetros dimensionales en la comprensión de los trastornos mentales (Sandín, 2013).

En esta línea los modelos multiaxiales, modelos multidimensional y multinivel de diagnóstico y evaluación, según Durand y Barlow (2007), desde el modelo multidimensional, el comportamiento anormal es el resultado de múltiples factores causales interactuando estos factores son de tipo biológico, social, emocional y cognoscitiva, conductual y del desarrollo, este modelo multidimensional se puede relacionar con el principio de equifinalidad en psicopatología que sostiene que un trastorno puede tener causas diferentes en otras palabras ser multicausal, mientras que en el principio de multifinalidad, riesgos similares pueden llevar a resultados diferentes.

Una de las explicaciones que ha sido ampliamente aceptada es la interacción entre genética y ambiente, la cual sostiene que el entorno activa determinados genes los cuales alteran el funcionamiento bioquímico del cerebro. Ahora, explicaciones recientes como la de Novak (1998) centrada en los sistemas dinámicos se aplica al estudio del comportamiento humano integrando la selección natural y el aprendizaje operante durante el desarrollo humano, e incluye seis principios para su explicación, estos son: el determinismo recíproco, la no-linealidad, una organización por conjuntos, los segmentos primordiales, los parámetros de control y los estados de atracción, con relación a la anormalidad la no-linealidad hace referencia a transformaciones altamente complejas y no una simple suma de componentes, en últimas, este modelo trasciende los modelos clásicos de causalidad, ya que este nuevo modelo es menos determinado y sin altos niveles de predicción, lo cual permite una explicación acorde a la complejidad del comportamiento humano en el área de la psicopatología.



Instrucción

Una vez revisados estos contenidos invitamos a revisar el recurso de aprendizaje: animación, diagnóstico y principales sistemas de clasificación en psicopatología.

De esta explicación se generan dos modelos:

- El modelo diátesis – estrés y el modelo genes ambiente recíprocos, en el primero, el término diátesis es una condición que hace más susceptible a la persona a desarrollar un trastorno, este modelo indica que los individuos heredan tendencias a expresar ciertos rasgos o comportamientos que se pueden activar en condiciones de tensión.



Ejemplo

- Lo anterior se puede explicar a través del siguiente ejemplo: una persona con una tendencia heredada al alcoholismo, denominada vulnerabilidad, requerirá menos estrés para desencadenar el trastorno, mientras menor sea la vulnerabilidad mayor estrés o tensión requerirá para desarrollar el trastorno.
- Por otro lado, el modelo de genes ambiente recíprocos indica que las personas tendrán una tendencia determinada a nivel genético para crear factores de riesgo ambientales que desencadenan una vulnerabilidad.



Ejemplo

- Un ejemplo de este modelo es el desarrollo de la depresión en el cual las personas tenderán a buscar relaciones problemáticas u otras circunstancias que los conducen a la depresión.
- La principal contribución de esta interacción entre genética y ambiente, es una esperanza de que las manipulaciones de tipo ambiental a temprana edad pueden afectar e incluso anular la tendencia adquirida genéticamente, como en el caso de la ansiedad o la esquizofrenia las cuales con estilos de crianza efectivos y familias funcionales disminuyen su probabilidad de desarrollo, también estudios como el de Irarrázaval, Prieto y Armijo (2016), muestran como el manejo a temprana edad puede prevenir o aumentar la probabilidad de desarrollar depresión, con el desarrollo de programas que promueven la salud mental a través del entrenamiento en solución de conflictos, habilidades de toma de decisiones, promoción de estilos de vida saludables, detección de estados mentales de riesgo, prevención de situaciones de riesgo y potenciando de manera general los factores protectores.

Los principales métodos de investigación de la conducta anormal o la psicopatología han permitido realizar avances en cómo tratar y cómo prevenir los trastornos mentales, aspectos como la observación y los hechos han reemplazado a las creencias y se enfatiza en la esperanza de realizar esfuerzos de ayudar a las personas que padecen trastornos de la conducta.



Figura 11.

Fuente: <http://elpsicoasesor.com/bases-biologicas-de-la-conducta-anormal/>

Los pasos básicos del trabajo investigativo se aplican también al estudio de casos en psicopatología, estos pasos permiten especificar el tema de la manera más clara posible:

1. Revisar la literatura relevante, definir las variables relevantes, desarrollar una hipótesis específica, seleccionar una estrategia de investigación, llevar a cabo un estudio, analizar los resultados e informar los descubrimientos de la investigación.
2. Para lograr estos pasos se requiere el uso de métodos como la observación, la entrevista, autorregistros, pruebas psicológicas, historias de caso, realización de examen mental e historia clínica, entre otros.
3. Para lograr avances en esta área se ha hecho uso de estudios longitudinales (se recolectan datos de las mismas personas, evaluando más de una vez por un periodo de tiempo) y estudios transversales (evalúa a distintas personas en un único momento), con altos estándares de **confiabilidad** y **validez**.



Confiabilidad

Consistencia de los datos a lo largo del tiempo y entre diferentes evaluadores.

Validez

Grado en que una prueba, evaluación o técnica mide lo que pretende medir.



Lectura recomendada

Capítulo 3 y 4.

Manual de psicopatología

Amparo Belloch, Bonifacio Sandín y Francisco Ramos

El examen mental es una prueba preliminar del juicio del paciente e implica observación sistemática del comportamiento, algunos de los aspectos que mide este examen es la apariencia, la conciencia y actitud alerta, la conducta psicomotora, la atención y concentración, el habla, los patrones de pensamiento, la orientación, la memoria, el afecto y estado de ánimo, la energía, la percepción y el nivel de *insight*. Dentro de las pruebas que se aplican están: las pruebas de inteligencia que es la primera herramienta de evaluación psicológica utilizada en contextos escolares y clínicos y se compone a grandes rasgos de inteligencia general y habilidades específicas; las pruebas neuropsicológicas que miden las consecuencias cognitivas, sensoriomotoras y perceptuales de una anomalía cerebral e incluyen medidas de atención, pensamiento, planeación, fluidez verbal, memoria y funcionamiento motor; y la evaluación de personalidad y evaluación **conductual**.



Conductual

Observar, medir y evaluar en forma sistemática, pensamientos, emociones y conducta de una persona (Durand y Barlow, 2007).

La entrevista es la técnica principal para recopilar datos y tomar decisiones, es práctica y básica, permite la toma de decisiones, comprensión y predicción clínica y depende de la habilidad y sensibilidad del clínico.

Con el fin de desarrollar una buena entrevista clínica se requiere de unos mínimos relacionados con empatía, el establecimiento de una relación funcional entre clínico y paciente, proporcionar una atmósfera confortable y de comprensión mutua, mostrar una actitud de aceptación, comprensión y respeto, no prejuzgar al cliente o paciente y establecer un ambiente de confianza, respeto, franqueza mutua y tolerancia. En el marco de la entrevista se deben controlar en lo posible variables asociadas al inicio de sesión con el fin de minimizar ansiedad por parte del entrevistado y del entrevistador, uso de lenguaje apropiado, uso de preguntas que faciliten el flujo de la información, el manejo de los silencios, la capacidad de escucha, y los valores y antecedentes de clínico, así como el impacto de su atuendo y forma de comportarse en la entrevista.

Otro aspecto relevante en la identificación del caso, es la entrevista a terceros que va a permitir tener una mirada más objetiva del consultante y es una fuente de evaluación indispensable para el diagnóstico y por ende para el tratamiento.

Los dos diseños metodológicos que adopta la psicopatología que permiten avances en la investigación psicopatológica son el correlacional y el cuasi-experimental, estos incluyen dos niveles de análisis como principales objetivos de la psicopatología, el descriptivo y el explicativo, el primero permite describir y explicar la conducta patológica y el segundo conocer las causas de la conducta anormal, a fin de obtener mejores resultados las investigaciones incluyen sujetos clínicos y no clínicos, y se realizan experimentos con humanos y animales (Belloch, Sandín y Ramos, 2008).

Dentro de los aspectos clínicos que es importante precisar se encuentran los conceptos signos y síntomas, signos son todos aquellos cambios en estado o función relativamente objetivos que indican la presencia de un evento clínico.



Ejemplo

Son los marcadores biofísicos y actos de tipo comportamental; los síntomas son esencialmente subjetivos, ya que son recogidos de la información dada por el paciente y se basan en experiencias (Millon, 2010).

Estos términos son centrales en el proceso diagnóstico, una de las clasificaciones más aceptadas es la que discrimina la psicopatología infantil de la de adultos, este curso tendrá en cuenta esta clasificación. En síntesis, la psicopatología es multicausal y tiene en cuenta variables predisponentes que son de tipo individual y contextual y permiten evidenciar factores de vulnerabilidad que facilitan la aparición de un trastorno, como herencia, problemas prenatales, perinatales y postnatales, pautas de crianza, historia personal, modelamiento; precipitantes eventos vitales estresantes de tipo psicosocial; y mantenedores que permiten la presencia del trastorno.

Clasificación de trastornos mentales según DSM-V

Estos aspectos clínicos están implícitos en los trastornos mentales, en este apartado del texto se realizará una conceptualización de los principales trastornos mentales existentes en la versión 5 del DSM, es importante identificar conceptos claves que se manejan dentro del DSM como el curso, el inicio, el pronóstico, la prevalencia con el fin de comprender mejor los trastornos y el planteamiento de los tratamientos para estos.

Además, estos conceptos permiten comprender:

- Cuando es más probable que inicie la presentación de síntomas de un trastorno en particular.
- Cuál va a ser desarrollo en el individuo.
- Si hay posibilidades de que el tratamiento sea efectivo y disminuya de manera significativa su malestar.
- Que se ha encontrado en la investigación en términos de la frecuencia de presentación de los casos en la población.

Aunque los signos y síntomas son específicos de una enfermedad mental particular, la mayor parte de estos criterios son inespecíficos, lo cual puede conducir a que una mala interpretación de estos conduzca a un diagnóstico errado.

Esta versión del DSM intenta mayor precisión y contribuir a un juicio clínico más elaborado, incluyendo avances científicos en neurociencias, eliminando el sistema multiaxial, integrando explicaciones de tipo temperamental y de desarrollo, y cambiando la agrupación de los trastornos de edad de inicio habitual a agrupación en función de la patología en común y fenomenología, agrupan los trastornos según la presencia de factores como **externalizantes** o **internalizantes**.

De manera específica el DSM-V presenta los trastornos mentales en el siguiente orden:

1. Trastornos del neurodesarrollo (discapacidad intelectual, trastorno de espectro autista, trastornos de la comunicación, trastorno por déficit de atención/hiperactividad, trastorno específico del aprendizaje, trastornos motores, trastornos de TIC).
2. Espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos (esquizofrenia, trastorno esquizoafectivo de la personalidad, trastorno delirante, trastorno psicótico breve).
3. Trastorno bipolar y trastornos relacionados (trastorno bipolar I, trastorno bipolar II, trastorno ciclotímico).
4. Trastornos depresivos (trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo persistente o distimia, trastorno disfórico premenstrual).



Externalizantes

Los niños se comportan de formas que asombran, interfieren con, o crean problemas para otras personas (Sarason y Sarason, 2002).

Internalizantes

También denominados interiorizados, son un grupo de trastornos de la infancia caracterizados por una actividad menos abierta que las actividades cognitivas que se componen de preocupaciones y pensamientos alterados, los niños tienen mayor probabilidad de enfocarse en sí mismos y sentirse inadecuados o sin valor (Sarason y Sarason, 2002).

5. Trastornos de ansiedad (por separación, mutismo selectivo, fobia específica, trastorno de ansiedad social, trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada, agorafobia, otros trastornos de ansiedad).
6. Trastorno obsesivo compulsivo y trastornos relacionados (trastorno obsesivo compulsivo, trastorno dismórfico corporal, trastorno de acumulación, tricotilomanía, trastorno de escoriación).
7. Trastornos relacionados con traumas y factores de estrés (trastorno de estrés postraumático, trastorno de apego reactivo, trastorno de relación social desinhibida, trastorno de estrés agudo, trastornos de adaptación).
8. Trastornos disociativos (trastorno de identidad disociativo, amnesia disociativa, trastorno de despersonalización/desrealización).
9. Trastornos de síntomas somáticos y trastornos relacionados (trastornos de síntomas somáticos, trastornos de ansiedad por enfermedad, trastornos de conversión, trastorno facticio).
10. Trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos (pica, trastorno de rumiación, trastorno de evitación, anorexia nerviosa, bulimia nerviosa, trastorno de atracones).
11. Trastornos de la excreción (enuresis, encopresis).
12. Trastornos de sueño-vigilia (trastorno de insomnio, trastorno por hipersomnias, narcolepsia, trastornos del sueño relacionados con la respiración, parasomnias).
13. Disfunciones sexuales (eyaculación retardada, trastorno eréctil, trastorno orgásmico femenino, trastorno de interés/excitación sexual femenino, trastorno de dolor génito-pélvico, trastorno de deseo sexual hipactivo en el varón, eyaculación prematura).
14. Disforia de género, trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta (trastorno negativista desafiante, trastorno explosivo intermitente, trastorno de la conducta, trastorno de personalidad antisocial, piromanía, cleptomanía).
15. Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos (trastornos relacionados con el alcohol, la cafeína, el cannabis, los alucinógenos, con los inhalantes, los opiáceos, los estimulantes, el tabaco y otras sustancias).
16. Trastornos neurocognitivos (delirium, trastorno neurocognitivo mayor, trastorno neurocognitivo leve).
17. Trastornos parafilicos (voyerismo, exhibicionismo, froteurismo, masoquismo sexual, sadismo sexual, pedofilia, fetichismo, travestismo), esta es la clasificación de trastornos mentales básica en psicopatología dada por el DSM-V (APA, 2013).



Lectura recomendada

DSM-5: guía para el diagnóstico clínico

James Morrison

Desde el punto de vista dimensional el grupo científico que elaboró el DSM-V, la APA (2015) avala los diez trastornos de personalidad existentes en el DSM-IV, sin embargo, desde el punto de vista categorial avaló solo 6 de estos diez trastornos, a saber:

1. Antisocial.
2. Evitativo.
3. Límite.
4. Narcisista.
5. Obsesivo compulsivo.
6. Esquizotípico.

Conserva la clasificación de trastornos de este tipo por Cluster, el tipo A incluye personas consideradas excéntricas o extrañas y están los trastornos de personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípica; el B a personas teatrales, dramáticas y erráticas, están los trastornos de personalidad antisocial, límite, histriónico, narcisista; por su parte el grupo C centra su atención en personas temerosas o ansiosa y se compone de los trastornos de personalidad evitativo, dependiente y obsesivo compulsivo.

Esta versión del DSM da criterios a través de la escala de nivel de funcionamiento de la personalidad que incluyen cinco niveles del deterioro del funcionamiento que oscilan entre 0 que indica deterioro escaso o nulo, hasta 4 que indica deterioro extremo.

Esta evaluación de tipo dimensional tiene como fin orientar la planeación del tratamiento e influir en el pronóstico; esta escala mide la capacidad de funcionamiento tanto personal como interpersonal:

1. Para ello desde el punto de vista personal también denominada *self*, evalúa:
 - Identidad (nivel de conciencia de sí mismo, establecimiento de límites, autoestima y regulación emocional).
 - Autodirección (metas coherentes con su realidad y capacidades, estándares de comportamiento realistas, construcción de significados).
2. Mientras que desde lo interpersonal evalúa:
 - Empatía (comprende de manera precisa experiencias y motivaciones de otros, es asertivo, conciencia de sus acciones en otros).

- Intimidad (relaciones múltiples, satisfactorias y duraderas con su entorno, participa de relaciones recíprocas, de cooperación y cercanas).
3. Además, se crea un formulario de clasificación de rasgos de personalidad evaluado con respuestas tipo *Likert* de 0 a 3, evalúa 5 rasgos que son el afecto negativo, desapego, antagonismo, desinhibición/compulsión y psicoticismo.

Lo anterior sustenta la dimensionalidad propia de esta nueva versión del DSM-V, a continuación, se abordarán dos de los trastornos mentales con mayor prevalencia, estos son la depresión y la ansiedad, enfatizando explicaciones de tipo científico en su comprensión. En el caso de los trastornos de ansiedad, David Barlow uno de los autores más relevantes en la comprensión de la ansiedad, establece algunas definiciones como la ansiedad, el temor y el pánico. La ansiedad es definida como un estado de ánimo negativo que se caracteriza por la presencia de síntomas corporales como la tensión física y aprensión o preocupación acerca del futuro por la imposibilidad de predecir o controlar sucesos próximos, la ansiedad en baja intensidad permite impulsar y mejorar el desempeño físico e intelectual; el temor es una reacción de alarma ante el peligro que activa el mecanismo de lucha o huida; finalmente el pánico se produce como una respuesta a falsas alarmas, es una experiencia abrupta de malestar acentuado y temor intenso acompañados por síntomas físicos (Durand y Barlow, 2007).



Instrucción

Para finalizar recordamos realizar la Actividad evaluativa del eje 1: tarea, análisis de perspectivas teóricas sobre la conducta anormal desde un caso aplicado.

American Psychiatric Association. (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, Estados Unidos: APA.

American Psychiatric Association. (APA). (2015). *Guía de consulta del DSM-5 para el examen diagnóstico*. España: Editorial Medica Panamericana

Belloch, A., Sandín B., y Ramos, F. (2008). *Manual de psicopatología*. Madrid, España: Isabel Capella.

Cova, Félix. (2004). La Psicopatología Evolutiva y los Factores de Riesgo y Protección: el Desarrollo de una Mirada Procesual. *Revista de Psicología*, (13), 93-101.

Durand, V., y Barlow, D. (2007). *Psicopatología. Un enfoque integral de la psicología anormal*. México: Thomson Editores S.A.

Echeburúa, E., Salaberría, K., y Cruz, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la psicología clínica. *Terapia psicológica*, 32(1), 65-74.

Echeburúa, E, y De Corral, P. (2010). Adicción a las nuevas tecnologías y a las redes sociales en jóvenes: un nuevo reto. *Adicciones*, 91-95.

Flanagan, E., y Blashfield, R. (2010). Increasing clinical utility by aligning the DSM and ICD with clinicians' conceptualizations. *Professional Psychology: Research and Practice*, 41(6), 474.

Irarrázaval, M., Prieto, F., y Armijo, J. (2016). Prevención e intervenciones tempranas en salud mental: una perspectiva internacional. *Acta bioethica*, 22(1), 37-50.

Millon, T., y Simonsen, E. (2010). A précis of psychopathological history. *En Contemporary Directions in Psychopathology*. Millon, T., Simonsen, E., y Krueger, R. Nueva York, Estados Unidos: Guilford Press.

Novak, G. (1998). A behavioral system theory of development. *Mexican Journal of Behavior Analysis*, 24(2), 181-196.

Sandín, B. (2013). DSM-5: ¿Cambio de paradigma en la clasificación de los trastornos mentales? *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 18, 255-286.

Sarason, I. y Sarason, B. (2002). *Psicología anormal*. México: Prentice Hall.

Simonsen, E. (2010). The integration of categorical and dimensional approaches to psychopathology. *En Contemporary Directions in Psychopathology*. Millon, T., Simonsen, E., y Krueger, R. Nueva York, Estados Unidos: Guilford Press.

Trull, T., y Phares, E. J. (2003). *Psicología clínica: conceptos, métodos y aspectos prácticos de la profesión*. Cengage Learning Editores.

PSICOPATOLOGÍA

Diana Pulido

EJE 2

Analicemos la situación



¿Cuáles son los principales trastornos mentales según DSM-V?

Este eje reconocerá la epidemiología de los **trastornos mentales** en el mundo, en Latinoamérica y en Colombia en términos de prevalencia, curso e incidencia de los mismos en el marco de la psicopatología evolutiva, es decir, principales diagnósticos en niñez, adolescencia y adultez desde el sistema de clasificación de psicopatología más reciente (DSM-V), identificados a partir de estudios recientes sobre salud mental específicamente en Colombia. A su vez se realizará un análisis de caso desde la perspectiva de ciclo vital con el objetivo de recrear las principales características de la enfermedad mental.



Instrucción

Antes de iniciar invitamos a revisar el Recurso de aprendizaje: organizador gráfico, trastornos mentales DSM-V.



Trastornos mentales

Un trastorno mental es un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental (Morrison, 2015).

Epidemiología de los trastornos mentales



La Organización Mundial de la Salud (OMS) en conjunto con la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en el año 2017 publicaron el documento de estimaciones sanitarias mundiales de la depresión y otros trastornos mentales comunes.



¡Datos!

1. Los datos de la OMS indican que para el 2015 hubo 322 millones de personas con diagnóstico de depresión (entendida como Trastorno depresivo mayor y distimia) que también padecían ansiedad (incluye los trastornos de ansiedad, generalizada, fobias específicas, Trastorno de angustia, Trastorno obsesivo compulsivo y Trastorno de estrés postraumático), que representa el 4,4 % de la población mundial, de las cuales había 50 millones en América, con un aumento de diagnóstico en un 18,4 % entre el 2005 y 2015.
2. La depresión se ubicará en el 2020 como la segunda causa discapacidad en el mundo, por el alto riesgo de suicidio y su impacto en la estructura familiar, económica y social.
3. Para comprender el impacto de estas cifras en Colombia en el 2015 la prevalencia de los trastornos de depresión fue de un 4,7 de la población que representaba a 2'177.280 y de trastornos de ansiedad 2'691.716 que representaba el 5,8 % de la población.

Lo anterior permite vislumbrar las características de la salud mental que permiten un estado completo de bienestar a nivel emocional, físico y social, no se limita a la ausencia de enfermedades y las precarias condiciones para su atención dado que el dinero destinado a su tratamiento que es solo del 1 %, y las condiciones del sistema de salud del país, que no facilitan el acceso de la población al servicio de psicología, además, no se favorece la destinación de recursos a la implementación de programas de prevención y promoción con la suficiente evidencia científica y la aplicación de estos por personal idóneo que este altamente cualificado para este tipo de trabajo (PAHO, 2017).



Lectura recomendada

Capítulo 4, páginas 171 a la 191.

DSM-5: guía para el diagnóstico clínico

James Morrison

Para comprender estos datos de manera más específica en este apartado se discriminará esta información según género, edad, ubicación geográfica, entre otras a nivel mundial.



¡Datos!

- En el caso de la depresión es más común en mujeres (5,1 %) que en hombres (3,6 %), en las mujeres se presenta principalmente entre los 55 y 74 años
- En menor proporción se presenta en niños y adolescentes, aproximadamente la mitad 161 millones de personas con depresión viven en la región de Asia Sudoriental y en el Pacífico Occidental, la región de las Américas representó 48,16 millones de personas con este trastorno (PAHO, 2017).

Es importante en este punto citar a Londoño (2016) quien realizó una investigación sobre depresión en hombres y realiza una crítica a los sistemas de evaluación de este trastorno, dado que la sintomatología de los criterios de evaluación se basa en la expresión femenina de la depresión, puesto que es más probable que las mujeres busquen soporte social y acudan a servicios sanitarios, mientras que los hombres tienen dificultad para reconocer los síntomas y si los perciben, los evitan a través del consumo de drogas y alcohol y emplean el suicidio como una estrategia de escape.



