

CAPÍTULO 1

La psicología clínica como campo profesional

La psicología clínica es un campo en continua transformación disciplinaria y profesional que requiere de reflexión, actualización y renovación constantes.

La psicología clínica, constituye un campo heterogéneo de teorías y procedimientos. Esta heterogeneidad se presenta como una diversidad, que de acuerdo con Pérez (1998) “...raya, incluso, en doctrinas y prácticas contradictorias” (p. 78).

Se dice que el psicólogo clínico trabaja en la promoción de la salud mental y en la intervención y rehabilitación de las personas con trastornos mentales y físicos. Esta rama de la psicología surge de la tradición en las profesiones de ayuda para atender la patología o anormalidad, el termino surge de la etimología griega *klinós* que significa cama, en este sentido el clínico “...se inclina sobre el que yace en la cama”. La orientación clínica se dirige a quien tiene problemas y trastornos, enfatizando en el caso individual; pero sobrepasa el campo de la anormalidad y la patología, porque en muchos casos los psicólogos clínicos manejan eventos normales, cotidianos o extraordinarios, que de algún modo afectan a las personas en su desarrollo y bienestar. Así, ante la opinión pública, existe la noción de que el psicólogo es, el profesional de ayuda, quien coadyuva y facilita la intervención

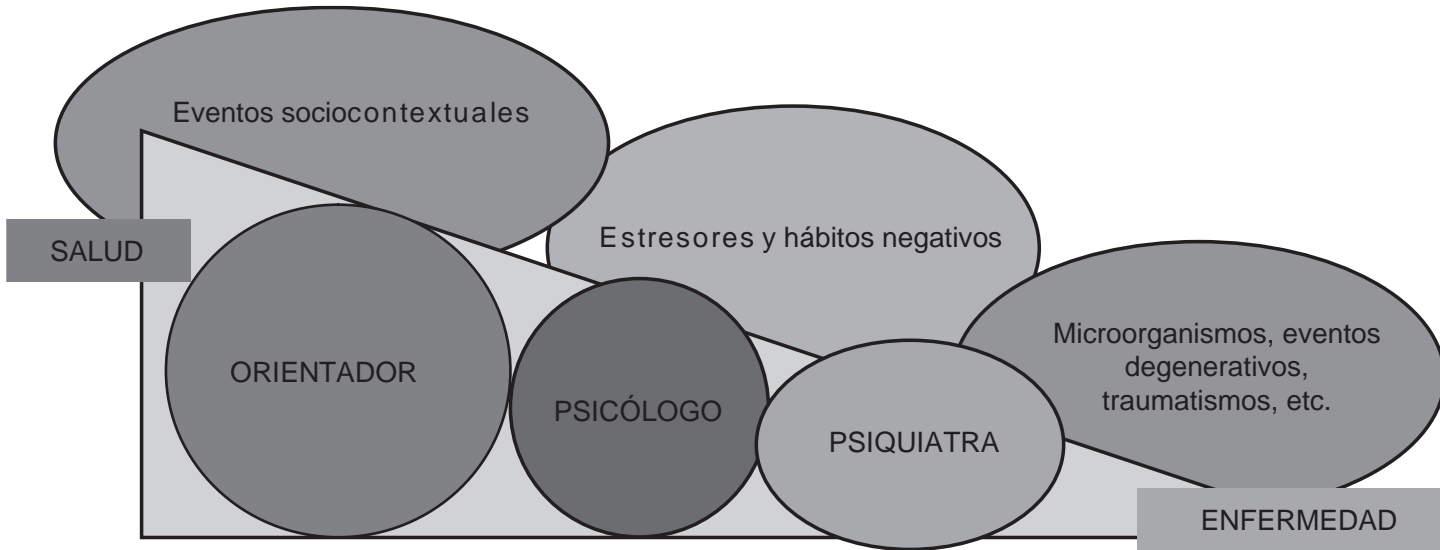


Figura 1-1. Profesiones de ayuda.

de personas con sufrimiento y angustia por procesos de pérdida, en casos de decisión dilemática o ante los problemas de vida y de pareja.

En el campo profesional, los psicólogos clínicos trabajan en la rehabilitación de personas con accidentes vasculares cerebrales, con esquizofrenia y depresión, con adicciones, autismo, educación especial y otros males y patologías; pero constantemente abordan problemas de identidad en la adolescencia, duelos y procesos de pérdida, problemas laborales, de pareja y de preparación para la muerte, eventos normales y esperados, pero que afectan el bienestar de la persona.