¡Datos!

- En el caso de la ansiedad también es más común en mujeres (4,6 %) que en hombres (2,6 %) en las mujeres se presenta principalmente entre los 35 y 54 años
- En menor proporción se presenta en adultos mayores, el número de personas estimado en el mundo con trastornos de ansiedad es de 264 millones, de los cuales el 23 % de personas con ansiedad viven en la región de Asia Sudoriental y en segundo lugar la región de las Américas que representó el 21 % con 57.22 millones de personas con este trastorno
- En la figura se resumen estas cifras indicando que se estima en el mundo el 44 % de la población sufre Trastorno depresivo y el 3.6 % algún Trastorno de ansiedad.
- También es importante tener en cuenta que estos trastornos presentan alta comorbilidad y la sintomatología va de moderada a severa (PAHO, 2017).

Prevalencia de trastornos mentales comunes (porcentaje de la población), por Región de la OMS

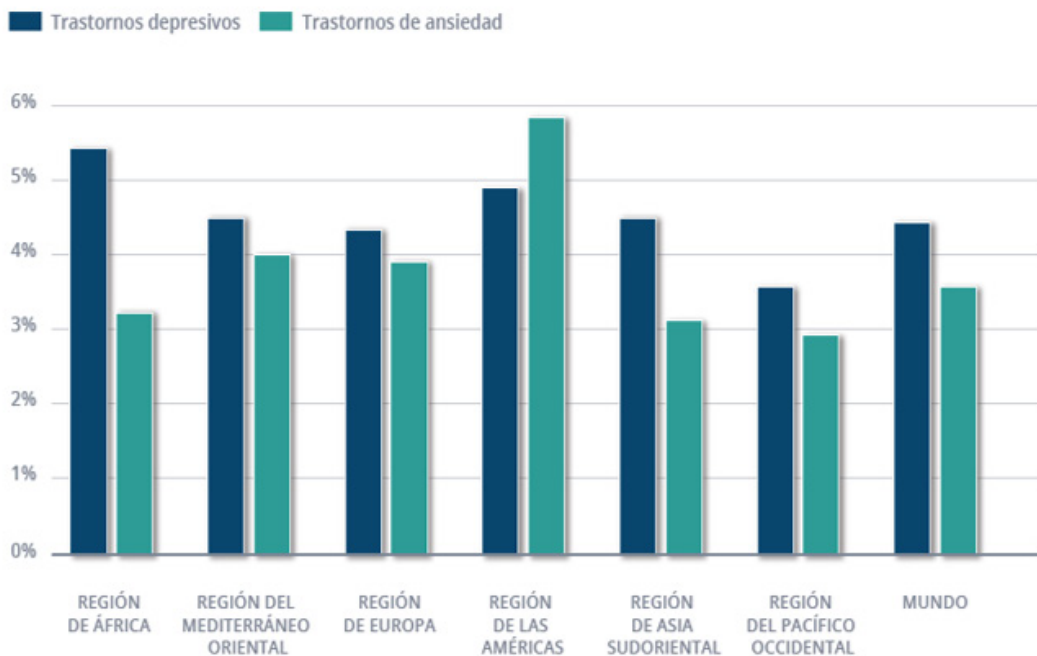


Figura 1.
Fuente: <https://goo.gl/wrqpQW>

En una revisión de los estudios epidemiológicos más relevantes de los trastornos mentales realizados en la región para el año 2009 en Latinoamérica se estimó que, durante los últimos veinte años, la prevalencia del abuso o dependencia del alcohol fue de 5,7 %, de la depresión mayor de 4,9 % y de la esquizofrenia fue del 1,0 %.

Como se mencionó con anterioridad hay escaso acceso a tratamiento especializado, para los trastornos mencionados más de la tercera parte de las personas afectadas por esquizofrenia, más de la mitad de las afectadas por trastornos de ansiedad y cerca de las tres cuartas partes de las que dependían o abusaban del alcohol no habían recibido tratamiento psiquiátrico (Rodríguez, Kohn y Aguilar, 2009).



¡Datos!

Para reconocer el impacto de la salud mental en la pérdida de salud y funcionamiento, en Latinoamérica la enfermedad mental está comprometida con el 8,2 % de los años de vida ajustados por discapacidad y el 33,2 % de los años vividos con discapacidad.

De esta manera se describe la depresión mayor como la decimotercera causa más importante representada en los años de vida ajustados por discapacidad y de más relevancia cuando se incluyen los años vividos con discapacidad.

Los trastornos relacionados con el uso del alcohol se encuentran en un segundo lugar respecto a los años vividos con discapacidad y ubicado en el decimocuarto lugar de los años de vida ajustados por discapacidad. Entre las mujeres, la depresión mayor es la séptima causa más frecuente de los años de vida ajustados por discapacidad y ocupa el lugar número uno entre los años vividos con discapacidad. En los hombres, los trastornos asociados con el uso del alcohol se ubican en el lugar octavo en el caso de los años de vida ajustados por discapacidad y obtiene el primero con relación a los años vividos con discapacidad (Vicente, Rioseco, Saldivia, Kohn y Torres, 2005).



Lectura recomendada

Capítulo 2, páginas 19 a la 33.

Psicopatología clínica: adaptado al DSM-5

Margarita Ortiz Tallo

Es importante también comprender las características de la salud mental de niños y adolescentes, para lograr este fin Gómez (2005), identificó un gran número de investigaciones que se han centrado en el estudio de la salud mental de los niños y adolescentes teniendo en cuenta aspectos demográficos, epidemiológicos y el reconocimiento de la enfermedad.



¡Datos!

Para comprender su dimensión desde la organización mundial de la salud se registra que el 20 % de la población infantil y adolescentes presenta alguna enfermedad mental.

De acuerdo con el informe de la OMS en el 2003 se evidencia más en niños y adolescentes de sexo masculino, trastornos como: abuso de alcohol, fobias y trastornos de conducta; en las mujeres se evidencia más depresión y fobias. La depresión se ve como la principal causa de discapacidad y la cuarta de las 10 causas principales de la carga de morbilidad a nivel mundial. De tal forma se visiona que para el 2020 la depresión se mantendrá en el segundo lugar de los trastornos mentales y físicos (OMS, 2003).

Vinaccia, et ál. (2006) identificaron que la baja autoestima, cambios de sueño, aislamiento social, cambios del apetito y del peso, hiperactividad, disforia e ideación suicida son los síntomas que describen la depresión infantil.

En el 2004 el Ministerio de Protección Social realizó un Estudio Nacional de Salud Mental y estilos de vida obteniendo como resultado que el 40.1 % de la población adulta ha presentado un trastorno mental en su vida.



Instrucción

En este punto invitamos a realizar la Actividad de aprendizaje: prueba objetiva sobre trastornos mentales del DSM-V.

Trastornos mentales en Colombia

En el Sistema Nacional de Encuestas y estudios poblacionales para salud de Colombia, se encuentra la cuarta Encuesta Nacional de Salud Mental realizada en 2015, a fin de comprender los principales trastornos mentales en la población colombiana. A continuación, se presentarán algunos datos que permiten comprender su incidencia y prevalencia.



¡Datos!

- El total de la muestra prevista fue de 14.496 personas las cuales se dividieron en cuatro grupos etarios así: 7 a 11 años (2.628), 12 a 17 años (1.752), 18 a 44 años (5.058), y 45 o más (5.058).
- Representaban cinco regiones del país divididas, así: Atlántica, Oriental Central, Pacífica y Bogotá, la encuesta se conformó con ítems de 22 instrumentos orientados a evaluar salud mental desde diversas dimensiones.
- Del total de muestra prevista se entrevistó a 12.311 personas, siendo finalmente 11.665 las encuestas completas que se incluyeron en este estudio.
- En relación a síntomas de problemas en conducta alimentaria se identificó en el grupo de 12 a 17 años un 9,1 % conductas de riesgo alimentario, en hombres con un 9,5 % y en mujeres con un 8,8 %; en el grupo de 18 a 44 años también un 9,1 % presentaba este tipo de síntomas, pero en este grupo si se invirtió la prevalencia por género, las mujeres con un 9,7 % y los hombres con un 8,3 % (Ministerio de Salud y Protección Social, Encuesta Nacional de Salud Mental, 2015).



Instrucción

Para reforzar estos contenidos invitamos a revisar el Recurso de aprendizaje 2: infografía, epidemiología de los trastornos mentales.

Respecto a los trastornos de ansiedad y depresión se presentan los siguientes datos:

1. La prevalencia alguna vez en la vida es del 10,1% en personas de 18-44 años y el 7,7% en mayores de 45 años, es más frecuente la comorbilidad en mujeres (20,4 %) que en hombres (13,5 %).
2. La prevalencia del Trastorno depresivo mayor es del 4,3 %, y se encontraron algunos factores asociados a la presentación de este trastorno como el estado civil es decir que fueran las personas separadas, viudas o divorciadas, que presentaran un intento previo de suicidio y 6 o más criterios de personalidad límite.

3. En niños de 7 a 11 años se evaluaron síntomas asociados a dificultades en el lenguaje, sueño, convulsiones, dolores de cabeza, lentitud para aprender, asustarse o ponerse nervioso sin razón, haber robado.
4. Se identificó que el 27,6 % presentaba 1 síntoma, el 10,5 % 2 síntomas, el 3,4 % 3 síntomas y 3,2 % 4 o más síntomas.
5. En adolescentes 12 a 17 años la prevalencia de trastornos como la depresión, ansiedad, psicosis y epilepsia se estimó en un 12,2 %, con mayor representatividad en mujeres (13,2 %), en los hombres (11,2 %), estas personas presentaban 8 o más síntomas de ansiedad y depresión.
6. En el caso de adultos (18 a 44 años), se estimó una prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos del 17,2 % en mujeres y del 9,1 % en hombres.
7. En personas de 45 años en adelante se identificó prevalencia de síntomas asociados a depresión y ansiedad en mujeres de un 22,6 % y en hombres 11,8 % con 8 o más síntomas asociados, en los mayores de 45 años la sintomatología ansiosa se presentó en un 54,8 % de las personas con uno o más síntomas de ansiedad.
8. Respecto al número de síntomas depresivos, el 70,3 % de los adultos presentan de 1 a 3 síntomas, con un 10,6 % de las mujeres y un 6,2 % en los hombres (ENSM 2015).

Trastornos mentales en la infancia

Esta encuesta realizó un estimado de la prevalencia de trastornos mentales en niños, adolescentes y adultos; en esta sección se presentarán las principales características identificadas de los más prevalentes por ciclo vital, una mirada más amplia que la dada por los criterios diagnósticos de la versión usada que fue el DSM-V, aunque basada en estos.



Figura 2.
Fuente: Shutterstock/788165872

En los niños de 7 a 11 años se describen 7 trastornos mentales y sus características clínicas, estos son:



Figura 3.
Fuente: propia

Para relacionar y analizar estos trastornos con los conceptos abordados en el eje 1, se encontró que para prevenir su presencia, los factores protectores relacionados son: el cuidado y el nivel educativo de padres, coeficiente alto de inteligencia capacidad de solución de problemas, flexibilidad cognitiva, cohesión familiar, que en el hogar se permita la comunicación, un apoyo positivo de los padres, alto nivel de estima propia en términos de autocontrol y logros de diversa índole, contar con redes de apoyo, los factores de riesgo para el desarrollo de estos trastornos son la desnutrición, historia familiar de trastornos psiquiátricos, eventos traumáticos, abandono, disfunción familiar, aislamiento social, entre otras, y finalmente se configuran como un factor de riesgo para el consumo de sustancias psicoactivas, bajo desempeño escolar y dificultades relacionales.



Figura 4.
Fuente: Shutterstock/738097729

Los principales impactos de la presencia de trastornos en la infancia se relacionan con el desarrollo del sistema nervioso y ser origen de una enfermedad mental temprana como Trastorno bipolar, trastornos de ansiedad y depresivos y trastornos de personalidad del *clúster* A y B, consumo de SPA, mayor riesgo de muerte prematura, dificultades en control de impulsos (ENSM 2015).



Lectura recomendada

Parte 2, capítulo 3, página 76 a la 87.

Psicopatología del desarrollo

Josep Toro Trallero y Lourdes Ezpeleta

Trastornos mentales en la adolescencia



Figura 5.
Fuente: Shutterstock/656460994

En los adolescentes de 12 a 17 años los trastornos se relacionan con alteraciones emocionales de pensamiento de percepción, y de comportamiento y de relación y limitan su funcionamiento en diferentes áreas vitales, a continuación, se describen los 6 trastornos mentales presentes en esa etapa evolutiva y sus características clínicas, estos son:

1. Trastornos depresivos caracterizado por los criterios diagnósticos descritos en el DSM-V además, presentan síntomas como conductas disociales, negativistas, agresividad, mal humor, fugas del hogar, inquietud, aislamiento descuido de su higiene personal, disminución de autoesquemas, ideación suicida;
2. Trastorno afectivo bipolar, caracterizado porque su inicio se da en la adolescencia, cambios repentinos en su estado de ánimo, irritabilidad, conductas agresivas;

3. Trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por ansiedad persistente y excesiva en diversas situaciones, con una alta activación fisiológica, percepción negativa de sí mismo e irritabilidad;
4. Trastorno de pánico se caracteriza por impactar de manera negativa su rol social y académico, y presentar alta comorbilidad en la adultez con otros trastornos de ansiedad, abuso de sustancias psicoactivas;
5. Trastorno bipolar;
6. Finalmente, la fobia social, caracterizada por temor excesivo por situaciones sociales al punto de solo tolerar la compañía de familiares cercanos.

Los principales factores protectores en esta etapa se relacionan con el apoyo familiar, sentido del humor, logros individuales con alta valoración social, coeficiente intelectual alto, participación en deporte o grupos culturales y la regulación de pensamientos; los factores de riesgo implican la presencia de hermanos o padres consumidores de sustancias psicoactivas, **maltrato en la infancia**, pobreza y desnutrición, historia de psicopatología en los padres, abuso sexual, familia disfuncional, factores genéticos, ser mujer, sobreprotección en la infancia.



Maltrato en la infancia

El maltrato psicológico infantil consiste en actos intencionales, verbales o simbólicos, realizados por un padre o un cuidador de un niño que provoquen o generen una probabilidad razonable de causar un daño psicológico en el niño (Morrison, 2015).

Las principales consecuencias e impactos de estos trastornos en la adolescencia se asocian a la discriminación, baja adherencia a la terapia, rendimiento escolar y relaciones interpersonales, hospitalizaciones psiquiátricas en edad adulta, delincuencia, abuso de sustancias, suicidio, bajos ingresos en la edad adulta.

Con respecto al suicidio en los adolescentes se ha identificado relación con madres con características ansiosas, trastornos de personalidad o antecedentes de intento de suicidio, en los padres con consumo de sustancias psicoactivas, trastornos de personalidad, dentro de los factores predisponentes que en ocasiones pueden actuar como precipitantes se encuentran maltrato físico, la separación de los padres, peleas con los padres, ruptura con la pareja, cambio de residencia, suicidio de otros, relaciones distantes con los padres y el abuso sexual (ENSM, 2015).



Figura 6.

Fuente: Shutterstock/364687433

Trastornos mentales en la adultez



Figura 7.
Fuente: Shutterstock/505006741

En este apartado se abordarán los principales trastornos en la edad adulta de los 18 años en adelante, en último estudio de salud mental de Colombia se describen 8 grupos de trastornos mentales y sus características clínicas, estos son: los trastornos depresivos, caracterizados por pérdida de placer e interés en actividades que antes se disfrutaban, alteraciones en sueño y patrones de alimentación, alteraciones cognitivas en las tres esferas y dificultades significativas en su grado de funcionalidad, el Trastorno afectivo bipolar, caracterizado por cambios repentinos en el afecto, y pueden tener o no episodios psicóticos; los trastornos de ansiedad.



Ejemplo

La ansiedad generalizada que no se limita a circunstancias específicas, y altera de manera significativa funcionamiento global, el Trastorno de pánico que no se circunscribe a una circunstancia real y presenta síntomas ante peligros no reales, acompañados de pensamientos catastróficos, como factor de riesgo circunscrito a este trastorno están los de personalidad del *clúster* C y finalmente la fobia social caracterizada por la evitación de situaciones sociales y miedo a la crítica.

También se presentan otros trastornos como la esquizofrenia, otras psicosis, las demencias, la discapacidad intelectual, los trastornos del desarrollo como el autismo y otros.

Como factores de riesgo asociados para la enfermedad mental se identificaron carga genética, dificultad para regular emociones, cogniciones y comportamiento, desempleo, bajo nivel socioeconómico, abuso o dependencia de sustancias psicoactivas, divorcios, enfermedades médicas, eventos traumáticos. Estos trastornos son la principal causa de años vividos con discapacidad.

Con relación a los trastornos de personalidad se ha identificado algún grado de especificidad en términos de comorbilidad con algunos trastornos mentales encontrando que los trastornos de personalidad del *clúster* A se relacionan con patologías del espectro psicótico, los del *clúster* B con trastornos del afecto, impulsividad, agresión hacia sí mismo o hacia otros y los del *clúster* C con trastornos de ansiedad (ENSM 2015).

Relacionando y sintetizando todos los datos epidemiológicos presentados con el contexto actual en Colombia por ciclo vital:

1. En la infancia, la prevalencia de cualquier trastorno mental es del 4,7 %, se presentan más en niñas en condiciones de pobreza, en términos de regiones son más comunes en la región Central y menos en la región del Atlántico, el trastorno más frecuente es el TDHA (3 %), seguido de ansiedad por separación (1,8 %), con una comorbilidad especialmente en niños de 2 o más trastornos del 15,6 %.
2. En el caso de los adolescentes la prevalencia de cualquier trastorno mental es del 7,2 %, se presentan más en mujeres, en términos de regiones tienen prevalencias similares, con más presencia en la zona urbana que en la rural, asociados a condiciones de pobreza.
 - a. Los trastornos más frecuentes son los de ansiedad (5,0 %), especialmente la fobia social (6,6 %) con una comorbilidad especialmente de 2 o más trastornos del 12,6 %.
 - b. El suicidio en adolescentes en términos de prevalencia indica el 6,6 % ha presentado ideación suicida, el plan suicida se presenta en un 1,8 %, el intento suicida en un 2,5 %, el 3,6 % que ha tenido ideación suicida ha intentado suicidarse, este fenómeno se caracteriza por altos niveles de impulsividad por esa razón no se presenta con alta prevalencia el plan suicida en esta población.
3. Y finalmente en los adultos la prevalencia de cualquier trastorno mental es del 9,1 %, también se presentan más en mujeres, excepto en trastorno bipolar afectivo, en términos de regiones la prevalencia es mayor en la región pacífica (5,6 %).
 - a. El grupo entre 18 y 44 años presenta una prevalencia mayor de trastornos mentales con un 10,1 %, los de 45 años en adelante un 7,7 %, con más presencia en la zona urbana en una relación 2 a 1 más que en la rural, asociados a condiciones de pobreza.

b. Los trastornos más frecuentes son los afectivos con un 6,7 %, con una comorbilidad de 2 o más trastornos de 1 de cada 5 adultos diagnosticados con algún trastorno mental.

c. El suicidio en adultos en términos de prevalencia indica el 7,4 % ha presentado ideación suicida especialmente en mujeres, un tercio de personas con ideación suicida han tenido plan suicida y han intentado suicidarse, la mitad de estas personas describe como serio el intento suicida y en las mujeres se identificó que los intentos se relacionan con una estrategia de búsqueda de ayuda.

d. Con relación a los trastornos de personalidad se identificó que el 4,6 % de mayores de 18 años tienen 6 o más síntomas de Trastorno de personalidad límite tanto en hombres como en mujeres, el 1,8 % con 6 o más síntomas de trastornos de personalidad antisocial, siendo un factor protector en este aspecto estar casados o tener pareja estable (ENSM, 2015).



Ejemplo

Identificando que la depresión es uno de los trastornos con mayor prevalencia e incidencia en la población, Mantilla, et ál. (2003) en una investigación colombiana emplearon la versión corta del Cuestionario de Depresión Infantil (CDI) de 10 ítems a una muestra de 239 niños escolarizados de clase alta y baja de la ciudad de Bucaramanga y encontraron que el 9.2 % de la población se encontraba con depresión, lo cual indica que la sintomatología depresiva aumenta con la edad y el grado de escolaridad.

Con relación a los adolescentes en la investigación de Vinaccia et ál. (2006) identifica el estudio realizado por Torres y Montoya donde el 3,3 % de preadolescentes y adolescentes en edades comprendidas entre 12 y 15 años había presentado síntomas depresivos, este porcentaje se incrementa al 20.1 % en los jóvenes de edades entre los 16 y los 19 años.

En Colombia el anterior estudio de salud mental realizado en el 2003 trabajó las cinco regiones del país, con personas que oscilaban entre los 18 hasta los 65 años de edad de zona urbana, con la característica de mantener hogares fijos. Se empleó la versión computarizada de la entrevista diagnóstica internacional compuesta (versión certificada 15), que proporciona diagnósticos de acuerdo con el DSM-IV y la CIE-10.



¡Datos!

- En este estudio se identificó que el 40,1 % de la población encuestada señaló haber tenido alguna vez en su vida uno o más de los 23 trastornos basados en el DSM-IV, el 16 % de la muestra evidenció trastornos mentales en los últimos doce meses y el 7,4 % presentó alguno en los últimos 30 días.
- Los más frecuentes reportados fueron los de ansiedad (19,3 %), luego los de trastornos del estado de ánimo (15 %) y los trastornos por uso de sustancias (10,6 %).
- El 4,9 % de la población ha intentado suicidarse alguna vez en la vida y el 1,3 % lo ha intentado en los últimos treinta días.
- Solo una de cada diez personas con un trastorno mental y solo una de cada cinco con dos trastornos mentales manifestó haber accedido a servicios de cualquier tipo en el último año, lo cual permite evidenciar el precario acceso a los servicios de salud mental en los colombianos (Posada, Aguilar, Magaña y Gómez, 2004).

Para contextualizar la salud mental en jóvenes especialmente universitarios, a continuación, se presentarán cifras del estudio de Hurtado, et ál. (2011) que describe los principales trastornos psicológicos diagnosticados en esta población, se encontró que:

1. Un 55,35 de mujeres y 44,7 % de hombres asistieron a consulta psicológica de la universidad, con una prevalencia mayor en las mujeres, con edades comprendidas entre los 17 y 25 años, solteros representaban el 78,6 %, de los estudiantes.
2. Con relación a la muestra estudiada un porcentaje mayor (70,6 %) presenta algún trastorno del eje 1 en el DSM-IV, así mismo los trastornos por persona fluctúan entre uno a nueve trastornos.
3. En las mujeres se presentan con mayor prevalencia en un 73,4 % y en los hombres con el 66,7 %.
4. En el primer lugar se encuentran los trastornos del estado de ánimo como:
 - El depresivo con prevalencia entre 21,4 % y 29,1 %.
 - Luego la fobia social con el 15,7 %.

- El de ansiedad generalizada con el 14,6 %.
- Los asociados al uso de sustancias no alcohólicas con el 14,6 %.
- El de angustia en un 12,6 %.
- La manía e hipomanía en un 11,7 %.
- La distimia con el 10,7 %.

Cifras altamente relacionadas con los datos presentados por la OMS y el Ministerio de Salud.

Análisis de caso

Después de realizar la identificación y explicación de los principales conceptos en psicopatología en el eje 1, en este texto se presentarán algunos casos que tienen como fin ilustrar definiciones descritas y facilitar la comprensión y aplicación de principios psicopatológicos en la práctica. Este caso se relaciona con trastornos de la infancia y la adolescencia.

Primer caso C.T.

C.T. tiene 15 años de edad, cursa décimo grado en una Institución Educativa Oficial, ingresa a consulta por psicología remitida por Comisaría de Familia para realizar intervención por situación de **abuso sexual**. Las quejas expresadas por la paciente son:

Hace poco mi papá abusó de mí, no hubo penetración, pero me tocaba las partes íntimas, en varias ocasiones; una vez me estaba arreglando frente al espejo y él me empezó a tocar, me desabrochó el brasier, me quería desabrochar el pantalón, yo le pegaba en las manos y le decía que no lo hiciera, me quedé quieta.

Mientras tanto él me decía que mirara la película porno que tenía en el DVD; hace dos años mi papá me tocó la cola, yo me sentía un asco, me sentía mal. Lloraba mucho, me quedé quieta; mi tía me dijo, lo que me había hecho mi papá era culpa mía por mi manera de vestir; siento que es mi culpa prefería morirme, o desaparecer y que nadie me conociera, porque aunque mi mamá lo oculta ha sufrido, preferiría sufrir sola; después del abuso lloraba mucho, me alejé de las personas, tenía mal genio, gritaba.



Abuso sexual

Los abusos sexuales a niños incluyen cualquier tipo de actividad sexual con el fin de dar una satisfacción sexual a uno de los padres, un cuidador o cualquier otro individuo que tenga alguna responsabilidad sobre el niño. Incluyen actividades tales como caricias en los genitales del niño, penetración, incesto, violación, sodomización y exhibicionismo indecente (Morrison, 2015).

Hay épocas en que como mucho y otras en las que como poco; después de que nació mi hermana todo cambió, me sentía apartada mi papá se inclinaba más por ella, es todo lo que ella diga.

Cuando era pequeña sufría de taquicardia a veces me encerraba y lloraba en el cuarto; cuando mi mamá se enteró de lo que había pasado lloro, yo quería llorar, pero me contuve para darle fuerza; no confié en mi mamá porque me da miedo que me regañe o reproche lo que le diga, como poco, quisiera acostarme y no volver a saber de las cosas, quisiera irme de acá a un lado donde nadie me conociera, cada tercer día me siento muy triste, me cuesta concentrarme a veces y me gusta dormir mucho.



Figura 8.

Fuente: Shutterstock/678898186

De acuerdo con la evaluación realizada se identifica en C.T., que presenta dificultades en expresión emocional dado que de manera inicial tiene dificultad para reconocer las emociones propias y de otros y no cuenta con modelos de expresión de las mismas, también se identificó déficit en asertividad, esto identificado en la incapacidad para expresar su opinión y la tendencia a callar situaciones que le generan malestar, lo cual mantiene su problemática.

Como hipótesis explicativa permite comprender la descripción de la problemática presentada en el párrafo anterior se considera la presencia de un Trastorno distímico de inicio temprano, además de duelos no resueltos en las relaciones establecidas con los miembros de su núcleo familiar, estas hipótesis se validaron en el proceso como se describirá a continuación, con entrevistas a diferentes integrantes de la familia, observaciones, aplicación de pruebas y cuestionarios, revisión de informes y documentos legales.

Con estos hallazgos se decide iniciar intervención con el objetivo de enseñar habilidades sociales centradas en toma de decisiones y solución de problemas, y también en asertividad, que le permitan afrontar situaciones críticas de una manera más funcional.

Siguiendo los lineamientos de realización de evaluación multifuente y mutimétodo se encuentra desde diferentes fuentes lo siguiente:

1. Entrevista semiestructurada con mamá de C.T.

El objetivo de esta entrevista fue conocer historia familiar, historia de desarrollo evolutivo de la adolescente, historia del problema, manejo de situaciones difíciles en familia, estilo de relación de la consultante; así como contrastar información dada por la consultante. La mamá refiere que C.T. después de la ocurrencia de los hechos (abuso sexual de parte de su padre), ha presentado dificultades a nivel afectivo, emocional y de comportamiento, todo lo cual ha influido en su desempeño escolar, social y familiar.

A nivel afectivo la niña se muestra ambivalente, algunas veces trata de acercarse a su familia, pero otras veces se muestra muy distante y fría. Esto hace que a nivel emocional se muestre frecuentemente triste, enojada, irritable y frustrada, con conductas de aislamiento, llanto, disminución de sus actividades cotidianas y evitación de situaciones en las cuales debe cumplir con deberes establecidos.

En cuanto a su desempeño escolar, durante las dos semanas posteriores a los hechos, se evidencia decremento del mismo, caracterizado por no cumplimiento de tareas, disminución en sus calificaciones. En el momento de la evaluación su desempeño escolar se había normalizado y no representa una dificultad para ella, porque se ajusta al nivel que presentaba antes de la ocurrencia de los hechos.

A nivel social, se encuentra alcanzando un nivel de funcionalidad esperado a su edad, ya que nuevamente se muestra motivada a compartir actividades sociales con sus pares. Es de anotar que posterior a la ocurrencia de los hechos la niña se aisló socialmente y solamente una amiga fue su apoyo.

A nivel familiar C.T. presentó aislamiento afectivo y emocional, con su hermana y con sus padres. Actualmente la niña trata de tener acercamientos con su madre, pero buscando apoyo. Con su padre la relación sigue siendo tensa y ha expresado no querer saber de él por un tiempo.

2. Entrevista semiestructurada con C.T.

Esta entrevista tuvo como objetivo conocer la percepción que la adolescente tiene de sí misma, de la vida y del futuro, la percepción que tiene del problema; determinar estilos de afrontamiento, expresión emocional, atribuciones tanto internas como externas, identificar estilo de procesamiento de información, conocer y determinar áreas funcionales, déficits, intereses y capacidades; identificar atención psicológica pasada.

C.T. refiere que desde muy niña ha presentado con frecuencia sentimientos de tristeza, episodios de llanto, aislamiento, baja motivación, y algunas veces poco interés para realizar sus actividades diarias, tanto en casa como en el colegio. Manifiesta que esta situación se acentuó con el nacimiento de su hermana a quien consideró por mucho tiempo como una intrusa y rival debido a la percepción de trato preferencial que le daban sus padres, especialmente su papá. A lo largo de su vida ha tenido un desempeño medio (no muy alto no muy bajo) en sus actividades.

Presenta dificultades para concentrarse, para tomar decisiones y afrontar situaciones con asertividad, todo lo cual la afecta a nivel de autoestima y motivación.

La mamá, comenta que C.T. a los 8 años era muy organizada, juiciosa ordenada, estaba pendiente de lo que necesitaba, pero cuando nace la hermana toma una actitud distante y rebelde, actualmente, C.T. refiere que se siente "baja de nota" por lo menos tres veces a la semana, información que coincide con la percepción que la mamá tiene sobre el comportamiento de C.T.

Describe una situación en la que se encontraban jugando mamá, bebé y C.T., quien se sienta en el camarote cuando mamá le pregunta ¿qué tiene la niña? empieza a llorar, dice que necesita llorar.

En cuanto a su expresión emocional menciona: si la gente me ve llorando me va a preguntar porque y eso no me gusta, prefiero desahogarme sola, cuando me preocupo o tengo mucha ira se me acelera el corazón, para tranquilizarme cuento hasta diez para no explotar con nadie y que nadie sufra por mi culpa, si no me tranquilizo así, lloro sola, eso me hace sentir mejor.

3. Cuestionario de datos personales para adolescentes

Este cuestionario plantea una serie de preguntas que tienen el objetivo de identificar información pertinente a áreas de ajuste y percepción del problema por parte del paciente. Dentro de la información encontrada en el cuestionario de datos personales, la consultante refiere que prefiere distraerse en otras cosas como servicio social, el estudio o escuchando música. Menciona que es una persona que "tapa" sus problemas, que nos los da a conocer y es muy alegre a pesar de las dificultades.

También afirma que ha tenido periodos de tristeza profunda desde hace 2 años. Con respecto a su historia familiar califica la relación con su padre con un puntaje de 6 (en una escala de 1 a 10), lo cual evidencia dificultades en la relación que estableció. Con respecto a la relación con su madre, la califica con una puntuación de 9.

4. Cuestionario de frases incompletas

En el diligenciamiento de frases incompletas, en términos generales sus repuestas son muy superficiales eludiendo situaciones específicas. Entre las frases encontradas como relevantes, la consultante se percibe como una persona con dificultades para expresar sus sentimientos, manejando de esta manera un patrón de respuesta evitativo frente aquellas situaciones difíciles de afrontar para ella. Evita haciendo cosas como leer, bailar, por lo que tiende a inhibir su respuesta emocional y aislarse de los demás. Por otra parte, en algunos apartados, refleja que sus principales preocupaciones se relacionan con el temor a la evaluación negativa, especialmente por parte de su mamá.

Como hipótesis se plantean dos trastornos: Trastorno de adaptación y Trastorno depresivo persistente (distimia) con características mixtas.

Se invalida la hipótesis del Trastorno de adaptación, porque ella presenta un estado de ánimo caracterizado por tristeza que viene de años atrás a la presentación del abuso sexual y con el cual se exacerbaron más los síntomas. El evento vital estresante que precipitó la actual sintomatología es el abuso sexual por parte de su padre, como un evento estresante previo está el nacimiento de su hermana pues presentaba síntomas de depresión y ansiedad, por un término de 6 meses.

Por reporte familiar se sabe que la niña fue muy dependiente en todas sus actividades hasta el momento en que nace su hermana, después de lo cual decremento estos repertorios, lo cual se ve reflejado en su bajo rendimiento académico y en el no cumplimiento adecuado de su rol en el hogar; su actitud se tornó distante y rebelde, con conductas agresivas. Debido a esto recibe asistencia psicológica a los 8 años, y también en situaciones en las que se percibe incapaz de responder.

A continuación, se presentan los criterios diagnósticos de DSM-V de la APA (2013) del Trastorno depresivo persistente (distimia) con características mixtas, lo cual valida la hipótesis debido a que C.T. cumple con los criterios siguientes:

- a. Estado de ánimo deprimido durante la mayor parte del día, presente más días que los que está ausente según reportes dados por la mamá y la paciente, quienes mencionan que cada tercer día presenta un estado de ánimo caracterizado por la tristeza, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas, durante un mínimo de dos años.

Nota: en niños y adolescentes, el estado de ánimo puede ser irritable y la duración ha de ser como mínimo de un año.

- b. Presencia, durante la depresión de dos (o más) de los síntomas siguientes:
 - 1. Poco apetito o sobrealimentación.

2. Poca energía o fatiga.
 3. Baja autoestima.
 4. Falta de concentración o dificultad para tomar decisiones.
 5. Sentimientos de desesperanza.
- c. Durante el período de dos años (un año en niños y adolescentes) de la alteración, el individuo nunca ha estado sin los síntomas de los criterios A y B durante más de dos meses seguidos.
 - d. Nunca ha habido un episodio maníaco o un episodio hipomaníaco y nunca se han cumplido los criterios para el trastorno ciclotímico.
 - e. La alteración no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo persistente, esquizofrenia, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otro trastorno psicótico.
 - f. Los síntomas no se pueden atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia (por ejemplo: una droga o un medicamento) o a otra afección médica (por ejemplo: hipotiroidismo).
 - g. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

También se valida el motivo de consulta asociado a abuso sexual, a través de:

Entrevista clínica con C.T.:

Los actos sexuales abusivos por parte del padre hacia la menor inician hace 2 años, reiterándose en el mes de agosto en 2 ocasiones, se presentaron en horas de la mañana en el cuarto que compartían todos los miembros de la familia, cuando ni madre ni hermana menor se encontraban en casa.

Entrevista clínica con la mamá de C.T.:

En consulta, mamá de C.T. confirma la situación de abuso, ella se da cuenta de esta situación porque su esposo le confiesa su responsabilidad en estos hechos, reporta como antecedentes pertinentes a esta situación de abuso, que tanto ella como su esposo fueron víctimas de abuso sexual en su infancia; el perpetuador del abuso de ella fue el padre entre los 3 y 5 años de edad, el de su esposo fue un desconocido. En relación a la situación actual con C.T. considera que "todos debemos tener una segunda oportunidad", basada en la experiencia que tuvo en su familia de origen, respecto al padre, ya que después de descubierta la situación de abuso, este se aleja por un tiempo del hogar, luego vuelve y no hay reincidencia del abuso sexual.

Reporte Comisaría de Familia:

En los documentos que reposan en el expediente del caso en la comisaría, se encuentran:

- Relato de los hechos por de parte de amiga de C.T.: en este documento se describe la situación de abuso de acuerdo con la información otorgada por C.T. a esta persona al respecto, con fecha de 6 de agosto de 2008; este reporte coincide con la información otorgada en las entrevistas.
- Informe de profesional en psicología de Comisaría de Familia: en el informe se describe relato de C.T. respecto a los hechos presentados en cuatro ocasiones, C.T. relata sentimientos de asco, miedo y rabia hacia el abusador con quien llevaba una buena relación. Como conclusión del informe se "evidencian actos sexuales abusivos del padre hacia C.T", sentimientos de minusvalía, tristeza y ansiedad ante esta situación. Así mismo se sugiere brindar medida de protección a C.T. y su hermana. Este informe se realiza a los 6 días de agosto de 2008.
- Auto: la Comisaría de Familia de ese despacho, expide Auto de acuerdo con informe de psicología y a lo establecido por la ley, en el cual instaura Medida de Protección para C.T. y su hermana, con fecha de 6 agosto de 2008.
- Denuncio: como denunciante figura la mamá de C.T., en este documento se describen los hechos de abuso, específicamente los ocurridos en la fecha 5 agosto de 2008, menciona que tuvo conocimiento de estos hechos porque su esposo le llamo y relató lo sucedido, posteriormente corrobora esta información con su hija quien le confiesa que esto venía sucediendo hace 2 años. Se verifica cumplimiento de la Medida de Protección instaurada por ese despacho.
- Carta del padre de C.T.: en este escrito él reconoce su responsabilidad en los hechos y la importancia de que C.T. hubiese informado esta situación con relación a las consecuencias de no haberlo hecho, así como la posibilidad a futuro de reconstruir su núcleo familiar y la necesidad de ser perdonado por estos actos.



Instrucción

Una vez revisados estos contenidos invitamos a realizar la actividad de aprendizaje: control de lectura.

Análisis y conclusiones

Desde un análisis transdiagnóstico, como factores de predisposición se conoce que hubo una relación sobreprotectora por parte de los padres hacia C.T., ya que restringían de manera importante su capacidad de autonomía e independencia, lo cual influye en el desarrollo de habilidades de control de su ambiente; su hogar se caracteriza por condiciones socioeconómicas asociadas a la pobreza, condiciones de hacinamiento, los padres presentan historia de ser víctimas de abuso sexual, la mamá de C.T. tiene historia de rasgos depresivos, modelando inhibición en expresión emocional y afectivo. Se consideran varios elementos en la historia de C.T. para justificar el Trastorno distímico:

- La paciente durante sus primeros años, siendo hija única, recibió una educación restrictiva de parte de sus padres lo cual le impidió adquirir habilidades de control respecto de su ambiente (modelamiento).
- Posteriormente al enfrentarse a situaciones de exigencia, sus respuestas fueron inferiores a lo esperado, lo cual la llevó a generar una percepción de sí misma enmarcada en la incompetencia, todo lo cual acrecentó su inseguridad y afectó su estado de ánimo, haciendo de ella una niña con conductas de tristeza e irritabilidad.
- Adicionalmente la mamá le modeló desde los primeros años patrones de conducta inadecuados en términos de solución de problemas para el afrontamiento de situaciones conflictivas.
- En el marco del abuso sexual se identifica que la estrecha relación padre e hija impide a C.T. reaccionar ante los hechos de abuso sexual de su padre, por otro lado, la necesidad de restituir el papel de preferencia que manejaba antes del nacimiento de su hermana.
- Esta ambivalencia en la relación facilita que desde un primer momento C.T. no haga público este hecho y perpetúe la pauta de abuso a través de condicionamiento operante por reforzamiento negativo dado que la evitación de sentimientos y pensamientos relacionados a la situación problema, fue contingente con otras actividades que le permitían escapar de la misma y eliminar un aversivo que en este caso se relacionaba con emociones y pensamientos negativos.
- Otro hecho que favoreció la persistencia de estas conductas abusivas se relaciona con los sentimientos de culpabilidad que contribuyen a su silencio, debido a las posibles consecuencias de desintegración de su hogar.
- Como factores de predisposición para este evento se identifican: padre y madre con historia de abuso sexual en la infancia, condiciones de hacinamiento e inestabilidad afectiva y emocional especialmente con su padre.

En términos de antecedentes de conducta se identifican situaciones de interacción con miembros de la familia, temor a juzgamiento, caracterizados por acontecimientos que representan dificultades en relación con cada uno de ellos, que le generan sentimientos de desaprobación, tristeza, ira y evitación activa de los mismos.

Los factores que mantienen esta conducta de evitación son:

1. Dificultades en expresión emocional: no expresión de emociones como la tristeza y el enojo, así como la evitación activa de esta con actividades distractoras como ver televisión, jugar en el computador, escuchar música o leer.
2. Déficit en asertividad: lo cual no le permite enfrentarse adecuadamente a situaciones de estrés, ya que percibe y se evidencia que sus repertorios conductuales son poco eficaces, frente a las situaciones de interacción social, por lo cual termina adoptando un patrón de respuesta inhibitoria y retraída, que fortalece sus creencias de minusvalía e incapacidad para relacionarse con los demás, que a su vez mantiene un déficit en expresión de sentimientos.
3. Procesamiento inadecuado de la información: en términos de interpretación de la información, presencia de pensamientos automáticos relacionados con lectura del pensamiento, razonamiento emocional, personalización y abstracción selectiva.



Ejemplo

Pensamientos como: "si me siento mal es mejor no contarles a mis papas porque sería un desastre, yo debería sentirme bien y no separar a mi familia, si mi mamá se entera me va a culpar a mí, todo lo malo que ocurre en esta casa es por mi culpa".

Dentro del tratamiento planteado se realiza psicoeducación sobre duelo y abuso sexual de manera que este conocimiento le permita a C.T. tener conciencia de sus dificultades y generar alternativas de prevención de posibles abusos sexuales. A través de ejercicios de visualización, registros de pensamiento-emoción, entrenamiento en habilidades sociales que le permitan interactuar con su entorno de una manera más efectiva, análisis de situaciones problema, reestructuración cognitiva se favorece la expresión emocional y generación de pensamientos alternativos que le permitan una mejor adaptación a las diferentes situaciones a las cuales se enfrenta, que presente una reatribución del abuso más real en términos de culpabilidad, es decir, que evalúe la situación en términos de la inequidad de poder que había en la relación y en su desconocimiento del impacto que podía tener esta situación y facilitar una mayor aceptación de las pérdidas afectivas.



Instrucción

Para finalizar invitamos a realizar la actividad de evaluación wiki: trastornos mentales y revisión de literatura científica.

American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, Estados Unidos: APA.

Gómez, C. (2005). Psiquiatría y salud mental de niños y adolescentes: una necesidad. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34, 338-339.

Hurtado, H., et ál. (2011). Prevalencia de trastornos mentales en usuarios de consulta psicológica en una universidad colombiana. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 3(1), 59-71.

Londoño, C., y González, M. (2016). Prevalencia de depresión y factores asociados en hombres. *Acta Colombiana de Psicología*, 19(2), 330-344.

Mantilla, L., et ál. (2003). *Prevalencia de sintomatología depresiva en niños y niñas escolares de Bucaramanga*. Cali, Colombia: Congreso colombiano de Psiquiatría.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015.). *Encuesta Nacional de Salud Mental*. Recuperado de http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomol.pdf

OMS (2003). *Meeting on caring for children and adolescent with mental disorders: Setting WHO Directions*. Ginebra, Suiza: WHO.

PAHO (2017). Depresión y otros trastornos mentales comunes. Estimaciones sanitarias mundiales. Recuperado de <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34006/PAHONMH17005-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Posada, J., Aguilar, S., Magaña, C., y Gómez, L. (2004). Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del Estudio nacional de salud mental. Colombia, 2003. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33(3), 241-262.

Rodríguez, J., Kohn, R., y Aguilar, S. (2009). *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe*. Washington, Estados Unidos: Organización Panamericana de la Salud.

Vicente, B., Rioseco, P., Saldivia, S., Kohn, R., y Torres, S. (2005). Prevalencia de trastornos psiquiátricos en Latinoamérica: revisión crítica. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(4), 506-514.

Vinaccia, S., et ál. (2006). Prevalencia de depresión en niños escolarizados entre 8 y 12 años del oriente antioqueño a partir del "child depression inventory" -CDI-. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 2(2), 217-227.

PSICOPATOLOGÍA

Diana Pulido

EJE 3

Pongamos en práctica

¿Cuál es el rol del psicólogo en la comprensión y tratamiento de los trastornos mentales?



En los ejes anteriores se identificaron los conceptos básicos en psicopatología, así como una descripción de los trastornos mentales y su prevalencia en el mundo y en Colombia, con aplicación de conceptos a casos que permiten comprender el impacto de estos en la salud mental reconociendo su etiología en términos de predisponentes, precipitantes, **factores de riesgo y factores de protección**.

En este eje se abordarán temas relacionados con la revisión de investigación en torno a las causas, evaluación, consecuencias y tratamientos de los trastornos mentales para facilitar el conocimiento del rol del psicólogo en la comprensión, evaluación, diagnóstico e intervención de los trastornos mentales, especialmente los de ansiedad, e identificar estrategias de evaluación como la entrevista, la observación, la historia clínica, las pruebas psicométricas, entre otras.

Lo anterior teniendo en cuenta la evaluación multifuente, es decir, identificar diferentes fuentes de información como: el individuo, sus padres, pareja, docentes, hijos y otros significativos, así como reportes institucionales, informes psicológicos, pruebas de inteligencia que permiten una amplia comprensión de los casos, a fin de favorecer un adecuado diagnóstico y disminuir el riesgo del impacto personal y social relacionado con los trastornos mentales en sí y más aún con el impacto de los diagnósticos erróneos.

Factores de riesgo

Son aquellos que aumenta la probabilidad de que se dé un determinado trastorno. Pueden ser marcadores, ser fijos como el sexo o el ser prematuro, la edad o la condición socioeconómica y causales. Se requiere observar que el factor de riesgo es previo a la emergencia de la psicopatología (Talarn, 2013).

Factores de protección

Funciona como amortiguador de un factor de riesgo, y reduce la probabilidad de que este derive en un proceso psicopatológico, dentro de estos posibles amortiguadores esta la resiliencia (Talarn, 2013).