A pesar de la historia de la psicología, afectada por escuelas doctrinarias de pensamiento, con posturas dogmáticas excluyentes, cónclaves y otras vicisitudes. En los albores del siglo XXI, las diversas tendencias comienzan a converger en dos aspectos concretos: en el consenso de ciertas competencias profesionales específicas necesarias para la práctica y en la aceptación más extendida de explicaciones biológicas para muchos de los trastornos.

En la tradición psicológica, el campo clínico enfatiza la necesidad de visualizar al individuo dentro de su historia, contexto, tareas del desarrollo y fortalezas y vulnerabilidades, entre los muchos factores a considerar simultánea e integradamente.

Además, se exige cada día más del psicólogo clínico la capacidad de interactuar con otros profesionales —de igual o mayor recelo profesional— en términos de equidad y respeto mutuo, por lo cual la formación multidisciplinaria es indispensable, al igual que una actitud de apertura, ecléctica y de autocrítica constante, así como la disposición para el trabajo en equipo.

HISTORIA

La psicología clínica comenzó como una ciencia interesada en el estudio de la conducta esencialmente anormal o desviada, abarcando una amplia variedad de fenómenos manifiestos y encubiertos, adaptativos o maldaptativos, conscientes e inconscientes.

Históricamente, algunas áreas de la psicología clínica como la fenomenología, el diagnóstico clínico y los regímenes terapéuticos derivan de la psiquiatría, otras áreas como la psicometría de los ámbitos educativos y del reclutamiento militar; la modificación conductual y el método experimental surgieron en el laboratorio y todos ellos se fueron incorporando en un campo disciplinar específico que, desde la perspectiva psicológica, pretende ofrecer servicios profesionales a las personas que acuden a consulta por padecer sufrimiento y angustia de manera primaria; o de manera secundaria, por el sufrimiento que causan otras enfermedades y condiciones.

De acuerdo con Anzola (2005) la psicología, como campo de estudio, aborda las sensaciones y motivaciones del ser humano, la compleja red de aprendizajes entrelazados que conducen al comportamiento, la personalidad y también la conducta desviada. Dada la amplitud de este concepto, la ciencia psicológica se ha especializado en distintas ramas según su objeto de estudio, dando como resultado la psicología escolar, la psicología social, la psicología experimental, la psicología industrial y la psicología organizacional, y desde luego, la psicología clínica: enfocada directamente en el ámbito de la salud, la patología mental y la adaptación y sobrevivencia ante los eventos de la vida.

En suma, la psicología clínica se ocupa de los problemas relativos al área de la salud mental. Los psicólogos clínicos evalúan, diagnostican y tratan individuos y grupos con una serie de métodos y técnicas propias, con el objeto de lograr una mejor adaptación conductual, efectividad y satisfacción personal.

La psicología clínica constituye en sí misma, un campo disciplinar complejo y más o menos delimitado, estrechamente relacionado por un lado con las ciencias médicas y de la salud y por el otro la tradición psicológica de la psicometría, la visión humanista del ser y la hermenéutica, la cual interpreta en el ser humano lo que significa la enfermedad, condición de vida y cómo ésta afecta su contexto.

Como campo profesional, la psicología clínica, aparece formalmente en 1896 en la *Penn University* cuando Lightner Witmer



Figura 1-2. Lightner Witmer, padre de la psicología clínica moderna.
www.peti.pl/wiki/Clinical_psychologists

utiliza el término “psicología clínica” para connotar sus esfuerzos realizados con personas con discapacidad intelectual. Witmer concebía la psicología como una disciplina estrechamente vinculada con la investigación científica y sometida a la prueba de la utilidad y eficiencia en la práctica.

De acuerdo con Reisman (1991), el papel terapéutico del psicólogo perfilado por Witmer es muy similar al papel del terapeuta conductual de hoy en día.

Algunos de los mitos importantes en la historia de la psicología clínica pueden remontarse a los principios del siglo XX; por ejemplo el 15 de marzo de 1907 surgió el primer número de *Psychological Clinic*, una revista fundada por Witmer para el estudio y tratamiento del retraso mental.

Al final del decenio 1920-1929, los clínicos comenzaban a inquietarse y buscaban cada vez más reconocimiento por el papel que desempeñaban, dado su interés especial y único, en 1935 el comité

de normas definió la psicología clínica como “el arte y técnica relacionados con los problemas de adaptación de los seres humanos” (Weisman, 1976: 200). En 1936 se publicó el primer texto de psicología clínica (Phares, 1999) y en 1937, se inicia la publicación de lo que hoy es el *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (JCCP), considerado el inicio de la consolidación de la psicología como un campo profesional, único y diferente de otras disciplinas.