Lectura recomendada

Lectura complementaria: capítulo 3 páginas 63 a la 69.


Intervenciones con apoyo empírico: herramienta fundamental para el psicólogo clínico y de la salud

José Luis Ybarra Sagarduy, Luz Adriana Orozco Ramírez y Andrómeda Ivette Valencia Ortiz

A fin de establecer mayor claridad en el uso de términos es importante discriminar la enfermedad mental del trastorno mental, la primera tiene un origen biológico o alteración orgánica mientras que el segundo no proviene de una orgánica, puede deberse a un evento traumático o una vulnerabilidad de tipo ambiental.

Los factores que protegen la presentación de estas en el marco del trastorno mental de origen orgánico son: alta aceptación de sí mismo, de sus experiencias y de las relaciones con los demás, ser espontáneo, independiente y flexible, la expresión y apreciación emocional. Importante reconocer apropiadamente signos y síntomas; signos son observaciones o hallazgos objetivos realizados por el clínico como alteraciones psicomotoras, expresiones faciales, comunicación verbal y no verbal; y los síntomas son relatados por el paciente, por tanto, son subjetivos como dolor, falta de energía, ansiedad (Rubio,2014).

El rol del psicólogo en el abordaje de trastornos mentales



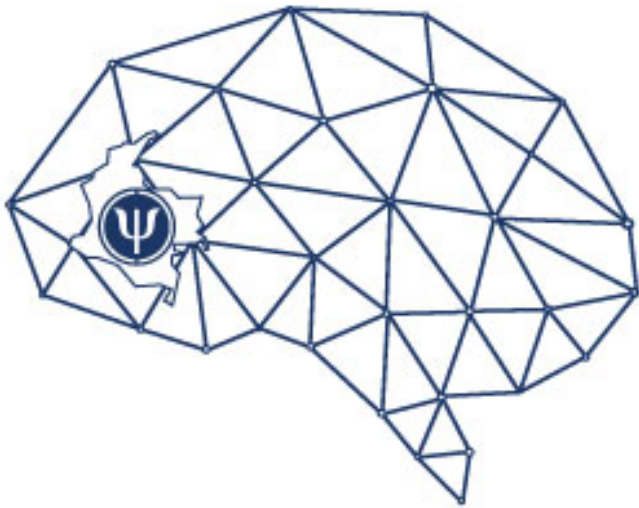


Figura 1.

Fuente: <http://www.colpsic.org.co/>

El Colegio Colombiano de Psicólogos (Colpsic) creado en el 2006 para regular el ejercicio profesional de todos los psicólogos de Colombia, reconoce 17 campos disciplinares y profesionales relacionados con aplicación de la psicología y áreas de conocimiento que son: análisis experimental de la conducta; desarrollo humano; evaluación, medición y estadística aplicada, epistemología e historia de la psicología, neurociencia y psicobiología; procesos psicológicos básicos; psicología clínica; psicología de la salud; psicología de la sexualidad; psicología de las organizaciones y del trabajo; psicología del consumidor; psicología del deporte y del ejercicio; psicología educativa; psicología jurídica; psicología militar; psicología social, ambiental y comunitaria; y psicología del tránsito y seguridad vial.



Visitar página

En la página de Colpsic se describen cada uno de los campos, los perfiles profesionales, las competencias requeridas para ejercer la profesión, este curso presenta bases para comprender la aplicación de por lo menos 10 de los 17 campos mencionados (Colpsic, 2013).

<http://www.colpsic.org.co/>

El área de aplicación por excelencia de los conocimientos adquiridos en este curso es psicología clínica y de la salud, trabajada principalmente en el ámbito hospitalario y en otras instituciones que favorezcan el bienestar del ser humano (especialidades médicas, centros educativos, centros de salud, fundaciones, instituciones penitenciarias, centros de discapacidad, centros de rehabilitación y práctica privada), aunque aplicable a políticas públicas, prevención de enfermedad, promoción de la salud y tratamiento grupal e individual de los diferentes trastornos mentales presentes en el DSM-V, entre otros.

La intervención psicológica implica la aplicación de técnicas y principios psicológicos a personas que buscan orientación psicológica para comprender, reducir y/o superar sus problemas, prevenir la presentación de estos y enseñar o potenciar habilidades y capacidades para enfrentar de manera más adaptativa los cambios y retos que presenta

la vida (ayudar a una persona a disminuir sus niveles de ansiedad, ayudar a una persona, pareja o familia a comunicarse mejor y solucionar problemas de manera efectiva, mejorar habilidades sociales en adolescentes, comprender los cambios que implican las diferentes etapas del ciclo vital) y la valoración de los resultados alcanzados a través de la intervención.

Lo anterior conlleva la realización de diferentes actividades como: la evaluación, enseñanza, asesoría, investigación, tratamiento, prevención e intervención y dirección y gestión; los niveles de intervención son en pareja y familia, comunidad, grupo e individual: y los modelos de intervención más usados son: **el médico u orgánico, psicodinámico, comunitario, fenomenológico, sistémico, conductual y cognitivo conductual** (Bados, 2008).

El principal objetivo de intervención son los trastornos mentales o del comportamiento (los segundos no se rigen necesariamente a criterios diagnósticos, pueden ser normales o patológicos) que afecten la calidad de vida y el bienestar de la persona y sus allegados.

La terapia psicológica es un tipo de **relación de mínimo dos participantes**, en el que el terapeuta tiene experiencia y entrenamiento en el manejo de problemas de tipo psicológico y el paciente presenta un problema en su ajuste conductual, emocional o interpersonal que espera el terapeuta le ayude a solucionar, a través de varios métodos científicamente validados y sustentados por diversas teorías formales con el objetivo de favorecer el cambio, fomentar el *insigth*, minimizar el sufrimiento especialmente emocional, favorecer la escucha, realizar psicoeduca-

ción, diseño de tareas y estar al nivel de las expectativas del paciente.

Se trabaja de manera inter o multidisciplinaria con profesionales en psiquiatría, trabajadores sociales, médicos, enfermería, maestros, terapeutas físicos, ocupacionales y del lenguaje, entre otros (Bados, 2008).

Hay un campo de acción central para favorecer la salud mental de las personas, en el cual el psicólogo debe realizar un trabajo significativo y tiene que ver con la prevención de los trastornos mentales, que, aunque incluye tratamientos, va más allá de estos, este tipo de acciones se puede favorecer a través de la creación y aplicación de políticas públicas, así como la implementación de diversos programas, estos son:

- 1. Prevención primaria:** que incluye programas que eviten la aparición de problemas que afecten la salud mental como los trastornos de ansiedad, el consumo de drogas, embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual.
- 2. Prevención secundaria:** busca identificar problemas en fases iniciales con el fin de minimizar su cronicidad; tratamiento: se busca intervenir sobre problemas ya instaurados; y prevención terciaria: que busca prevenir recaídas de un problema que se ha intervenido con anterioridad, en esta fase se trabaja la rehabilitación.

Los problemas que trabaja un psicólogo que requieren conocimiento de psicopatología son además de todos los trastornos mentales ya trabajados en ejes anteriores, los problemas de niños y padres en términos de desobediencia, pautas de crianza, maltrato, agresión, duelo, baja autoestima, delincuencia, violencia, impacto en salud mental de cualquier enfermedad de tipo orgánico como alteraciones en el sistema cardiovascular, dermatológico, inmunológico, endocrino, nervioso central, el dolor crónico, favorecer la adherencia a tratamientos médicos, apoyo a enfermedades terminales y preparación para procedimientos quirúrgicos, incremento de habilidades sociales para cualquier ámbito, buenos hábitos de estudio, control de conductas de difícil manejo en aula, entre muchos más (Bados, 2008).



Instrucción

Llegados a este punto invitamos a revisar el recurso: podcast, análisis de un caso psicológico.

Las causas, evaluación, impacto y consecuencias de los trastornos mentales

En este apartado se desarrollarán estos puntos (causas, evaluación, impacto y consecuencias de los trastornos) en el contexto de los trastornos mentales más prevalentes en la población colombiana, según el último estudio de salud mental realizado en el 2015 y socializado en el eje 2, siendo los de ansiedad y depresión los más prevalentes, a continuación, se relacionarán datos

relacionados con trastornos específicos de ansiedad y finalmente sobre depresión.



¡Datos!

En evaluación, el psicólogo clínico debe identificar, especificar y realizar topografía de conductas, problemas, capacidades, recursos y carencias de las personas y de variables de tipo individual, social y ambiental que las mantienen, con el fin de explicar y modificar estas conductas a través de:

- El diagnóstico.
- Pronóstico (predicción de evolución de un problema).
- Orientación (para la toma de decisiones en diferentes áreas vitales).
- Selección (para reconocer si una persona es apta para portar armas, conducir un auto).
- Utilizando diferentes métodos trabajados en el eje 2 de este curso (Bados, 2008).

Los trastornos de ansiedad tienen alta prevalencia en el mundo y en Colombia para facilitar la comprensión de estos, se retomará la información suministrada por Barlow y Durand (2007) que permite comprender la complejidad de estos a través de la distinción de algunas definiciones, naturaleza y comorbilidad.

Es importante distinguir la diferencia entre temor, el pánico y la ansiedad; el temor es una reacción de alarma que se da de manera inmediata ante el peligro que genere un riesgo vital; el pánico es una experiencia imprevista e intensa de temor e intranquilidad sin la presencia de un peligro real, la ansiedad es un estado de ánimo negativo que se determina por la presencia de síntomas corporales que incluyen tensión física y activación fisiológica, mediados por una aprensión acerca del futuro.



Figura 2.
Fuente: Shutterstock/42813167

Dentro de los últimos estudios desde el modelo transdiagnóstico en Colombia está el de Toro, et ál. (2017) que evaluó las variables transdiagnósticas predictoras de los problemas emocionales y afectivos, este modelo evalúa y da tratamiento a las variables causales y mantenedoras de los trastornos mentales, las variables que se evaluaron fueron el perfeccionismo, la rumiación, el afecto positivo y negativo, la intolerancia a la incertidumbre, la sensibilidad ansiosa y como se relacionan con ansiedad, depresión y estrés; encontrando que **la ansiedad tiene alta correlación con el efecto negativo en el que se experimenta aburrimiento, malestar, desinterés**, cuando este disminuye el sentido de control y seguridad en la persona se restablece y le permite hacer juicios de la realidad más objetivos, sin mediación de malestar emocional ni pensamientos distorsionados.

Las variables se definieron así:

1. Perfeccionismo implica altos estándares personales sobre perfección y expectativas que superan sus propias capacidades y preocupación autocrítica frente a la posibilidad de error.
2. La rumiación cognitiva por su parte es una respuesta cognitiva centrada en los síntomas; la intolerancia a la incertidumbre ante situaciones en las que el individuo no percibe seguridad suele experimentar una incontrolable y excesiva preocupación, y percibe el futuro como una amenaza y se ha asociado con trastorno obsesivo compulsivo, trastornos de ansiedad generalizada, fobia social y depresión.
3. Por último, la sensibilidad ansiosa se relaciona con el miedo a las sensaciones propias de la ansiedad desde la dimensión social, somática y cognitiva, caracterizada por la evitación conductual y se asocia al trastorno obsesivo compulsivo, al de pánico, insomnio y conductas suicidas.



Instrucción

Esta información permite tener un panorama más amplio, un mayor nivel explicativo desde el modelo transdiagnóstico aplicado a trastornos de ansiedad y depresión.



Lectura recomendada

Capítulo 4, páginas 151 a 163.

Manual de terapia de conducta en la infancia

María Isabel Comeche Moreno y Miguel Vallejo Pareja

Trastorno de ansiedad generalizada

El trastorno de ansiedad generalizada presenta miedos vagos e inexplicables pero intensos y no se relacionan con un objeto en particular, son similares a los miedos normales, pero el peligro no es evidente, las personas que soportan un trastorno de ansiedad mantienen preocupadas por situaciones insignificantes. En el trastorno de ansiedad generalizada, la ansiedad persiste por seis meses o más y no se atribuye a experiencias nuevas en su vida cotidiana. Sus síntomas habitualmente incluyen preocupación, hipervigilancia, tensión motora y excesiva actividad del sistema nervioso autónomo (Capafons, 2001).



Figura 3.
Fuente: Shutterstock/525402751

Trastorno de angustia



Figura 4.
Fuente: Shutterstock/533954944

Las personas con trastorno de angustia no siempre permanecen ansiosas, en ocasiones presentan crisis de pánico con tendencia a repetirse luego de algunos periodos pueden ser varios días de funcionar con normalidad. Estas crisis tienen las siguientes características: palpitaciones severas, respiración entrecortada exagerada, dolores o molestias en el pecho, temblores, sudoración, mareos y un sentimiento de impotencia. Las personas con crisis de pánico manifiestan el sentir miedo exagerado a morir, perder la razón o hacer algo fuera de control y a la aparición de nuevas crisis y sus consecuencias. Es un trastorno es más frecuente en mujeres (Bados, 2001).

Para comprender la forma en que se dan las crisis (Zamorski y Albucher, 2002) citados por (Sarason, 2006) identificaron diferentes enfoques que explican sus causas, uno de ellos es el biológico refiriendo que una disfunción de este tipo es similar con algunas de las causas de la depresión.

Es importante aclarar que el miedo como ya se conoce es una experiencia natural en los seres humanos y es de valor adaptativo para la supervivencia de la especie, es adaptativo porque hay un sin número de sensaciones que se presentan como respuesta normal ante peligros reales. No obstante, si estas sensaciones se desencadenan sin una amenaza real, se entiende que el miedo que ya no es adaptativo (Capafons, 2001).

Los tratamientos farmacológicos para este trastorno incluyen la administración de la Imipramina, inicialmente utilizada para el tratamiento de la depresión, la cual reduce la frecuencia de las crisis de pánico (Sarason y Sarason, 2006).

Fobias



El término fobia hace referencia a este tipo de reacciones de miedo no deseables. Las fobias se clasifican de diversas maneras, siendo las más aceptadas: fobias simples, específicas o focales, fobias sociales y agorafobia. Hasta el momento la clasificación entre fobia a los animales, fobia a la sangre y heridas y las llamadas fobias situacionales (conducir, viajar en avión, espacios cerrados, entre otras) presentan mayor grado de garantía empírica. La fobia a los animales se representa en miedo a pájaros, perros, gatos, ranas, serpientes, arañas, mariposas, abejas y avispas. Este tipo de fobia se caracteriza por el miedo y evitación a los animales, y no a las respuestas de asco o miedo a la contaminación de los mismos, el mayor miedo se presenta cuando los animales se encuentran en movimiento. Normalmente las personas temen a un tipo de animal y no a otras especies diferentes, y un porcentaje pequeño muestra miedo por el daño que le pueda causar el animal. En general, estas personas temen al pánico que puedan experimentar cuando el animal está presente, y a los resultados negativos que implica dicha situación (Capafons, 2001).

Figura 5.
Fuente: Shutterstock/625214822



Lectura recomendada

Capítulo 3, páginas 132 al 136.

Manual de terapia de conducta en la infancia

María Isabel Comeche Moreno y Miguel Vallejo Pareja

Las fobias sociales tienen la particularidad de identificarse por el miedo y la vergüenza al relacionarse con otras personas en situaciones tan comunes como comer y hablar en público, es importante aclarar que uno de los grandes temores a los que se enfrentan las personas con este tipo de fobias es a la evaluación negativa por parte de otros. A menudo el mayor temor de estas personas es vincularse con otros y que les detecten señales de ansiedad, como sonrojarse, el temblor de las manos y la voz interrumpida. En muchos casos esta fobia se inicia en los últimos años de la infancia y los primeros de la adolescencia y se concreta en una fobia al final de la adolescencia (Sarason y Sarason, 2006).

Agorafobia

En el DSM-V (American Psychiatric Association, 2013), en este sistema de clasificación que menciona que se diagnostica agorafobia, independientemente de la presencia de trastorno de pánico, es decir, que se pueden dar ambos diagnósticos y que el miedo o la ansiedad debe ser intensa e incluye dos o más de situaciones como el uso del transporte público, estar en espacios abiertos, estar en sitios cerrados, estar en medio de una multitud, estar solo fuera de casa.



Figura 6.
Fuente: Shutterstock/230477293

Generalmente, las personas agorafóbicas generan dependencia hacia alguien. En revisión de historias de personas con este trastorno muy afectadas se observa ansiedad por separación en la niñez, mucho antes de la presencia de la agorafobia.

La relación entre la ansiedad por separación en la niñez y la agorafobia frecuentemente se evidencia más en mujeres que en hombres. Se puede decir que la agorafobia es un brote retardado de la ansiedad por separación de la niñez. Si se pretende avanzar en los estudios de la ansiedad por separación no solo se debe medir por autorreportes retrospectivos, sino realizar estudios longitudinales que aprueben la observación de la conducta de la persona para integrar los mismos (Sarason y Sarason, 2006).

Trastorno obsesivo compulsivo

Las personas con conducta obsesiva se identifican por mantener ideas constantes como: preocupación por pensamientos sexuales, agresivos o religiosos. Las personas con este trastorno se sienten obligadas a realizar series de actos una y otra vez (por ejemplo, lavarse las manos en repetidas ocasiones o pisar las líneas del pavimento). Las obsesiones habitualmente contienen duda, indecisión, miedo a la contaminación o miedo a la agresión propia. En la conducta compulsiva se manifiesta comportamientos como; contar, ordenar, revisar, tocar y lavar. Algunas personas que presentan el trastorno obsesivo-compulsivo desarrollan rituales estrictamente mentales.



Figura 7.
Fuente: Shutterstock/393427207



Ejemplo

Por ejemplo, para evitar un pensamiento obsesivo o impulsivo, pueden pronunciar una serie de palabras o números mágicos. Alrededor del 25 % de las personas con este trastorno poseen pensamientos intrusivos, pero no actúan en base a estos. El resto son obsesivos y compulsivos; la conducta compulsiva que no se asocia a pensamientos obsesivos es rara.

Esta conducta seguramente es una condición que se diagnostica y se trata poco, ya que las personas no revelan con facilidad su situación, pues sienten vergüenza y quieren guardar sus síntomas en secreto. Además, muchos médicos no reconocen los síntomas o no están calificados para proporcionar los tratamientos adecuados (Sarason y Sarason, 2006).

Las personas con el trastorno obsesivo-compulsivo tienen interés por descubrir la raíz de sus miedos, pero no lo logran. Muchos clínicos consideran que el miedo



Conducta psicótica

Implica la pérdida del contacto con la realidad (Halgin, y Krauss, 2004).

a perder el control y la necesidad de una estructura es la base de las obsesiones y compulsiones. Ya sea que el trastorno se sustente con factores del ambiente o la herencia, pero prevalece más entre los miembros de algunas familias que entre la población general.

Una característica común de la **conducta psicótica** es el pensamiento irracional, pero no se puede clasificar una persona obsesiva-compulsiva en la línea de personas psicóticas, ya que por lo general están conscientes de su irracionalidad. No obstante, dentro del rango del trastorno y la verdadera psicosis hay imprecisión.

Las personas que sufren de este trastorno son muy precavidas, predicen de manera irracional una catástrofe y la pérdida de control, similar a las personas con fobia o con trastornos de ansiedad. Es bueno precisar que quienes tienen fobias temen a lo que les pueda ocurrir y las víctimas de trastornos obsesivo-compulsivos temen por lo que ellos puedan hacer.



Ejemplo

Existen casos acordados; por ejemplo, el miedo a los cuchillos puede estar asociado con el pensamiento obsesivo de que puede herir a alguien si se toma un cuchillo, y el miedo al ascensor puede basarse en un impulso recurrente a empujar a alguien por el vacío del mismo (Sarason y Sarason, 2006).

Trastorno de estrés postraumático



Figura 8.

Fuente: <http://www.conestilotv.com/articles/lifestyle/que-es-el-trastorno-de-estres-postraumatico/>

El trastorno de estrés postraumático se diferencia de los trastornos que no se relacionan fuertemente con traumas, no solo en lo extremo de las experiencias traumáticas, si no en la condición, su duración y su pobre pronóstico. A través de reunión de pruebas se explica que la vulnerabilidad personal brinda un papel importante en el trastorno de estrés postraumático. Se debe tener en cuenta que el estrés agudo puede ser semejante al estrés postraumático y tiene algunas coincidencias en síntomas, también hay varias diferencias. A parte del tiempo que dura el trastorno, los síntomas disociativos (amnesia, despersonalización, desrealización) presentes en el estrés agudo, no se muestran en trastorno por estrés postraumático. No se puede comparar con exactitud los que se indaga en las investigaciones sobre los dos trastornos, ya que estrés postraumático se ha reducido en veteranos de guerra, años después de la exposición al trauma. Los estudios del estrés agudo tienden a enfocarse en sobrevivientes de accidentes automovilísticos sin olvidar a testigos de crímenes violentos o víctimas y sobrevivientes de desastres naturales (Báguena, 2001).

En varios estudios se ha investigado los predictores del desarrollo del trastorno de estrés postraumático o de sus síntomas. Entre los primeros factores al trauma que pueden asociarse al riesgo de desarrollar trastorno de estrés postraumático o sus síntomas, están: sexo femenino, nivel bajo de renta, insuficiente formación, pertenecer a una minoría, alto nivel de estrés, abuso durante la niñez, antecedentes de trastorno psiquiátrico, antecedentes familiares de ansiedad y personalidad antisocial, situaciones adversas en el periodo de la infancia.



Ejemplo

Separación temprana de los padres, separación o divorcio de los padres, carencia económica, sensación de falta de control personal, sentimientos de inseguridad y aislamiento de los demás. También puede sumarse una historia de acontecimientos traumáticos y la baja autoestima (Bados, 2015).

Trastornos depresivos

Los tratamientos basados en el *mindfulness* han mostrado alta eficacia en casos de depresión y ansiedad como se evidencia en el artículo de Perestelo, Pérez, González y Serrano (2011), quienes a partir de 15 estudios identificaron la eficacia de este tipo de intervención terapéutica, encontrando que se define como atención plena es una conciencia centrada en el presente que busca el reconocimiento y aceptación de pensamientos, sensaciones y emociones sin ningún tipo de juicio ni interpretación.



Ejemplo

Los tratamientos psicológicos basados en el técnica son por ejemplo, la terapia cognitiva - *mindfulness* basada en terapia cognitiva (MBCT) que dura 8 semanas, incluye 8 sesiones y práctica en casa y tiene como fin reconocer el funcionamiento y la relación de los canales de respuesta para mejorar el bienestar; otro programa es la reducción del estrés basado en el *mindfulness* (MBSR) también dura 8 semanas y tiene como fin reducir el dolor crónico y puede ser implementada en grupo, además de la terapia conductual dialéctica (DBT) y la terapia de aceptación y compromiso.

Estos enfoques fueron planteados inicialmente desde una perspectiva preventiva pero han mostrado alta efectividad en ensayos controlados aleatorizados y no aleatorizados, con pacientes que sufrían trastornos depresivos como depresión mayor, episodios depresivos y distimia, la MBCT mostró efectividad en la disminución de la sobregeneralización de los recuerdos en pacientes con depresión y en los trastornos de ansiedad generalizada y pánico, la aplicación de la DBT en combinación con tratamiento farmacológico favorece la remisión de síntomas depresivos.

Estos son tratamientos basados en la evidencia en los que el rol del psicólogo adecuadamente entrenado en su aplicación resulta de gran valor en la remisión de síntomas depresivos, importante contar con el apoyo de un psiquiatra quien se encarga de prescribir y administrar el tratamiento farmacológico.

Entrevista clínica, examen mental, evaluación conductual y otras fuentes de evaluación

Una vez realizada la revisión de las generalidades más importantes de algunos trastornos mentales, a continuación, se relacionarán los métodos más efectivos para la evaluación de estos trastornos.

Entrevista clínica

En primera instancia esta la entrevista clínica, la cual bien direccionada cumple las siguientes exigencias: realiza una corta descripción del problema, valora los síntomas, su gravedad en términos de frecuencia, duración e intensidad y hace una breve descripción clínica inicial, entre estos (que le sucede, cómo y dónde le sucede).

- Historia y curso del problema, cómo se inició de manera imprevista y brusca, también da a conocer sobre

datos de episodios anteriores de la misma situación o de otros problemas, conociendo la cronología, sintomatología, diagnóstico, tratamiento y resultado.

- Respecto al historial médico, se indaga por aquellas características que tengan relación con los síntomas o que puedan inferir con el tratamiento.
- Historia personal (anamnesis) aquí se busca los acontecimientos importantes durante toda la vida de la persona, explorando las áreas; familiar, académica, laboral, social, sexual y tiempo libre.
- Antecedentes familiares, se explora la historia familiar identificando

la presencia de trastornos mentales, tratamientos y hospitalizaciones.

- Personalidad, es importante conocer cómo era la personalidad del paciente antes del inicio del problema y posterior al problema conocer cambios fuertes.
- Examinar el concepto que tiene la persona de sí mismo y su capacidad de reacción ante acontecimientos vitales negativos y /o situaciones que impliquen alto nivel de estrés (Caballo, 2005).

Barlow y Durand, (2007) complementan esta definición mencionando que se reúne información sobre actitudes, comportamiento y emociones, además de un historial detallado de sus vidas y sus áreas de ajuste, como patrones de crianza, estilos de relación, estructura familiar, desarrollo sexual, creencias religiosas, culturales.

Dentro de las entrevistas para evaluar trastornos de ansiedad está la entrevista para los trastornos de ansiedad, según el DSM-IV, ADIS-IV. Es una entrevista semiestructurada que valora todos los trastornos de ansiedad, ajustándose a la clasificación del DSM-IV (por ejemplo, trastorno de pánico, agorafobia, fobia social, fobia específica). Contiene también sesiones para otros trastornos que pueden presentarse con cierta frecuencia contiguo a los de ansiedad; como son los del estado de ánimo, el abuso/dependencia de sustancias psicoactivas y algunos somatomorfos, además rastrea algunos síntomas psicóticos y médicos.

Las puntuaciones a las respuestas van desde sí o no, hasta escalas de ocho puntos. Esta entrevista se ha adecuado tam-

bién para utilizarla con niños (ADIS-IV-C) apropiando el lenguaje y las puntuaciones para esta población (Caballo, 2005).

Escala para el TEPT administrada por el Clínico (*Clinician Administered PTSD Scale, CAPS*). En la primera parte de esta entrevista se seleccionan, según su gravedad, hasta tres acontecimientos traumáticos notificados por el paciente y se evalúa qué ocurrió y cómo respondió ante el/los mismo(s). Estos acontecimientos se utilizan como reseña para las siguientes preguntas.

El segundo apartado consigna 30 preguntas orientadas a evaluar, tanto en el momento presente como a lo largo de la vida, los 17 síntomas del TEPT según el DSM-IV-TR, otros cinco síntomas continuamente asociados (culpabilidad sobre actos cometidos u omitidos, culpabilidad por haber sobrevivido, reducción de la conciencia de lo que le rodea, despersonalización, desrealización) y ocho aspectos agregados: aparición de los síntomas, duración de los síntomas, molestia subjetiva, deterioro social, deterioro laboral, gravedad global de los síntomas del TEPT, cambios completos en los síntomas y validez de las respuestas del entrevistado. Se puede tomar cuando sea necesario, referentes conductuales como base para las calificaciones del clínico (Bados, 2015).



Instrucción

Para profundizar sobre este tema invitamos a observar el recurso: videoresumen: entrevista clínica.

Examen mental

Otro método de evaluación muy usado en la clínica es el examen mental que implica una observación minuciosa del comportamiento del individuo con el fin de estimar su estado mental en términos de funciones ejecutivas superiores, según este autor el examen mental involucra 5 categorías: apariencia y comportamiento, procesos de pensamiento, estados de ánimo y afecto, el funcionamiento intelectual y el funcionamiento sensorio, usualmente se aplica en la entrevista inicial.

Observación directa

Otro método utilizado es la **observación directa** que tiene como fin la evaluación conductual que permite evaluar formalmente sentimientos, comportamientos y

pensamientos en situaciones específicas, busca identificar la funcionalidad de la conducta y los factores determinantes de esta, en síntesis, se centra en antecedentes, conducta y consecuencias de situaciones presentes. También se usan pruebas psicológicas, inventarios, cuestionarios, se realiza evaluación de inteligencia, evaluación neuropsicológica que mide capacidades en áreas como lenguaje, atención, concentración, percepción, aprendizaje, abstracción; y la evaluación psicofisiológica que busca identificar cambios en el sistema nervioso y pueden hacerse de manera directa o periférica en el cerebro (Barlow y Durand, 2007).



Observación directa

Forma de evaluación conductual en la que se observa al individuo en el contexto natural donde ocurre la conducta meta (Halgin, y Krauss, 2004).



Figura 9.
Fuente: Shutterstock/540088372

Cuestionarios e inventarios

El índice de sensibilidad a la ansiedad

El índice de sensibilidad a la ansiedad (*Anxiety Sensitivity Index, ASI*) es un cuestionario que consta de 16 ítems que mide el miedo a la ansiedad. Cada ítem que registra una escala de 0 a 5, enuncia la preocupación acerca de los resultados aversivos de los síntomas asociados con la ansiedad, este cuestionario cuenta con un buen respaldo empírico, ha sido traducido a diez idiomas y diferentes estudios transculturales brindan apoyo a la estructura monofactorial facilitando pruebas añadidas a su validez y fiabilidad.

Las propiedades psicométricas de la versión española del ASI, son equivalentes a las de escala original, así como su utilidad para diferenciar entre el trastorno de pánico y otros trastornos de ansiedad. Escala de gravedad del trastorno de pánico, conocida en inglés como (*Panic disorder Severity Scale, PDSS*), estrictamente se trata de una escala clínica compuesta por diferentes indicadores significativos en el trastorno de pánico.

Este instrumento contiene valoraciones sobre la frecuencia y malestar de los AP (ataques de pánico) y AP de síntomas limitados, gravedad de la ansiedad anticipatoria de la evitación situacional o interoceptiva y de la dificultad presentada a nivel social y laboral (Caballo, 2005).

El inventario obsesivo-compulsivo de Maudsley

El inventario obsesivo-compulsivo de Maudsley conocida como (*Maudsley obsessive-compulsive Inventory, MOCI*). Es una

escala que evalúa los síntomas de TOC en adultos. La versión en inglés de esta, está formada por 30 preguntas de verdadero y falso en relación a las dimensiones sintomáticas. Consigna cuatro subescalas (verificación, limpieza y lavado, lentitud y repetición, duda y conciencia). Se considera responder debidamente a los efectos del tratamiento y cuenta con datos de validez y fiabilidad test-retest.

La escala del Trastorno obsesivo compulsivo para niños

La escala del Trastorno obsesivo compulsivo para niños, TOC-UNAM, desarrollada en la Universidad Autónoma de México domina 27 ítems, presenta facilidad al momento de la aplicación. Utiliza el dibujo de un termómetro para que el niño indique o marque la intensidad del miedo que alguna situación le produce o el grado de molestia asociado con una obsesión, lo anterior permite evaluar la valencia emocional del trastorno (Caballo, 2005).

La escala del procesamiento cognitivo del trauma

La escala del procesamiento cognitivo del trauma en inglés toma el nombre de (*Cognitive Processing of Trauma Scale, Cpts*), valora cinco aspectos del procesamiento cognitivo del trauma: a) reestructuración cognitiva positiva, b) comparación con personas con más adversidades, c) resolución/aceptación, d) negación, y e) abatimiento (por no haber actuado de forma diferente). La escala tiene como base 17 ítems que se aprecian en una escala de siete puntos de -3 (completamente en desacuerdo) a +3 (completamente de acuerdo), pasando por 0 (ni de acuerdo ni en desacuerdo).

El instrumento puede consultarse en la fuente original. Se ha empleado en estudiantes universitarios que habían experimentado algún trauma, de alguna manera se define como laxo incluyendo eventos como el final de una relación o el divorcio de los padres (Bados, 2015).



Instrucción

No olviden realizar la actividad de aprendizaje: caso simulado, análisis psicológico de la película *Mente brillante*.

Tratamiento

Teniendo en cuenta la frecuencia de la agorafobia, el abatimiento personal ocasionado por el mismo trastorno y los recursos sociales y económicos relacionados con su tratamiento, es de suma importancia conservar intervenciones eficaces y efectivas o clínicamente útiles. Dado lo anterior es necesario que en todos los contextos clínicos reales se tenga claro las características de los pacientes y terapeutas, también el desempeño de las personas que laboran o la eficiencia, una buena relación coste/beneficio en la que se consideren la inversión económica, el tiempo y esfuerzo requerido, los posibles efectos secundarios y la motivación y agrado de los pacientes (Bados, 2001).

Hasta el 2001 se contaba con dos tipos de intervenciones eficaces para la agorafobia, la primera es la exposición y/o autoexposición en vivo y la segunda es la terapia cognitivo-conductual. La exposición y/o autoexposición en vivo indica que la persona tenga exposición a la vida real de manera metódica a las circunstancias que teme y evita.

Analizando, no difieren en eficacia; la primera implica la presencia constante del terapeuta, a diferencia de las otras dos técnicas supervisadas de autoexposición. Especificando con puntualidad las variantes se describen las siguientes:

1. Exposición prolongada, más o menos gradual, a cada suceso, con el acompañamiento del terapeuta y perseverando en la misma hasta que los síntomas ansiosos se disminuyen significativamente.
2. La exposición autocontrolada más autoobservación, luego de dos a cinco sesiones con el terapeuta, autoexposición gradual en la que se permite el escape temporal a un lugar seguro, en caso tal de excesiva ansiedad; posteriormente a la anotación del tiempo pasado fuera se vuelve al escenario.
3. Hay una práctica programada que consiste en la exposición prolongada y graduada contando con el acompañamiento del terapeuta, un amigo o pareja de quien realiza la terapia.

El terapeuta no realiza un contacto exhaustivo con el paciente, se apoya con un diario de sus prácticas y con el manual de autoayuda, lo mismo que su compañero (Bados, 2001).

Por otra parte, tratamientos más recientes como la terapia de aceptación y compromiso ha mostrado alta efectividad en el tratamiento de los trastornos de ansiedad, teniendo como objetivo la flexibilidad psicológica, en sintonía con el presente; aunque es una terapia cognitivo conductual, difiere en que no busca cambiar pensamientos distorsionados sino se intenta realizar un cambio contextual, es decir, alterara la función de los eventos y los efectos que estos tienen sobre el comportamiento, usando ejercicios de exposición a fin de aprender a vivir con la ansiedad, de acuerdo con los estudios controlados se observa que la exposición en vivo por ciertas características de la técnica puede tener fallas para mantener su eficacia (Páez y Gutiérrez, 2014).

En otros estudios no hay claridad si da mejor resultados la técnica exposición en vivo con una periodicidad diaria o semanal, sin negar los pacientes disciplinados con las actividades de autoexposición tienden a mejorar, pero se mantiene la inquietud de minimizar el nivel de ansiedad durante la exposición en vivo.



Figura 10.

Fuente: <https://fisioterapiajesusrubio.com/2014/10/23/tengo-miedo-que-tal-si-me-muevo-un-poco/>

Así mismo se propone que la persona pueda experimentar niveles bajos de ansiedad para saber afrontarla sin excesos de la misma buscando la no interrupción del procesamiento emocional de las señales de miedo. Del todo no se puede confirmar que las estrategias de distracción dificulten la eficacia de la exposición en vivo, sin negar que las conductas defensivas dirigidas a prevenir las amenazas es un punto negativo. No hay diferencias entre la exposición en vivo aplicada individualmente y en grupo.

La exposición en vivo sigue siendo eficaz cuando a las personas se les da instrucciones que generen expectativas de mejora. Sin embargo, no hay eficacia con el acompañamiento del amigo de confianza o compañero al momento de la terapia, pero si ayuda a reducir los abandonos, no obstante,

la participación del compañero es mejor visto, especialmente en el seguimiento. De otra manera la autoexposición supervisada por el terapeuta, puede significar un beneficio a corto plazo, ya que realiza acompañamiento al paciente durante la exposición en vivo. Se debe tener en cuenta que la autoexposición en vivo logra alcanzar los mismos resultados (Bados, 2001).

La exposición interoceptiva o conocida como exposición a las sensaciones temidas no muestra óptimos resultados en la exposición en vivo (combinada con entrenamiento en respiración) o de la terapia cognitivo-conductual respectivamente. En estos estudios se evidencia el interés por la exposición interoceptiva sin superar resultados relevantes, quizás por las pequeñas muestras empleadas.

Por otro lado, en las **mujeres con agorafobia** al sumar la exposición interoceptiva a la exposición en vivo (combinada con entrenamiento en relajación y respiración) se promueve mejoramiento en los pensamientos distorsionados, en los ataques de pánico y en evitación, pero no es considerable en ansiedad fóbica, miedo al miedo, pánico e interferencia. Al complementar exposición a las sensaciones temidas con la reestructuración cognitiva y exposición en vivo fue más eficaz que con el entrenamiento en respiración, tanto en el postratamiento, en medidas de pánico, interferencia y severidad, como en el seguimiento a los 6 meses en ansiedad fóbica, pánico, interferencia y ansiedad general (Bados, 2001).

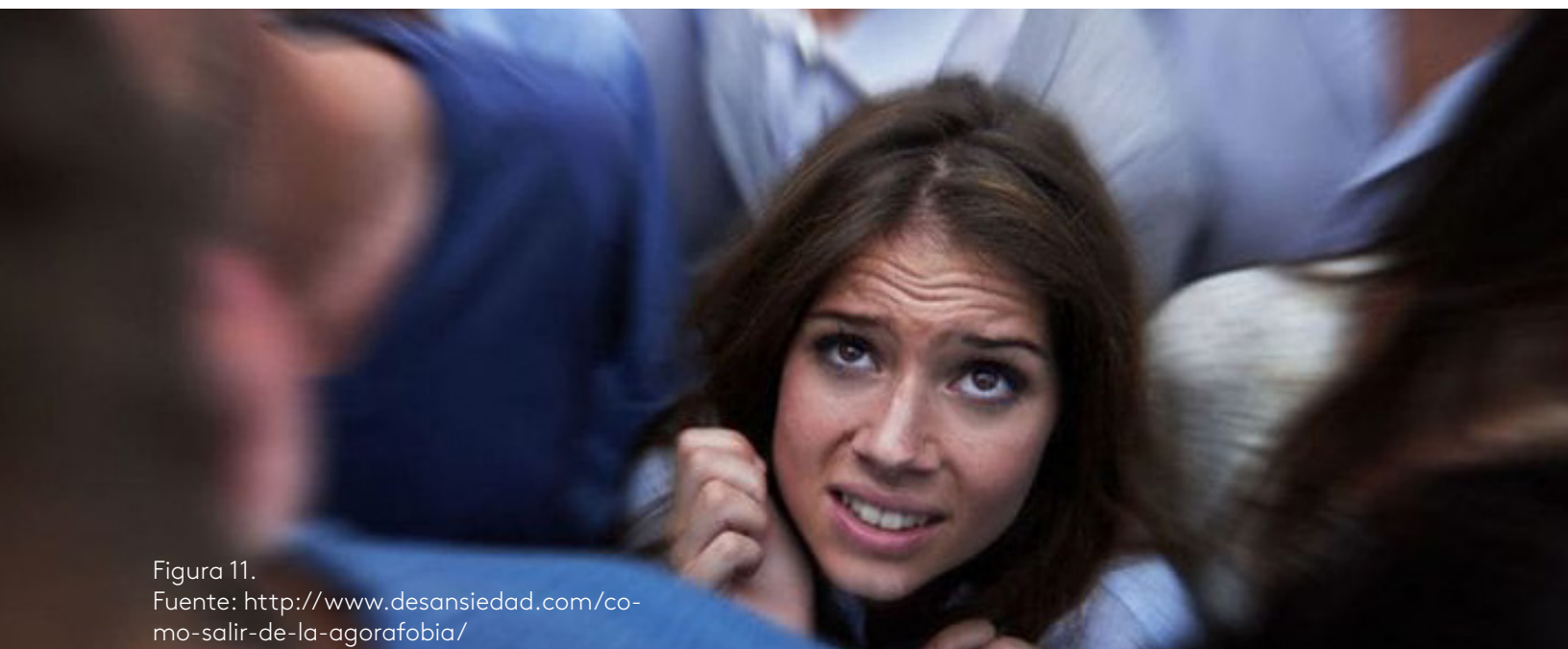


Figura 11.
Fuente: <http://www.desansiedad.com/como-salir-de-la-agorafobia/>

El 66 a 72 % representa el grupo de pacientes libres de ataques de pánico similarmente con TCC y fármacos antidepresivos o ansiolíticos con un porcentaje de 58 a 62 % para la exposición en vivo se cuenta con un 40 %, placebo farmacológico con el 35 a 45 %, placebo psicológico con el 42 % y lista de espera tan solo con 25 a 29 %. Otro autor indica valores más altos para la exposición en vivo contando con el 55 %.



Ejemplo

En dos metaanálisis realizados por Balkom (1997) no se evidencia claridad si la TCC es superior o no en medidas de depresión. Por otro lado, la terapia cognitivo conductual sin exposición en vivo presenta mayor eficacia.

1. El porcentaje de abandono al tratamiento es de 12 a 16 %, similar con TCC y benzodiazepinas con el 13 a 14 %.
2. Pero incrementa este porcentaje con exposición en vivo al 15 a 25 % y aún más con antidepresivos con el 25 a 34 %.
3. Se presenta un porcentaje bajo (10 %) de recaídas en ataques de pánico teniendo el apoyo de TCC no influyendo mucho la exposición en vivo con el 26 %.
4. Se trabajó con personas agorafóbicas de nivel educativo bajo o medio, aplicando una técnica cognitiva conductual de 10 sesiones de 50 minutos; no hubo exposición interoceptiva y luego aplicaron cinco sesiones de 50 minutos, apoyada por material de autoayuda.

De manera concreta los dos tratamientos señalan mejoras significativas similares en el postratamiento, así mismo se mantuvo luego de un año de seguimiento, favoreciendo de mejor manera al primer grupo. En general, solo el 10 % de personas abandonó el tratamiento. Analizando el postratamiento el 75 % representa a los pacientes que no presentan ataques de pánico y un 40 % de pacientes mejorados en diversas medidas a la vez (Bados, 2001).

Se cuenta con tratamientos psicológicos eficaces y seguros, pero aún no se observan porcentajes altos de personas agorafóbicas que reciben tratamiento adecuado. De tal manera que algunos reciben tratamiento farmacológico y una corta población recibe terapia conductual o cognitivo-conductual, lo anterior puede estar indicando dos cosas:

1. la primera la baja preparación de terapeutas respecto a la intervención de estos trastornos.
2. La segunda; se mantiene la creencia que es más económico la farmacoterapia.

Es viable que la terapia cognitiva conductual puede ser aplicada por terapeutas asociados a la farmacológica luego de ser entrenados por un psicólogo conductual, encargado de supervisar las sesiones. Sin embargo, persiste la opción de que los encargados sean los psicólogos clínicos identificando que la terapia cognitiva conductual no es más costosa que la farmacoterapia, además, el paciente con tan solo la farmacoterapia no es suficientemente impactante y se evidencia muchos casos de recaída (Bados, 2001).

En las últimas décadas se han concentrado las terapias cognitivas para el tratamiento de las fobias, combinadas casi siempre con estrategias de exposición. En otros términos, la terapia cognitiva es una adaptación de teorías relacionadas con las fobias y sus programas terapéuticos, una de las conocidas la terapia racional emotiva de Ellis, también el entrenamiento en inoculación del estrés por Meichenbaum o la terapia racional sistemática de Golfried. La finalidad de estos programas es producir cambios en los patrones de pensamiento, persistiendo en la diferencia entre pensamientos realistas e irrealistas o la diferencia entre posible y probable, en el entrenamiento se pretende que los pacientes fóbicos permitan la exposición al estímulo fóbico con la menor ansiedad anticipatoria posible y con capacidad de adaptación de sus reacciones motoras y fisiológicas (Bados, 2001).



Figura 12.
Fuente: Shutterstock/644805682

La exposición por medio de la realidad virtual se ha propuesto como una alternativa a los procedimientos de exposición real o *in vivo*. La tecnología virtual genera en la persona la sensación de presencia o inmersión en el entorno virtual. No obstante, hay una diferencia del sistema multimedia, ya que la persona no solo cumple el rol de espectador, sino que el paciente debe mantener la sensación de estar sumergido en el contexto.

Para que esto se cumpla se debe incluir la forma natural con el movimiento de cabeza y cuerpo del paciente. En la medida en que la realidad virtual consiga ese efecto, se puede hablar de una exposición real, con las siguientes características: muchos estímulos reales pueden ser costosos de adquirir, dificultando una sesión de exposición real, la realidad virtual facilita que el terapeuta tenga el control del contexto sin desplazarse al mismo, así mismo el escenario virtual permite conducir el contexto sin que surjan estímulos o situaciones imprevistas; resumiendo, con la realidad virtual hay mayor seguridad y privacidad del paciente, así como mayor control de variables (Capafons, 2001).

Para esta terapia también se observan desventajas o limitaciones: la primera, no suplanta con totalidad la exposición real, pues para el paciente será mejor llegar a la exposición real; la segunda, el costo del hardware y del software no es contemplado en mayoría de los clínicos; tercero, no todos los pacientes se adaptan con facilidad al pretender sentir en un mundo que en si no es real; cuarto, no se encuentran estudios basados en la realidad virtual comparados con técnicas imaginativas o de sugestión siendo las segundas menos costosas. La mayoría de los pacientes comentan que esta técnica se asemeja al

contexto de un videojuego que al de cualquier película. De tal forma que las ventajas de la realidad virtual se ven implicadas con la calidad de los programas, a mayor avance tecnológico se podrá hablar de un uso productivo y eficiente de la exposición virtual (Capafons, 2001).