Rodríguez (1998) opina que las dos guerras mundiales del siglo XX, contribuyeron a la consolidación de esta especialidad como disciplina científica, a través de la medición de las diferencias individuales por medio de pruebas psicológicas para el reclutamiento y el tratamiento que demandaban los veteranos de guerra, contribuyendo a la formación del psicólogo clínico como terapeuta.

Es decir, el reclutamiento y la rehabilitación implicaban fuertes necesidades de atención clínico-psicológica. Además, los psiquiatras estaban desbordados en la posguerra, cuando las prioridades y los fondos financieros abundaban para atender a quienes habían combatido, en este contexto se moldea el psicólogo clínico como psicoterapeuta y coadyuvante en trastornos mentales y psicológicos, y se le define como un científico-práctico, cobrando auge como profesional en los ámbitos institucionales.

Esta noción, es adoptada por la *American Psychological Association* (APA) que en 1945 crea la División de Psicología Clínica y en 1949 en la Conferencia de Boulder, con la finalidad de clarificar los propósitos de la formación del psicólogo clínico en tres vertientes principales: evaluación, tratamiento e investigación.

Stricker y Trierweiler (2006) argumentan que la psicología clínica debe estar basada en los postulados científicos y la práctica clínica, cimentada en pensamientos objetivos, sistemáticos y basados en la ciencia clínica. De hecho, en la agenda de la conferencia nacional de las escuelas profesionales de psicología, definieron la ciencia psicológica como el modo sistemático de investigar que exige la identificación del problema, la adquisición, la organización y la interpretación de información relativa al fenómeno psicológico observado (Peterson *et al.*, 1993).

Por tanto, el ámbito clínico puede ser considerado como un laboratorio para el psicólogo clínico y debe ser abordado con la misma disciplina, pensamiento crítico, imaginación, apertura y rigor que caracteriza al científico en cualquier otro ámbito.

LA PSICOLOGÍA EN MÉXICO

En los albores del siglo XX se observó una preocupación por la psicología en México, a decir por los libros publicados sobre el tema por las instituciones de entonces y la tendencia de invitar científicos extranjeros a eventos académicos y médicos. De acuerdo con Galindo (2006), puede hablarse de una etapa histórica anterior al surgimiento de la psicología como ciencia, cuando se aborda el estudio de temas psicológicos en el sentido más amplio del término, es decir, ligados con problemas médicos y filosóficos, desde mucho antes del siglo XIX. Por ejemplo, Valde-rama (1985) habla de una psicología mexicana en los tiempos prehispánicos y coloniales.

La psicología en el sentido moderno nació en México en 1896, cuando Ezequiel Chávez fundó el primer curso de psicología en la Escuela Nacional Preparatoria. En esta primera época de desarrollo, es notable la influencia de la psicología francesa y alemana.

En los decenios 1940-1950, la psicología es entendida fundamentalmente como una mezcla de psicoanálisis, psiquiatría y psicometría. Los escasos trabajos notables que se publicaron son casi sólo adaptaciones de pruebas extranjeras (López *et al.* 1960) y ensayos psicoanalíticos (Ramírez, 1959).

Sin embargo, a partir del decenio 1960-1969, la influencia estadounidense desplaza gradualmente a la europea. Galindo (2006) identifica tres enfoques relevantes en la psicología en México: el transcultural, el conductual y el psiquiátrico-psicométrico. El primero, el transcultural, coincide con la fundación de la licenciatura en psicología en 1959 en la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), vinculado con los psicólogos de la Universidad de Texas en Austin, y alrededor de la figura de Rogelio Díaz Guerrero.

El segundo, el conductismo, surge a finales del decenio 1960-1969, alrededor de la figura de Emilio Ribes quien, según Galindo (2006), señalaba que la única postura científica dentro de la psicología moderna la constituye el enfoque metodológico derivado de la corriente estímulo-respuesta.

El tercero, el enfoque psiquiátrico-psicométrico, es el más antiguo de la psicología mexicana, pues está vinculado directamente con las tendencias predominantes en el periodo de formación antes mencionado (década de los años sesenta). Los científicos que trabajan en este campo por lo regular son colaboradores de psiquiatras y la mayoría lo hace en la lucha de problemas como: alcoholismo, adicciones, enfermedades mentales y temas relativos al desarrollo de pruebas y escalas de uso clínico. Este último es el enfoque más apegado a la psicología clínica actual.

Sin embargo, en México, quizá no sea aventurado decir que la práctica clínica de los psicólogos fue influida con fuerza por la corriente psicoanalítica y conductual y que la distancia entre ambas se va reduciendo hacia una práctica integrada, ecléctica y con fuertes bases psicológicas.