Tratamiento Trastorno de pánico

Los tratamientos para el Trastorno de pánico han mostrado mayor efectividad para la reducción de los síntomas es el de control del pánico de Barlow (2009) y la terapia cognitiva de Clark (2010), estos según la APA son los tratamientos más exitosos, sin embargo, se puede prescindir de ejercicios de respiración controlada y diafragmática porque puede constituirse en una conducta de seguridad, con un nivel de reducción de síntomas de pánico de tres meses y seis meses y 2 dos años, disminuyendo también la evitación exteroceptiva (evitación de lugares) y la interoceptiva (evitación de malestar fisiológico y preocupaciones), aumenta también la autoeficacia percibida y la tolerancia al malestar. Si hay correlación con patologías mentales graves, es importante usar tratamiento de tipo conductual dialéctica y complementar con tratamientos farmacológicos; otro aspecto importante es identificar y resignificar la percepción subjetiva del paciente respecto a sucesos vitales relacionados con el inicio del trastorno (Caneo, Chamorro, Kramp, y Vergara, 2016).

Es necesario conocer más datos, para tener fundamento estricto relacionado con el (mito de la comorbilidad), el (mito de la generalizabilidad a la práctica clínica). Según Otto, Pollack y Maki, 2000, es de relevancia la utilidad y la conveniencia de los programas de tratamientos cognitivo comportamentales, mirando el coste

beneficio, en otras palabras, entraría en materia de investigación, mejorar los tratamientos empíricamente aprobados y efectivos, conocer evidencia empírica respecto a otros tratamientos que aporten a muchos más trastornos y poco a poco ir revelando los avances en conocimientos y nuevos tratamientos para publicarlos a las entidades que manejan las políticas de salud igual que a la sociedad en general (Botella, 2001).

Tratamiento Trastorno obsesivo compulsivo

Es materia de investigación, todo lo relacionado con el apoyo que realiza la familia a los pacientes con TOC favorece el tratamiento mediante exposición. Este abordaje se da desde la psicoeducación que incluye a familiares cercanos al paciente, lo cual permite la reducción de sintomatología durante el tratamiento, y se observa una mejora más significativa en el mismo post-tratamiento (Vallejo, 2001).

Se ha pretendido conocer la eficacia de la terapia cognitiva de Beck en el abordaje del TOC, al hacer un estudio hacen comparación de la terapia cognitiva adecuada al tipo de distorsiones cognitivas que se manejan en el Trastorno obsesivo compulsivo con la Exposición con Prevención de Respuesta (EPR), durante las seis primeras sesiones se manipularon los grupos experimentales.

En el grupo de terapia cognitiva no se asume experimentos conductuales y en el EPR se rehusó hablar sobre las consecuencias catastróficas de las obsesiones. Al conocer los resultados mostraron que la terapia cognitiva y la EPR cumplen la misma eficacia al reducir sintomatología obsesivo-compulsiva. El estudio fue metodológicamente propicio, con ciertas fallas, ya que el tratamiento EPR planteado no

cumplió los parámetros adecuados para proporcionar su total eficacia, como se observa en esta explicación; se efectuaron 16 sesiones de exposición, con una duración de solo 45 minutos. El estudio es discutido debido a la baja riqueza de resultados de la EPR frente a los alcanzados en otras investigaciones (Vallejo, 2001).

Tratamiento para estrés postraumático

Un tratamiento que tuvo amplia difusión fue el de procesamiento y Desensibilización a Través del Movimiento Ocular (DRMO) la cual no presenta en la actualidad una rigurosidad en los procesos metodológicos, ya que no es muy claro el papel que desempeñan los movimientos oculares en el tratamiento de este trastorno. Se ha analizado la técnica concluyendo que los movimientos oculares no son fundamento claro y útil en la recuperación del trauma. Así mismo, no se evidencia ganancia terapéutica de relevancia al lado de las técnicas de exposición convencionales o con otras terapias conductual-cognitivas (Báguena, 2001).



Instrucción

Antes de terminar invitamos a realizar la actividad de aprendizaje: prueba objetiva trastornos mentales y sus tratamientos.

Por otro lado, el uso de la inoculación de estrés para el tratamiento de la ira, que es una respuesta constante luego de una experiencia traumática que acompaña generalmente al TEPT. La activación de la ira en la exposición prolongada puede considerarse como una barrera para el funcionamiento eficaz del tratamiento; se planteó la eficacia de un programa de tratamiento

de la ira logrando la unión de las diferentes técnicas en manejo de la ansiedad con la terapia cognitiva. Sin desconocer que las técnicas para el manejo de la ansiedad requieren de soporte empírico en el tratamiento de los síntomas del TEPT, su utilización se considera beneficiosa aportando a otros tratamientos (Báguena, 2001).

Sarason y Sarason (2006), identificaron que algunos autores sustentan que el trauma no es solo una condición médica, pero se observa el apoyo de los programas familiares y comunitarios para generar bienestar de algunas personas y tener efecto mejor que los mismos enfoques psicoterapéuticos formales.



Ejemplo

Por ejemplo, muchas de las personas directamente afectadas por el hecho del 11 de septiembre de 2001 encontraron consuelo, no en la conocida psicoterapia tradicional, sino en rituales de luto, en la creación de altares locales y ofreciéndose como voluntarios para ayudar a otros.

Algunos críticos, basados en los resultados de un estudio de pruebas controladas aleatorias, consideran que el interrogatorio y otras intervenciones psicológicas tempranas pueden acrecentar la posibilidad de que se desarrolle el Trastorno de estrés postraumático, pues la experiencia permanece viva y puede incrementar la ansiedad. De esta manera solo las personas que han experimentado un trauma y continúan con los síntomas muchos meses después del incidente requieren tratamiento; intervenir a todos seguidamente puede interferir con el proceso curativo normal.

Conclusión

En este eje se contextualizo el rol del psicólogo al ámbito colombiano, identificando las principales funciones y acciones en el marco de la evaluación y tratamiento de los trastornos más prevalentes en la población, además, se identificaron algunos tratamientos que han mostrado alta efectividad a través de algunos estudios, lo cual permite que se reconozca el impacto y la importancia de una buena formación que permita responder a las necesidades

en términos de salud mental evidenciadas en la población.



Instrucción

Para finalizar no olviden realizar la actividad evaluativa de este eje: informe psicológico personal.

American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.)*. Washington, Estados Unidos: APA.

Bados, A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la agorafobia. *Psicothema*, 13(3), 453-464.

Bados, A. (2015). *Trastorno por estrés postraumático*. Barcelona, España: Universidad de Barcelona.

Báguena, M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el estrés post-traumático. *Psicothema*, 13(3), 479-492.

Barlow, D. y Durand, V. (2007). *Psicopatología*. Madrid, España: Thomson.

Belloch, A., Sandín, B., y Ramos, F. (2008). *Manual de psicopatología*. Madrid, España: McGraw Hill.

Botella, C. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno de pánico. *Psicothema*, 13(3), 465-478.

Caballo, V. (2005). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*. México: Ediciones Pirámide.

Caneo, P., Chamorro, A., Kramp, P., y Vergara, P. (2016). *Eficacia de una intervención en terapia cognitivo-conductual de formato grupal para el manejo del trastorno de pánico con y sin agorafobia en atención primaria*. (Tesis maestría) Universidad de Chile, Chile.

Capafons, A. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para la ansiedad generalizada. *Psicothema*, 13(3), 442-446.

Colegio Colombiano de Psicólogos (2013). *Perfiles por competencias del profesional en psicología*. Recuperado de http://www.colpsic.org.co/imagenes/Perfiles_por_competencia_del_profesional_en_psicologia.pdf

López, A. (2008). *La intervención psicológica: características y modelos*. Barcelona España: Universidad de Barcelona.

Mañas, I. (2007). Nuevas terapias psicológicas: La tercera ola de terapias de conducta o terapias de tercera generación. *Gaceta de Psicología*, 40, 26-34.

Moriana, J., y Martínez, V. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(2), 81-100.

- Navarro, D., García-Heras, S., Carrasco, O., y Casas, A. (2008). Calidad de vida, apoyo social y deterioro en una muestra de personas con trastorno mental grave. *Psychosocial Intervention*, 17(3), 321-336.
- Otto, M, PoJack, M., y Maki, K. (2000). Empirically supported treatments for panic disorder: costs, benefits, and stepped care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68, 556-563.
- Páez, B., y Gutiérrez, M. (2014). *Múltiples aplicaciones de la terapia de aceptación y compromiso*. España: Ediciones Pirámide.
- Perestelo, L., Pérez, J., González, M., y Serrano, P. (2011). Eficacia de los tratamientos basados en mindfulness para los trastornos de ansiedad y depresión: una revisión sistemática. *Revista De Psicopatología y Psicología Clínica*, 16(2), 1-14.
- Rubio, G. (2014). *Psiquiatría: bases científicas para el manejo clínico*. España: Editorial Médica Panamericana S.A.
- Sarason, B. (2006). *Psicopatología. Psicología anormal: el problema de La conducta inadaptada*. México: Editorial Pearson Prentice Hall.
- Sarason, I. y Sarason, B. (2002). *Psicología anormal*. México: Prentice Hall.
- Toro, R., et ál. (2017). Variables transdiagnósticas predictoras de los problemas emocionales y afectivos en una muestra colombiana. *Duazary: Revista Internacional de Ciencias de la Salud*, 15(2), 143-155.
- Vallejo, M. (2001). Tratamientos psicológicos eficaces para el trastorno obsesivo compulsivo. *Psicothema*, 13(3), 419-427.
- Zamorski, M. y Albucher, R. (2002). What to do when SSRIs fail: Eight strategies for optimizing treatment of panic disorder. *American Family Physician*, 66, 1477-1484.

PSICOPATOLOGÍA

Diana Pulido

EJE 4

Propongamos




¿Qué alternativas puede plantear el psicólogo para mejorar el tratamiento de las enfermedades mentales?

En este eje se pretende que el estudiante proponga alternativas a través del diseño de guías de manejo, protocolos, folletos, cartillas y otros recursos comunicativos que permitan socializar con su entorno estrategias psicoeducativas, correlacionando causas, consecuencias, formas de evaluación efectivas y tratamientos con evidencia empírica para cada uno de los trastornos mentales estudiados a fin de impactar de manera positiva en su entorno y contribuir a un manejo más científico y humano de las personas que padecen trastornos mentales, potencializando factores protectores que favorezcan una mejor adaptación en sus diferentes sistemas de funcionamiento.

Pero en principio se trabajará una herramienta ampliamente usada para evaluar en el ámbito clínico, que es el examen mental que busca complementar la evaluación multifuente abordada en el eje 3, se tendrá en cuenta la psicopatología de las funciones relacionales como la actitud, atención y conciencia, orientación y sueño, la psicopatología de las funciones cognoscitivas como la percepción, lenguaje, pensamiento y raciocinio, memoria e inteligencia, afectividad y juicio y la psicopatología de las funciones comportamentales.

Examen mental y
funciones cognitivas,
conductuales y
relacionales



Uno de los elementos centrales en el marco de la evaluación clínica es la realización del examen mental, que se relaciona directamente con las funciones relacionales cognitivas y comportamentales que permiten describir a través de la observación, el lenguaje y la conducta no verbal del evaluado su estado mental, evaluando aspectos motores, cognitivos y afectivos del paciente, específicamente porte y actitud, orientación, sueño, afecto, atención, pensamiento, lenguaje, estado de conciencia, sensopercepción, memoria, inteligencia, juicio de realidad, *insight*, conducta motora.

Porte y actitud configuran la descripción general del paciente e incluyen:

1. La evaluación sobre su forma de vestir, presentarse, contacto visual, conducta no verbal, postura, aseo y porte, signos de ansiedad o de tristeza.
2. Por su parte la orientación busca comprender si la persona tiene clara la relación entre tiempo, espacio y persona, es decir, dónde está, quién es y ubicación de fecha, día y hora.
3. Respecto al sueño, se evalúa cantidad y calidad del sueño, identificando hipersomnia, insomnio y parasomnias.
4. El afecto hace referencia al estado emocional que se ha mantenido en el tiempo reciente como elevación del estado de ánimo o euforia, exaltación, tristeza, apatía, miedo, ansiedad, pánico, melancolía, depresión, irritabilidad, entre otras.
5. En el proceso atencional se identifica su aumento (hiperprosexia), disminución (disprosexia) o ausencia (aproxesia), la orientación de su cuerpo hacia estímulos particulares, la focalización a algún estímulo ambiental y la concentración evidenciada en la entrevista (Rubio, 2014).
6. El pensamiento se relaciona con alteraciones en el curso (asociación y velocidad entre las ideas), la forma (presencia de pensamiento mágico, ilógico) y el contenido (identifica ideas y temáticas relacionadas con distintos tipos de delirios como de culpa, ruina, celos, persecución, entre otros).
7. En el lenguaje se evalúa alteraciones en el mismo en términos de ausencia, intensidad, ritmo, articulación, tartamudez, repetición y comprensibilidad (nuevas palabras, incoherencia), alteraciones del lenguaje mímico y escrito (disgrafía, dislexia, agrafia).
8. Estado de conciencia que se relaciona con el estado de vigilia o alerta, capacidad de conexión con su entorno, identificando si está en estado de alerta o somnolencia en el momento de la entrevista; en sensopercepción se evalúa presencia de alucinaciones, ilusiones, despersonalización.
9. En memoria identifican tres tipos: inmediata, reciente y remota, se evalúa la presencia o ausencia de amnesias para evocar información del pasado o la capacidad de almacenar nueva información, alteración en reconocimiento, uso de fantasía en sus relatos.

10. a evaluación de inteligencia se relaciona con su formación y vocabulario, nivel Leducativo y socioeconómico, y en general la capacidad de adaptación y funcionalidad en su entorno.
11. El juicio de realidad permite la evaluación de la situación actual en relación con su experiencia previa relacionado con la valoración de personas, enfermedad y proyectos en el futuro.
12. El *insigth* es la capacidad de percibir e identificar estados mentales propios y su capacidad de reflexión, es el grado de conciencia y comprensión del paciente de sentirse enfermo.
13. Y la conducta motora se relaciona con la falta, disminución o aumento de voluntad de realizar actos motores y repetición de conductas (Rubio, 2014).



Instrucción

Invitamos a revisar el recurso de aprendizaje: organizador gráfico, infografía sobre examen mental.

Atención



Desde los planteamientos clásicos, la atención está unida a la concentración: la atención implica un proceso de focalización perceptiva que amplía la conciencia clara y distinta de una reunión de estímulos. Esto, en definitiva, origina que las psicopatologías de ambas no se diferencien. De tal manera que las psicopatologías atencionales se ubican en un margen normalmente cuantitativo de la concentración. La vigilancia y la claridad de la conciencia son condiciones necesarias para que la atención funcione correctamente, entonces, vigilancia y concentración se asemejan a vigilia, concretando al llamado vigilia-sueño, estas propuestas básicas suelen tener en cuenta al explorar la psicopatología atencional, y se puede encaminar hacia el tipo de alteraciones bajo este proceso (Belloch, Sandín y Ramos, 2008).

Figura 1.
Fuente: Shutterstock/343322531

Scharfetter, citado por (Belloch, Sandín y Ramos, 2008) en su escrito *La psicopatología general* (1977), habla sobre atención y concentración, definiendo la atención como la orientación (activa o pasiva) de la consciencia cada vez que experimenta algo. Concentración es la permanencia centralizada de la atención, el autor realiza la siguiente clasificación de los trastornos atencionales:

1. El primero, falta de atención y trastorno de la concentración: se define como incapacidad o capacidad disminuida para enfocar, concentrarse y orientarse hacia un objeto, es decir incapacidad de prestar atención permanentemente a una determinada actividad, objeto o vivencia, la persona se mantiene distraída y no se concentra con facilidad.

2. También le llamó *aproxia* al nivel más agudo de distraibilidad y la ausencia completa de atención, el segundo lo denominó *estrechamiento de la atención*, refiriéndose a la capacidad de concentrarse solo en unas pocas cosas, toma como ejemplo, la fijación sobre alucinaciones, o la vivencia delirante intensa, entre otras.

3. El tercer trastorno lo llamó *oscilaciones de la atención y de la concentración*: hace referencia a las alteraciones en cuanto a la duración de la atención, observando que depende del interés que tome la persona hacia un objeto, etc., se puede ver en un maníaco lleno de ocurrencias, ideas e impulsos no fija ni mantiene su atención sobre algo explícito (atención fluctuante, distraibilidad, debilidad de concentración).

Respecto a la atención selectiva se concibe como la destreza o capacidad para separar los estímulos relevantes de los irrelevantes, se ha aclarado los modelos estructurales, que, debido a la baja capacidad de la atención, la persona elige una señal o una secuencia de señales y descarta lo demás. Este fenómeno no se clasifica solo en lo patológico, entonces se puede pensar que una persona tenga la capacidad para seguir una fuente de información aun cuando en el mismo contexto hay otros estímulos por atraer la atención. El autor señala que es un fenómeno relacionado con la atención selectiva, dando explicación a los modelos estructurales.



Figura 2.

Fuente: <https://albacallejapsicologa.com/2016/06/08/atencion-selectiva/>

Bajo este enfoque la psicopatología está interesada en los cambios y en la atención como respuesta al estrés, es de esta manera que en las situaciones estresantes o de alta peligrosidad se provocan cambios corporales y cambios en los procesos cognitivos (Reed, 1988). A niveles atencionales, el foco de la atención se recarga y se limita, las particularidades del estímulo amenazador hacen que toda la atención se reúna en ese estímulo y no mire las demás señales.



Ejemplo

Por ejemplo, una noche al regreso a casa con los amigos y al final de la calle se observa una silueta de un sujeto aparentemente peligroso, que se le puede llamar un atracador, posiblemente frente a esta señal de amenaza se estará pendiente del atracador y sus movimientos, disminuyendo la atención a la conversación que se sostenía con los amigos, (las situaciones estresantes no indican solamente peligro o amenaza física).

De otra manera las situaciones estresantes pueden ser a nivel social cuando algún factor va en contra de la autoestima, otro ejemplo, una persona tímida para hablar en público en un banquete, seguramente solo atiende a las palabras y a la reacción del homenajeador sin darse cuenta que alrededor están sucediendo otras cosas.

Anteriormente el término vigilancia fue empleado para designar un estado de alta receptividad o hipersensibilidad hacia el medio o hacia fracciones del medio. (Ruiz y Botella, 1981), propone que la vigilancia indica la fijación atencional determinado por la propia tarea, sin conocer bien la actitud o estado de la persona, las tareas de vigilancia son aquellas de larga duración permitiendo que la persona identifique un estímulo que aparece repentinamente.

Para este autor la investigación se centra en dos aspectos:

- a. Estudio del nivel general de vigilancia: en este nivel influyen varios factores, entre ellos el nivel de activación tónica que significa cambios relacionados con el organismo para procesar un estímulo: por ejemplo, ciclo día-noche.
- b. Estudio de la disminución de la vigilancia a lo largo de una tarea: esta disminución se ve implicada por la activación tónica, en este caso la personalidad, entonces los introvertidos mantienen grados más altos de activación que los extrovertidos, entre otros; los incentivos, la probabilidad de aparición de las señales y muchos más (Belloch, Sandín y Ramos, 2008).

Desde otra óptica, la vigilancia excesiva o hipervigilancia también se ha estudiado en pacientes con trastornos de ansiedad generalizada y en personas sin trastornos con puntuaciones altas en ansiedad-rasgo. Eysenck en 1997 propuso una teoría cognitiva sobre la vulnerabilidad al trastorno de ansiedad generalizada, que tiene como base esencial la hipervigilancia. De tal forma el autor sostiene la idea que el funcionamiento atencional (hipervigilante) de los pacientes ansiosos y de los individuos en la categoría en ansiedad-rasgo es análogo.



Figura 3.

Fuente: <https://es.globalvoices.org/2014/06/23/demanda-ante-el-tribunal-administrativo-detengan-la-vigilancia-de-medios-sociales-en-egipto/>

La hipervigilancia se puede revelar de diversos modos: el primero, hipervigilancia general que se demuestra por una tendencia a tomar atención a cualquier situación no precisa para la tarea que se presenta; el segundo, una magna exploración ambiental, que implican numerosos movimientos oculares rápidos en el campo visual; el tercero, hipervigilancia específica, enfocada en atender selectivamente a estímulos correspondidos con la amenaza antes que a estímulos neutrales; el cuarto, una amplificación de la atención antes de la localización de un estímulo sobresaliente; el quinto, se disminuye la atención cuando se da fuerza al estímulo sobresaliente (Belloch, Sandín y Ramos, 2008).

Memoria

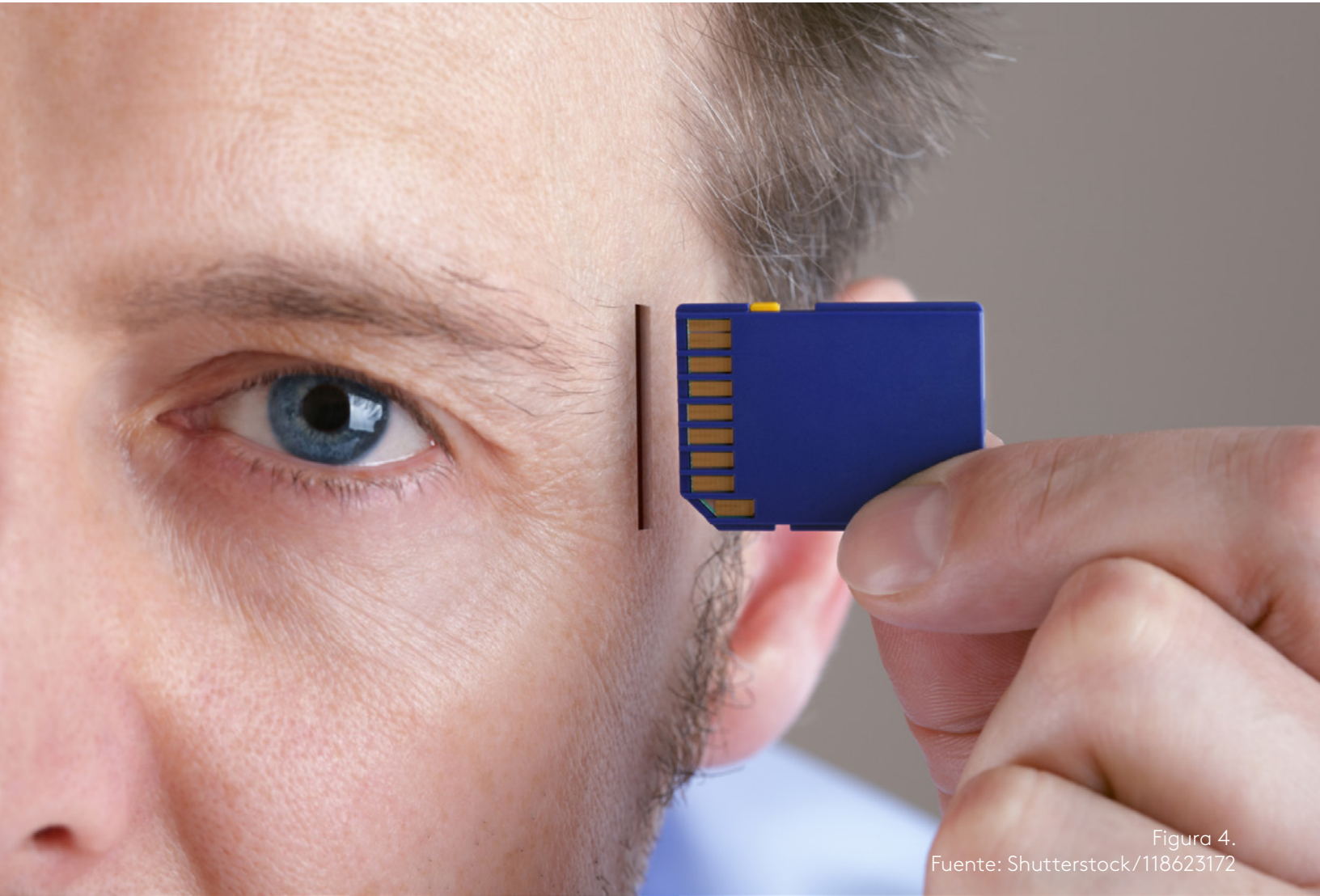


Figura 4.
Fuente: Shutterstock/118623172

En la memoria se recopilan los conocimientos de cada ser humano y respecto a lo que le rodea, en otras palabras, se conservan las experiencias de la cotidianidad y la identidad. El funcionamiento de la memoria se ve asociada con otros procesos previos como los estados de alerta y los procesos atencionales, de tal manera que si hay fallas en la memoria será necesario definir si hay otro proceso responsable (Caballo, 2005).

Se expondrá lo relacionado con las amnesias funcionales o psicógenas, la mayor parte de ellas incluidas dentro de la categoría de los trastornos disociativos. En estos trastornos se puede estudiar detalladamente la amnesia, ya que la sintomatología fundamental de los mismos se basa en una alteración de las funciones integradoras de la identidad, la memoria o la conciencia (APA, 1994).



Figura 5.
Fuente: Shutterstock/495549493

En estas alteraciones se da una pérdida de memoria autobiográfica, (amnesia disociativa, en general esto es, episodio de incapacidad momentánea para recordar información personal significativa, no se explica como un olvido sencillo ya que sus características son marcadas (APA, 1994). En este tipo de amnesia, el paciente no identifica datos importantes sobre sí mismo, como su nombre, edad o dirección. El inicio de la amnesia psicógena, que se presenta de manera inesperada y brusca, generalmente se da luego de un episodio altamente estresante o presentar una historia de amnesia orgánica de años anteriores.

También en los estados de fuga se produce una pérdida marcada de identidad personal relacionada con un acontecimiento emocionalmente impactante para la persona al mismo tiempo este experimenta una privación de sentimientos durante la fuga. Al igual que en la amnesia psicógena, la alteración en la identidad finaliza tan desproporcionadamente como comenzó. El final de la fuga se acompaña de amnesia retrógrada (total o parcial) para la etapa de la huida. Posteriormente en la mayoría de los pacientes se recobra su identidad, pero reconocen que algo extraño sucedió en sus vidas y ese episodio no lo recuerdan o si lo hacen es muy mínimo (Belloch, Sandín y Ramos, 2008).

La depresión o la tristeza, tiene una implicación fundamental en la capacidad atencional, el estado de ánimo regula la localización de los recursos de procesamiento, no obstante, si el estado de ánimo es de humor deprimido abarcaría gran parte de la capacidad atencional afectando la capacidad atencional para otras actividades, pero no en las actividades automáticas, pues no requieren recursos atencionales.

Por otro lado, se investiga la labor de la memoria implícita en los pacientes ansiosos, comprobándose que se daba un sesgo de memoria para el contenido amenazante, únicamente en las tareas de memoria implícita, pero no en la explícita, por lo tanto, si la memoria implícita obedece a un procesamiento automático y estos procesos resultan más activos en los sujetos ansiosos que no en los sujetos ansiosos en la codificación del material amenazante, esto ampliaría la información respecto al

sesgo en la memoria implícita obteniendo ventajas con el contenido amenazante en la ansiedad.

De otra manera, las representaciones de ansiedad en la memoria parecen ser más accesibles, con esta accesibilidad de la información amenazante en la memoria de los pacientes ansiosos pueden explicar, a su vez la presencia de esos pensamientos persistentes y recurrentes relacionados con la ansiedad (Belloch, Sandín y Ramos, 2008).

Las alteraciones de la conciencia pueden implicar distintos niveles de gravedad, es decir con características relevantes cada uno. Entonces pueden encontrarse alteraciones puramente cuantitativas, focalizando el deterioro en una disminución del nivel de alerta. También se hallan las alteraciones cualitativas describiendo la disminución de los niveles de vigilia, de otra manera hay una limitación del campo de la conciencia, quizás por una alteración global del juicio de la persona (pudiendo incluir alucinaciones, delirios, etc.) o como resultado de ambas.

Para evaluar la orientación se aprecia la capacidad de la persona para saber quién es y quienes son los demás, en qué lugar se encuentra y en qué momento (hora, fecha, etc.). Es una función profundamente ligada a la memoria, a la claridad y coherencia de la conciencia. Si se presenta una alteración por condición orgánica, primero se presenta la desorientación temporal, posteriormente la espacial y por último la personal (Caballo, 2005).

Pensamiento



Figura 6.
Fuente: Shutterstock/231366088

El contenido del pensamiento es un criterio a evaluar durante toda la entrevista y su alteración suele ser uno de los síntomas que los clínicos deben tomar en cuenta, especialmente los delirios y las obsesiones. En la exploración del pensamiento se indaga sobre: las preocupaciones, creencias, ideas, etc., que las personas tienen acerca de sí mismas, lo que le rodea, el pasado, el futuro, entre otras. También se debe mirar si los pensamientos se exceden en lo asombroso, irracional, fantasioso, etc.; si son compartidos por otros integrantes del grupo social al que pertenece la persona, cómo han comenzado a mantenerse, si se considera cambiar las ideas o no, cómo esto impacta en su cotidianidad, el grado de convencimiento.

No se debe olvidar preguntar por las preocupaciones principales de la persona y aunque puedan no contener ideas delirantes, obsesivas, es necesario identificar cuáles son, en qué medida preocupan a la persona e interfieren en su funcionamiento diario.

1. Regularmente las preocupaciones se vinculan con las emociones, especialmente con la depresión y la ansiedad.
2. Las preocupaciones en la depresión se llaman rumiaciones y casi siempre se ven unidas a situaciones negativas del pasado con forma de autorreproches.
3. En el caso de la preocupación ansiosa los pensamientos giran alrededor de situaciones del futuro sobre los cuales no se sabe que sucederá en el futuro. Lo que preocupa aquí al individuo es que el resultado no sea beneficioso, esto suele acompañarse del temor y de sentimientos de ansiedad.

En esta evaluación se debe identificar la presencia de ideas de violencia tanto hacia uno mismo (ideación suicida) como hacia otros (ideación homicida) despejando el mito de que “es mejor no hablar de ciertos temas para no darle ideas al paciente”.

Respecto a la ideación suicida, esta puede variar en su intensidad, se puede presentar desde ideas de muerte, como el deseo de morirse, pero sin un plan determinado hasta el plan de suicidio e intento suicida, es conveniente facilitar la expresión de la persona para conocer las ideas de muerte, se debe preguntar directamente como menciona Gómez (2012), sobre temas relacionados con la existencia de trastornos psiquiátricos, dificultad en control de impulsos, tratamientos psicológicos previos, historia familiar psiquiátrica o de suicidio, desesperanza, presencia o ausencia de apoyo social, presencia de eventos vitales estresantes y estimación del riesgo suicida, importante hacer énfasis en las razones que la persona tiene para vivir (Caballo, 2005).

Exploración de los afectos y emociones

La evaluación del estado de ánimo, se debe hacer durante el tiempo de la entrevista, valorando el lenguaje no verbal (movilidad, postura, mínima entonación, etc.), como las expresiones verbales y solicitando a la persona que informe cómo se encuentra a nivel emocional. Respecto a la explicación dada por la persona acerca de su humor puede cambiar el significado a lo que es directamente psicopatológico, se debe incentivar a la persona que construya sus respuestas, y conocer el significado cuando dice que está nervioso, triste, deprimido. También hay que evaluar la frecuencia con que aparecen las emociones lo cual informa si el estado de ánimo actual difiere del estado de ánimo propio del paciente, si hay cambios diarios o no (Caballo, 2005).

Resumiendo, en la exploración psicopatológica se debe evaluar, al menos las emociones más significativas. Ocuparía el primer lugar la ansiedad describiéndose desde un sentimiento transitorio y adaptativo hasta un síntoma exacerbado vinculándolo a trastornos mentales y enfermedades médicas, para ser clasificado como patológico debe ser desadaptativa y desproporcionada con relación a la amenaza.



Figura 7.
Fuente: Shutterstock/732833647

En la exploración hay que mostrarse tranquilo y alentador, no invalidar las emociones del paciente, ser muy cuidadoso con el manejo del lenguaje verbal y no verbal evitando gestos de desaprobación o desagrado, control del tono de la voz, contacto visual y siempre mostrar una actitud de escucha empática, evitando la consejería como estrategia de apoyo, motivando a la persona a expresar sus preocupaciones, no olvidar registrar manifestaciones conductuales (por ejemplo, conductas de evitación de seguridad presentadas por el paciente), las cognitivas (preocupaciones, temores excesivos e irracionales, pensamientos catastróficos) y las fisiológicas (sudor, palpitaciones, temblores, rubor, taquicardia). Hasta aquí se describieron los aspectos más relevantes a evaluar en la práctica clínica desde el examen mental como evaluación básica en el contexto de la psicopatología.

En las siguientes páginas se abordarán algunas estrategias de difusión y comunicación del que hacer del psicólogo enmarcado en avances investigativos con terapias validadas empíricamente.



Instrucción

No olvidar realizar la actividad de aprendizaje: caso simulado, examen mental.

Generalidades en investigación empírica sobre trastornos mentales

Para desarrollar guías, protocolos, cartillas y demás recursos es necesario identificar aspectos centrales en la literatura, es por ello que a continuación, se relacionan las investigaciones más recientes sobre los trastornos mentales más prevalentes en la población.

Trastornos de ansiedad

Las características básicas de las personas que sufren un trastorno de ansiedad se relacionan con un patrón comportamental de evitación y tensión, aprensión y temor ante amenazas que no representan un peligro real. Las causas implican cuatro tipos de influencias:

1. Las biológicas se refieren a la vulnerabilidad de tipo hereditario a experimentar ansiedad, implica la activación de circuitos cerebrales específicos, sistemas neurohormonales y algunos neurotransmisores.

2. Las sociales, el apoyo social juega un papel determinante en la reducción o intensificación de los síntomas y las reacciones físicas y emocionales.

3. Las conductuales centradas en la evitación de personas, situaciones o estímulos que le generen ansiedad.

4. Las emocionales y cognoscitivas se asocian a una sensibilidad acentuada a situaciones, personas o estímulos interpretadas como amenazantes, se asocia con la tendencia al catastrofismo.

Los tratamientos con más alta efectividad para este trastorno son:

- a. La terapia cognitivo conductual (exposición sistemática a situaciones, personas o estímulos que producen ansiedad, sustitución de pensamientos y conductas por otros más funcionales, y aprender estrategias de afrontamiento, entrenamiento en relajación y respiración).
- b. El tratamiento farmacológico (se usan antidepresivos y benzodiazepinas).
- c. Otros tratamientos centrados en la psicoeducación en estilos de vida saludables (patrones de sueño y alimentación adecuados, práctica de ejercicio físico, consumo nulo o limitado de sustancias psicoactivas), es importante tener en cuenta estos datos al momento de evaluar, socializar y tratar este tipo de trastornos (Barlow y Durand, 2007).



Ejemplo

Sin embargo, estudios más recientes incluyen otras terapias que han mostrado alta efectividad, por ejemplo, la terapia cognitivo conductual integrativa, que busca usar las técnicas que han mostrado más efectividad en el tratamiento de diversos trastornos en los últimos tiempos, desde una perspectiva articuladora.

Las aplicaciones que se han hecho en distintos trastornos

En el trastorno bipolar el modelo cognitivo se usa para que los pacientes aumenten su nivel de autoconciencia respecto a evaluaciones polarizadas que hacen de sus estados internos, incluyendo además de técnicas clásicas, cognitivo conductuales las técnicas metacognitivas, también se han creado modelos de la terapia emergente al trastorno de déficit de atención con hiperactividad, la esquizofrenia, bulimia nerviosa, trastornos de ansiedad en general y depresión.

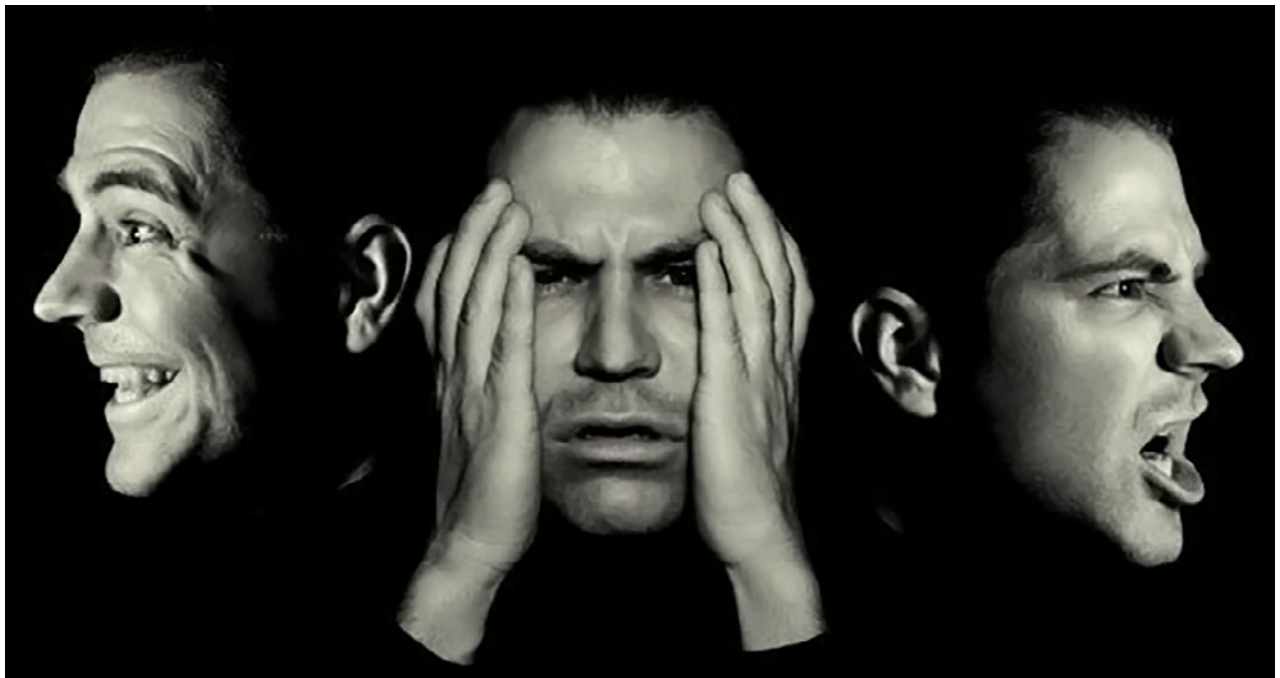


Figura 8.

Fuente: <https://mejorconsalud.com/los-grandes-mitos-del-trastorno-bipolar/>

Dos elementos centrales que contribuyen a las terapias efectivas son la alianza terapéutica y el uso de guías de tratamiento, este modelo de integración inició con la terapia dialéctico conductual de Linehan, también la terapia cognitiva-analítica de Ryle, la terapia de esquemas de Young, y finalmente, autores como Hayes se opusieron a este fenómeno integrativo creando el funcionalismo contextual que promueve la validación de experiencias disfuncionales y facilitar una actitud de aceptación y compasión en vez de buscar el cambio, incluyendo el uso de técnicas orientales como

la meditación, sintetizada en la terapia de aceptación y compromiso.

Estas terapias se circunscriben a lo que se ha denominado terapias contextuales que se basan en el conductismo radical y buscan cambiar la relación y reacciones con relación a los eventos o acontecimientos y a los pensamientos, emociones y conductas del propio individuo, se basan en investigación básica y buscan que el individuo acepte el malestar psicológico provocado por experiencias privadas o públicas (Fernández y Fernández, 2017).



Ejemplo

Un estudio que permite explicar factores de riesgo y protección que influyen en la ansiedad social en la adolescencia es el de Gómez, Casas y Ortega, (2016), encontrando que las principales consecuencias de este trastorno en esta edad se relacionan con bajo rendimiento escolar, victimización por parte de sus pares, ideación suicida, este es un trastorno que suele disminuir con la edad, por tanto, es muy importante trabajar en este grupo poblacional la competencia social, el ajuste a las normas, favorecer la prosocialidad y la autoestima, así como favorecer en los padres prácticas parentales que se adapten al desarrollo evolutivo de sus hijos y que sean positivos, esto implica que no haya sobre implicación emocional, ni altos niveles de crítica, ni hostilidad, en cambio que haya promoción de la autonomía y afecto para fomentar la responsabilidad y la autorregulación.

Trastornos somatomorfes y disociativos

Los trastornos somatomorfes son: la hipocondriasis, el trastorno por somatización, el trastorno de conversión y el trastorno dismórfico corporal, para los tres primeros trastornos el tratamiento se centra en resolver el estrés de vida o conflicto de reducir las conductas de búsqueda de ayuda, facilitar el restablecimiento de confianza y cuestionar la percepción de la enfermedad, de estos el de mayor prevalencia es el trastorno dismórfico corporal que se caracteriza por una fealdad imaginada en alguna parte del cuerpo, se

asocia al trastorno obsesivo compulsivo y se caracteriza por la idea intrusiva de tener un defecto físico, el tratamiento más eficaz es el cognitivo conductual y puede en algunos casos servir los tratamientos con fármacos.

Los trastornos disociativos son: el de identidad disociativa, el de despersonalización, la fuga disociativa, la amnesia disociativa y el trastorno de trance disociativo. El que más investigación ha tenido es el trastorno de identidad disociativa en el que la persona asume diferentes identidades también conocidas como álter ego o personalidades, este trastorno es poco común en la cultura occidental y, además, se ha asociado desde el punto de vista etiológico a la vulnerabilidad biológica, abusos en la infancia. La vida fantásica tiene como función el escape a su realidad que de manera inicial es automática y luego se convierte en involuntaria, hay un rasgo de alta sugestión, el fin del tratamiento es reintegrar las identidades que se han fragmentado y es muy similar al trabajo con estrés postraumático (Barlow y Durand, 2007).

Fernández y Fernández (2017), dan prioridad a los recientes abordajes transdiagnósticos que integran la explicación de procesos básicos a la psicoterapia.



Ejemplo

Ejemplo de ello es el estudio de la regulación emocional, el enfoque terapéutico no se centra ahora en trastornos específicos sino en fenómenos psicopatológicos transversales y en los tratamientos que mayor **eficiencia** hayan demostrado como la exposición, el manejo de la evitación experiencial, la reevaluación cognitiva y la regulación emocional, el objetivo básico de esta nueva perspectiva es ir más allá de los logros específicos de una técnica particular y de un trastorno específico y centrar su utilidad a la ayuda de los pacientes.



Eficiencia

Es lograr los objetivos clínicos planteados con el menor costo posible, es decir, obtener el máximo beneficio con recursos limitados tanto en lo sanitarios como en lo social (Medrano y Moretti, 2016).

Trastornos del estado de ánimo

Son el trastorno depresivo mayor, la distimia y los trastornos bipolares, dos de las condiciones que se pueden experimentar, por su parte en el trastorno bipolar son la manía (elevación de energía y confianza que favorece la conducta insensata) y la depresión (disminución de energía, interés confianza y disfrute de la vida). Estos trastornos suelen precipitarse por cambios de vida positivos o negativos o enfermedad de cualquier tipo.



Figura 9.

Fuente: <http://www.laopiniondetrujillo.com/opinion/curro-guadiana/estado-animo/20131112183806001724.html>

Las causas implican cuatro tipos de influencias:

1. Las biológicas se asocian a vulnerabilidad genética, privación de sueño y alteraciones en el ritmo circadiano, neurotransmisores y sistemas neurohormonales.
2. Las sociales se asocian con ser mujer o pertenecer a una minoría, sensación de poco control del ambiente, impacta en la disminución o aumento de los síntomas.
3. Las conductuales, descuido de deberes y apariencia, irritabilidad.
4. Las emocionales y cognitivas se relaciona con la dificultad de experimentar placer y del deseo sexual, dificultades de memoria y concentración, desesperanza adquirida, exceso de culpa, pensamientos suicidas, entre otras.
5. El tratamiento retoma terapias de primera, segunda y tercera generación (barlow y durand, 2007).

Rivero y Rodríguez (2016), realizaron un estudio para identificar la **efectividad** de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) en un trastorno del estado de ánimo en un paciente con cáncer, encontrando que presentaba evitación conductual hacia estímulos que consideraba altamente aversivos acompañados de síntomas como insomnio, aislamiento, llanto, alteraciones en sus hábitos alimentarios, pensamientos de minusvalía y activación fisiológica, se trabajaron 14 sesiones que incluyeron técnicas de la ACT, como la desactivación de funciones verbales, la desesperanza creativa, la pérdida de control sobre eventos privados y la clarificación de valores que tuvieron como fin mejorar la calidad de vida promoviendo la flexibilidad psicológica. Con la implementación de este tratamiento se logró una disminución del malestar emocional reportado y la activación conductual a través de las acciones orientadas a valores que le permitieron acceder a contextos reforzantes que disminuyeron los síntomas depresivos.



Efectividad

Este busca determinar si el tratamiento evaluado produce efectos medibles en el ambiente clínico real (Medrano y Moretti, 2016).

Con relación a la importancia de la prevención de trastornos afectivos en la infancia el artículo de Acosta (2014) realiza una revisión de literatura disponible para orientar la investigación de estas patologías, aproximadamente 130 artículos entre el 2005 y el 2010, encontrando que los síntomas de ansiedad y depresión presentan alta comorbilidad y prevalencia en la infancia, sin que los criterios apliquen para diagnosticar el trastorno esta sintomatología interfiere en el funcionamiento social, escolar y familiar del menor, al ser parte de los trastornos internalizantes tienen menos probabilidad de recibir tratamiento de manera oportuna.

Como factores de riesgo identificaron síntomas depresivos en la madre y síntomas de ansiedad fóbica en el padre, en términos de las acciones que los profesionales de la salud mental deben realizar para prevenir estos trastornos se sugieren:

1. Desarrollar estudios sobre comorbilidad de estos trastornos en toda la población.
2. Desarrollar autoinformes que sean más efectivos para identificar los síntomas, contrastando esta información con entrevistas clínicas que también son susceptibles a mejora.
3. Realizar más investigación que busque determinar la efectividad de técnicas y realizar prevención en los preescolares para disminuir su incidencia.

Trastornos alimentarios

Son básicamente la anorexia, la bulimia y la obesidad, las causas de las dos primeras son: de tipo social el énfasis cultural en estereotipos de belleza centrados en la delgadez que favorece la insatisfacción corporal, así, como la exposición constante a modelos normalizados de belleza en diferentes ámbitos de socialización, preocupación por el peso y el alimento; de tipo biológico bajo control de impulsos, irritabilidad y tendencia a la perfección; y de tipo psicológico, disminución de confianza y sentido de control asociado a baja autoestima e imagen corporal distorsionada.



Figura 10.
Fuente: Shutterstock/570040627



Figura 11.
Fuente: Shutterstock/131375909

De la obesidad también se identifican causas sociales como uso de tecnología y aparatos electrónicos que favorecen el sedentarismo y el consumo de alimentos altos en grasas; causas psicológicas como dificultades en control de impulsos, actitudes, motivación hacia el acto de comer; y causas biológicas como metabolismo, niveles de actividad y tendencia a la acumulación de grasa corporal. Los tratamientos más efectivos incluyen: la terapia cognitiva conductual, uso de fármacos antidepresivos, terapia familiar, hospitalización en algunos casos, y programas de modificación conductual (Barlow y Durand, 2007).

Vásquez, Urrejola, y Vogel (2017), identifican las guías de tratamiento orientadas a los trastornos de la alimentación en niños, niñas y adolescentes, encontrando que el rol del psicólogo se orienta al manejo de la adherencia al tratamiento, trabajo con la red familiar del paciente y focalización en conducta alimentaria, específicamente el NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) sugiere que el rol del psicólogo se debe enfocar en un manejo estructurado y focalizado de la conducta alimentaria, y en la intervención familiar en niños y adolescentes, por su parte la APA sugiere la terapia familiar en niños y adolescentes y describe poca efectividad en psicoterapia individual en casos agudos.

Es destacada la escasez de guías clínicas en Latinoamérica, especialmente para casos anorexia nerviosa a nivel intrahospitalario, se sugiere orientar esfuerzos a la prevención desde políticas en salud mental y a la creación de guías clínicas que se ajusten al contexto colombiano.

Trastornos de personalidad

Importante recordar que estos trastornos están incluidos en tres categorías:

- Grupo A caracterizados por ser raros o excéntricos (esquizoide, esquizotípica y paranoide).
- Grupo B caracterizados por ser dramáticos, emocionales y erráticos (histriónico, límite, antisocial y narcisista).
- Los del grupo C caracterizados por ser ansiosos y temerosos (evitativa, dependiente y obsesiva compulsiva).

En el grupo A

En el trastorno paranoide caracterizado por la suspicacia extrema se han identificado como causas creencias de que el otro es malvado, mentiroso o amenazador y su tratamiento se orienta a la terapia cognitiva para modificar estas ideas, aunque tiene baja tasa de éxito.

El trastorno esquizoide caracterizado por el aislamiento social, se puede asociar con baja densidad en los receptores de dopamina, prefiere estar solo, carece de habilidades sociales, poco interés en vincularse con otros, limitación en vivencia de emociones, son indiferentes a la crítica y a la aprobación, el tratamiento se realiza a través de juego de roles y busca dar valor a las relaciones sociales.

El trastorno esquizotípico caracterizado por la desconfianza y el comportamiento extraño, prefieren estar solos, experimentan ansiedad social, falta de habilidades sociales, creencias, conductas o forma de vestir extraña, el tratamiento se centra en el entrenamiento de habilidades sociales y uso de fármacos como el haloperidol.

En el grupo B

La personalidad histriónica se caracteriza por ser excesivamente emocional, sus causas se relacionan con impulsividad y dificultad de postergar el reforzador, tendencia a la irritabilidad, búsqueda constante de aprobación, el narcisista tiene características similares.

Guías en psicología

El trastorno antisocial se caracteriza por la violación a los derechos de los demás, hay combinación de vulnerabilidad biológica con influencias del ambiente, baja excitación cortical y alto umbral de miedo, sus causas se asocian a estrés o exposición a situaciones traumáticas, patrones de crianza inconsistentes, poca o nula empatía, en el contexto de la información presentada es importante que los psicólogos centren sus acciones en la prevención de los trastornos en las escuelas, evitando las escaladas de trastornos del comportamiento a trastorno de personalidad. El límite se caracteriza por inestabilidad en relaciones interpersonales y dificultad en regular las emociones, se asocia a impulsividad, alteraciones del estado de ánimo, antecedentes de maltrato infantil y abuso sexual, el tratamiento con mayor efectividad es la terapia dialéctica conductual.

En el grupo C

El trastorno de personalidad obsesiva compulsiva se centra en los detalles y tendencia al perfeccionismo, sus causas se relacionan con orientación al trabajo, pensamiento rígido, dificultad en expresión emocional, dependencia de las rutinas y tendencia al aplazamiento.

El trastorno dependiente se asocia a la pérdida temprana de un cuidador principal, tendencia a la pasividad y la timidez, sensibilidad ante la crítica y necesidad constante de aprobación.

El trastorno por evitación se asocia a baja autoestima, miedo al rechazo y sensibilidad extrema, el tratamiento como la desensibilización sistemática puede ser efectiva y la terapia cognitiva conductual (Barlow y Durand, 2007).

Las guías, son pronunciamientos, declaraciones o informes que sugieren y/o recomiendan unas líneas de intervención determinadas, así mismo indican el actuar del profesional ante diversas circunstancias. Las guías facilitan la orientación para que los profesionales de alta calidad presten un servicio adecuado en las diversas problemáticas y actuaciones.

El término guía se refiere a un apoyo donde se conoce el deber actuar de una determinada manera, mas no es una orden u obligación (en contraposición a los estándares que son procedimientos de obligado cumplimiento para el profesional dentro de un servicio asistencial). Las guías son flexibles y permiten seleccionar una actuación efectiva y adaptable a las diferencias personales o ambientales, se debe tener en cuenta que no se aplica a todas las situaciones (Moriani y Martínez, 2011).



Lectura recomendada

Sección teórica capítulo 1, páginas 9 a la 25.

Prácticas basadas en la evidencia: ciencia y profesión en el campo de la salud

Leonardo Adrián y Luciana Sofía Moretti

Según la APA (2002), es importante aclarar la diferencia entre las guías prácticas y las guías de tratamiento. Las guías prácticas son recomendaciones dirigidas a profesionales para conocer su conducta

ante diversos problemas en las notables temáticas de actuación, para ser consideradas en algunas áreas o ámbitos específicos de intervención, en otros términos, lo que se pretende es recomendar sobre tratamientos concretos o aplicaciones de procedimientos de intervención (Moriana y Martínez, 2011).

En cuanto a las guías de tratamiento se especifica cuáles son los mejores tratamientos que pueden utilizarse y sus condiciones delimitadas de aplicación. Todos los esfuerzos van direccionados hacia el usuario o paciente buscando el procedimiento más eficaz de acuerdo con la problemática presentada (APA, 2002; Becoña et ál., 2004).

En esta misma línea, un tratamiento psicológico es una intervención profesional, especializada, enfocada en aminorar el sufrimiento de una persona y/o brindar herramientas para afrontar los problemas de la vida cotidiana. Un tratamiento completo requiere de procedimientos de evaluación, diagnóstico e intervención que hayan podido superar una comprobación experimental con éxito y evidencias científicas que afirman que es eficaz, práctico o eficiente para una situación adversa o trastorno determinado.

Los autores Turner, Beidel, Spaulding y Brown (1995), por su parte opinan que la eficacia de los tratamientos, debe cumplir tres pasos; el primero, **eficaces**, es decir óptimos resultados en investigaciones controladas, siguiendo los presupuestos mencionados anteriormente; segundo, **efectivos**, es decir si contribuyen a la mejora de la problemática de la persona en el contexto de la práctica clínica habitual; tercero, **eficientes**, si su aplicación en realidad presenta beneficios satisfactorios y bajo costo frente a otras alternativas al problema (Moriana y Martínez, 2011).



Ejemplo

La APA propone también otros criterios, por ejemplo, una herramienta para poder realizar un proceso de evaluación estandarizado de las guías de tratamiento promoviendo la orientación para grupos de investigación y/o profesionales que se encuentren en el ámbito público y privado y aspiren trabajar en el diseño de guías.

El *Treatment Guideline Checklist* (TGC) (APA, 2002), recopila ciertas características primordiales contenidas en una guía de tratamiento con tal de obtener un buen diseño y redacción de la misma, así mismo presentar rigurosidad para ser competente a las condiciones científicas de validación de tratamiento. Estos ítem notifican sobre los criterios, que deben ajustarse a una política rigurosa de diseño y evaluación estandarizados. No se deja de lado que la relevancia de los diferentes criterios en el cuestionario modificará según la guía, el no seguimiento o ausencia de determinados criterios en cualquiera de ellas puede dar viabilidad a la insuficiencia del documento y no ser apto para ser aprobado por un comité de expertos (Moriana y Martínez, 2011).

El NICE es una organización independiente, encargado de suministrar guías de tratamiento al sistema público sanitario del Reino Unido (*National Health Service-NHS*). En esta organización se desarrollan guías clínicas, guías para la evaluación de tecnologías, guías de procedimientos de intervención y guías de salud pública.

Las guías elaboradas siguen las direcciones de la ciencia basada en la evidencia y abarcan todas las especialidades médicas. Sus trabajos se relacionan con la información, educación y consejos, también son gestores de campañas o programas de prevención y tratamientos específicos para atención primaria, secundaria y servicios especializados, toman interés por todas las especialidades médicas (con énfasis casi siempre hacia lo social y educativo).

Son desarrolladas por equipos profesionales (independientes) con especialidad en la metodología basada en la evidencia y en las áreas específicas de los temas correspondientes a cada guía (cabe anotar que para la ejecución de las guías de salud mental están involucrados el Royal College of Psychiatrist y la British Psychological Society. Su diseño sigue un proceso estandarizado, dándole relevancia a la evaluación interna y externa, teniendo en cuenta la exploración de la literatura científica y la participación de usuarios, colectivos profesionales e investigadores.

1. Como primera medida se toma la decisión sobre el tema que se quiere desarrollar en la guía (este puede ser propuesto por cualquier interesado, aunque será un comité científico el que finalmente decida sobre qué tópico se trabajará).
2. Como segunda medida, se informa a las organizaciones profesionales y del paciente para inscribirse como participantes en el proceso (Moriana y Martínez, 2011).
3. Luego de los dos puntos mencionados anteriormente, el National Collaborating Centre (NCC) toma la responsabilidad de desarrollar la guía y se forma el grupo de trabajo contando con profesionales de la salud, expertos técnicos y representantes de los pacientes, posteriormente se desarrolla el producto, tomando como referencia la evaluación de la evidencia disponible y llegar a realizar las recomendaciones oportunas en la guía. Después hay un periodo en el que se expone a consulta pública (se tiene en cuenta las recomendaciones oportunas) para pasar a evaluación externa.

4. Al cumplir con estos puntos anteriores se finaliza el proceso, la organización NICE aprueba la guía decisiva y la presenta al NHS (el Sistema público de salud puede proporcionar acreditación positiva de la calidad de la evidencia).
5. Para finalizar, el proceso dura alrededor de 18 a 24 meses, aunque con la "short clinical guideline" su duración es de 11 a 13 meses y empleadas casi siempre en los casos determinantes a desarrollar una guía para un problema naciente (Morian y Martínez, 2011).

En el caso de Colombia el Ministerio de Protección Social en conjunto con Colciencias en el 2010 desarrollaron la guía metodológica para el desarrollo de guías clínicas, que tiene como objetivo establecer una línea de ruta sobre los pasos para desarrollar guías de práctica clínica basadas en la evidencia teniendo como referencia las metodologías internacionales, adaptarlas y evaluarlas al contexto colombiano. Además de estos objetivos se buscó desarrollar guías de atención integral que incluyen recomendaciones clínicas basadas en la evidencia, evaluación económica y estudios de impacto, estandarizando así metodologías que guíen la práctica clínica y aplicando el proceso de medicina basada en la evidencia, sometida a evaluación crítica, multidisciplinaria y producida por un proceso estructurado.



Instrucción

Con relación de esta problemática invitamos a ver el recurso de aprendizaje: animación guía de práctica clínica para la depresión en Colombia.

<https://vimeo.com/254537329>

Las guías de práctica clínica desarrolladas en Colombia ofrecen información veraz, concisa y práctica que favorece la toma de decisiones clínicas, estas guías se han desarrollado por sociedades científicas y universidades como instrumentos orientadores de las acciones más apropiadas para el tratamiento de diversas enfermedades, sin embargo, solo un tercio se usa en este contexto.

Actualmente hay 56 guías de distintas especialidades, en las que se incluyen tres guías de práctica clínica en psiquiatría desarrolladas en el 2013 y 2014, para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación funcional de la esquizofrenia, el episodio depresivo y el abuso de alcohol. Estas guías se socializan como documentos digitales en tres versiones, la versión completa, la versión para profesionales y la versión dirigida a pacientes, son escasamente utilizadas por su complejidad, extensión de los documentos, razón por la cual se crea un portal para comprender la razón de ser y las estructuras de las mismas, y facilitar su implementación por los profesionales del país (Suárez, et ál., 2016).



Lectura recomendada

Capítulo 2, páginas 111 a la 149.

Formulación y tratamiento psicológico en el siglo XXI

Francisco José Eiroá Orosa, María José Fernández Gómez y Rubén Nieto Luna

La **psicología clínica basada en la evidencia** se aplica para la comprensión, diagnóstico y tratamiento de los diferentes trastornos, métodos que son contrastados científicamente. Todo lo anterior se direcciona para un mejoramiento empírico y autocrítica continúa favoreciendo a los pacientes, logrando mejorar la labor que realizan los psicólogos clínicos y generar reflexión acerca de su trabajo y rol. Así, por esta razón surge la inquietud cuando una persona afirma que el tratamiento es eficaz, pues se debe colocar el interrogante en qué pruebas se basa para afirmarlo. Actualmente, se considera que el máximo nivel de evidencia está recopilado en los estudios metaanalíticos de ensayos controlados y aleatorizados.

En los últimos quince años en la psicología clínica, se incrementa la preocupación por mantener la rigurosidad para evaluar la **eficacia** de las terapias psicológicas. De otra manera ya no se toma como principal interés la validez de las psicoterapias en su conjunto o la aplicación a problemas psicológicos inespecíficos, como sucedía en las últimas décadas, sino se da mayor importancia a la evaluación de tratamientos eficaces para trastornos determinados en muestras clínicas determinadas.

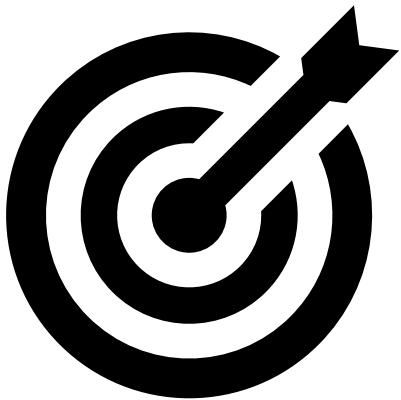


Figura 12.
Fuente: Shutterstock/383640433

Hay tres tipos de eficacia:

1. La primera consta de un tratamiento eficaz y específico: aquel que es mejor que un tratamiento alternativo o el uso de placebos.
2. El segundo es el tratamiento eficaz: aquel que es mejor a cambio de la no realización de terapia por lo menos en dos estudios independientes.
3. El tercero es el tratamiento probablemente eficaz: se obtienen resultados positivos pero que no han sido replicados todavía (Echeburúa, Salaberría, De Corral, y Polo, 2010).

Realizar terapia psicológica no está reducida a tan solo la aplicación de técnicas, sino también contar con habilidades sociales y humanas para establecer una relación que genere alivio o disminución del sufrimiento, ser recursivo para obtener información, ordenarla y retroalimentar al paciente, de modo que le permita una comprensión de las causas y el mantenimiento de sus problemas. Si el psicólogo cumple con lo anterior con objetividad se puede aplicar técnicas que conduzcan a la modificación de pautas de comportamiento, cognitivas y emocionales. En resumen, lo terapéutico no es solo la técnica, sino también la interacción con el otro, el modo de evaluar, el modo de explicar al paciente como entender su situación y el modo de realizar nuevos aprendizajes (Echeburúa, Salaberría, De Corral, y Polo, 2010).



Eficacia

Es la capacidad que tiene la intervención psicoterapéutica de producir cambios psicológicos en la dirección deseada, cambios que deben ser superiores a otros tratamientos disponible o a la no realización de ningún tratamiento (Medrano y Moretti, 2016).

Psicología clínica basada en la evidencia

"Integración de la mejor investigación disponible con la destreza clínica en contextos de características del paciente, cultura y preferencias" (APA, 2006, p. 273).

Con el fin de unificar conceptos se resume que el psicólogo clínico no se hace mejor como profesional si maneja con exactitud la teoría o el que más experiencia tiene, definitivamente debe desarrollar diversas habilidades entre estas (conocimientos profesionales y continuamente capacitarse, facilidad para adaptarse a los cambios, mantener adecuadas relaciones interpersonales para trabajar en equipo o motivación por la profesión), así mismo desarrollar la inteligencia emocional, mantener la autoestima, todas estas condiciones sustentan el desempeño adecuado de la psicología clínica (Echeburúa, Salaberría, De Corral, y Polo, 2010).



Instrucción

Antes de finalizar es necesario realizar la actividad de aprendizaje: prueba objetiva guías de tratamiento clínico.

El diseño o planificación de un tratamiento explícito debe elaborarse con la finalidad de estructurar y organizar la intervención que se quiere realizar. En su estructura se debe especificar las fases o bloques y debe tener un formato estandarizado para aplicarse de forma genérica a todo tipo de casos y también a casos concretos. Este esquema o plan de trabajo incluye las siguientes fases:

1. Evaluación mediante entrevista semiestructurada.
2. Elaboración de hipótesis o modelos explicativos.

3. Retorno inicial de información.
4. Facilitar cuestionarios que ahonden en el problema (actividad en casa, analizar en segunda sesión).
5. Estudiar posible diagnóstico por medio de cuestionarios de tamizaje y entrevista estructurada diagnóstica.
6. Selección de modelos explicativos.
7. Unificación de objetivos terapéuticos.
8. Selección de técnicas de tratamiento para cada objetivo.
9. Devolución de información más completa.
10. Aplicación de las técnicas y entrenamiento.
11. Evaluación de logros y objetivos.
12. Prevención de recaídas.
13. Evaluación postratamiento y seguimiento (Echeburúa, Salaberría, De Corral, y Polo, 2010).



Instrucción

Si desea conocer más sobre un caso específico invitamos a revisar el recurso de aprendizaje: demostración de roles, juego de roles en torno al análisis de un caso en una persona diagnosticada con depresión.

Apoyo comunitario

El psicólogo juega un papel relevante en el apoyo social a la población con trastornos mentales graves, dado que se evidencia estabilidad sintomatológica y adherencia a los tratamientos. De tal manera que el apoyo social sigue siendo un factor protector de los problemas mentales, por tanto, el psicólogo debe orientar su trabajo a la promoción de la creación y mantenimiento de sistemas de apoyo social efectivos a nivel familiar, comunitario y en otros escenarios que favorezcan la integración de las personas a grupos sociales.

De acuerdo con los reportes, la relación entre los resultados en apoyo social percibido y salud mental positiva es reveladora en países europeos. España presenta una de las correlaciones más altas. Por otro lado, las personas con Trastorno Mental Grave (TMG) no mantienen redes sociales fortalecidas, y el apoyo social generalmente se refiere a la familia o al propio sistema de cuidados sociales y sanitarios.

Dada la información anterior, es necesario contribuir en los programas, específicamente para las personas escasas en redes sociales, en este texto se abordaron diferentes alternativas de acción con las que los profesionales en psicología pueden contribuir a mantener la salud mental de la población a través de estrategias de prevención, creación e implementación de políticas públicas, guías de atención clínica, programas de promoción de la salud, entre otras (Navarro, García-Heras, Carrasco y Casas, 2008).



Instrucción

Para concluir, no olviden realizar la actividad evaluativa: proyecto de aula cartilla dirigida a profesionales sobre un trastorno mental.

- Acosta, K. (2014). La comorbilidad de síntomas ansiosos y depresivos en la niñez. nuevas directrices de investigación. *Revista de Psicología GÉPU*, 5(2), 15-31.
- Barlow, D. y Durand, V. (2007). *Psicopatología*. Madrid, España: Thomson.
- Belloch, A., Sandín, B., y Ramos, F. (2008). *Manual de Psicopatología*. Madrid, España: McGraw Hill.
- Caballo, V. (2005). *Manual para la evaluación clínica de los trastornos psicológicos*. México: Ediciones Pirámide.
- Echeburúa, E., Salaerría, K., De Corral, P., y Polo, R. (2010). Terapias Psicológicas Basadas en la Evidencia: Limitaciones y retos de futuro. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 19(3), 247-256.
- Fernández, H., y Fernández, J. (2017). Terapia cognitivo conductual integrativa. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 22(2), 157-169.
- Gómez, A. (2012). Evaluación del riesgo de suicidio: Enfoque actualizado. *Revista Médica Clínica Condes*, 23(5), 607-615.
- Gómez, O., Casas, C., y Ortega, R. (2016). Ansiedad social en la adolescencia: factores psicoevolutivos y de contexto familiar. *Psicología Conductual*, 24(1), 29-49.
- Ministerio de la Protección Social, Colciencias, Centro de Estudios e Investigación en Salud de la Fundación Santa Fe de Bogotá, Escuela de Salud Pública de la Universidad de Harvard (2010). *Guía metodológica para la elaboración de guías de atención integral en el Sistema General de Seguridad Social en Salud colombiano*. Bogotá, Colombia: Ministerio de la Protección Social y Colciencias.
- Moriana, J., y Martínez, V. (2011). La psicología basada en la evidencia y el diseño y evaluación de tratamientos psicológicos eficaces. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 16(2), 81-100.
- Navarro, D., García-Heras, S., Carrasco, O., y Casas, A. (2008). Calidad de vida, apoyo social y deterioro en una muestra de personas con trastorno mental grave. *Psychosocial Intervention*, 17(3), 321-336.
- Reed, S. (1988). A comparison of nurse related behavior, philosophy of care and job satisfaction in team and primary nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 13, 383- 395.

Rivero, P., y Rodríguez, A. (2016). Terapia de aceptación y compromiso en un caso de trastorno mixto de ansiedad y depresión en una paciente con cáncer. *Psicooncología*, 13(1), 101.

Ruiz, J., y Botella, J. (1981). Limitaciones de procesamiento y selectividad atencional. *Estudios de Psicología*, 7, 30-41.

Rubio, G. (2014). *Psiquiatría: bases científicas para el manejo clínico*. España: Editorial Médica Panamericana S.A.

Suárez, F., et ál. (2016). Portal de Guías de Práctica Clínica: estrategia digital (e-learning) para la difusión de guías de práctica clínica desarrolladas en Colombia. *Universitas Médica*, 57(1), 44-57

Vásquez, N., Urrejola, P., y Vogel, M. (2017). An update on inpatient treatment of anorexia nervosa: practical recommendations. *Revista médica de Chile*, 145(5), 650-656.

Esta obra se terminó de editar en el mes de Septiembre 2018
Tipografía BrownStd Light, 12 puntos
Bogotá D.C,-Colombia.



AREANDINA

Fundación Universitaria del Área Andina

MIEMBRO DE LA RED

ILUMNO