CAMPO PROFESIONAL

La psicología clínica es una disciplina en la cual confluyen la tradición psicométrica y la psicoanalítica, es decir, el énfasis se pone en la medición de las diferencias individuales por un lado, y por el otro, en la comprensión de los mecanismos inconscientes que subyacen a la conducta. En México, los psicólogos han laborado históricamente como auxiliares psiquiátricos y como administradores de pruebas psicológicas.

Casado (1998) afirma que en el ámbito de la salud mental, la intervención del psicólogo clínico no es desde la perspectiva de enfermedad, curación, paliación de síntomas o todas, sino desde una visión más amplia del sujeto con biografía, red social, cultura y grupo social de referencia, con un medio que lo somete a un conjunto de exigencias.

La medicina conductual es una extensa área interdisciplinaria que integra los conocimientos de las ciencias conductuales, psicosociales y biomédicas para comprender la salud y la enfermedad.

A lo largo de los últimos 20 años, la medicina conductual ha hecho acopio de datos que demuestran la íntima conexión existente entre la salud mental y física. Las investigaciones han demostrado, por ejemplo, que las mujeres con cáncer de mama avanzado que participan en una terapia grupal de apoyo viven significativamente más que quienes no intervienen en este tipo de actividad (Spiegel *et al.* 1989), que la depresión predice la incidencia de cardiopatía (Ferketich *et al.* 2000) y que la aceptación realista de la propia muerte se asocia con una mayor supervivencia entre los afectados por el VIH/SIDA (Reed *et al.* 1994).

Es esta coyuntura entre la salud mental y física, la actuación en el terreno de la patología y la responsabilidad de ayudar a individuos sanos en periodos de dificultad es lo que caracteriza el campo del psicólogo clínico como profesional multidisciplinario, con fuerte necesidad de colaborar y comunicarse con otros profesionales de ayuda, tales como: tutores, psicólogos clínicos, psicoanalistas, psiquiatras y neurólogos, por mencionar algunas áreas afines.

Phares (1999) afirma que la psicología clínica es una profesión en continuo desarrollo y creación, que mantiene su visión básica de aplicar los principios psicológicos en los programas de los individuos y cuestiona si el psicólogo clínico debe formarse a nivel de licenciatura o bien de posgrado, argumenta que el título de doctor en psicología (PsyD) es la alternativa más común en EUA para los psicólogos que desean trabajar en los campos clínicos.

Norcross y Kart-Bray (1995) describieron las actividades que los psicólogos clínicos hacían en diversos ámbitos laborales, 84% manifestaron dar primordialmente psicoterapia, orientación y apoyo en el gabinete a pacientes quienes padecen trastornos mentales y otros trastornos físicos o problemas de vida y de ajuste. 66% afirmaron realizar un diagnóstico y evaluación en su práctica clínica; la mitad de ellos hacían algún tipo de labor docente, 62%

de supervisión clínica y la mitad, aproximadamente, labores de investigación, consultoría y administración de los servicios. Las anteriores, son responsabilidades profesionales del psicólogo clínico y elementos en su entrenamiento que deben estar incluidos en la formación de psicólogos clínicos; estos autores también reportaron que los principales sitios donde laboraban los psicólogos clínicos eran hospitales generales y psiquiátricos, clínicas o centros de orientación con pacientes externos y ambulatorios y sólo un tercio de ellos lo hacían en la práctica privada, ámbitos académicos de universidades, entre otros.

EL TRABAJO MULTIDISCIPLINARIO

Casado (1998) argumenta la necesidad que tiene el psicólogo clínico de trabajar con otros profesionales de un mismo equipo, y con otros equipos con perspectivas diferentes. Es cada vez más evidente la obsolescencia de muchas visiones unidisciplinarias que describen la problemática del individuo desde lo psicológico, lo social, lo educativo, lo biológico o cualquier otra disciplina particular, de manera unidimensional. Por lo anterior, el psicólogo clínico debe aprender a trabajar de manera cooperativa y multidisciplinaria. Particularmente, en las medidas de prevención, intervención o seguimiento prescritos por otros profesionales y en la implementación de acciones como adherencia a la medicación, las dietas, las terapias físicas y mentales y otras acciones adicionales necesarias para el mejoramiento del paciente.

En muchos casos, el éxito de una intervención, ya sea médica, bariátrica, física o de cualquier índole, dependerá del cambio en hábitos y conductas que será necesario enseñar, modificar, reforzar y mantener en los largos tratamientos. ¡Quién mejor que el psicólogo para tomar la responsabilidad sobre este aspecto!

El éxito en la racionalización de los sistemas de salud y de la primacía de los enfoques preventivos sobre los curativos radica en el cambio significativo de hábitos insalubres por hábitos saludables. Por ejemplo, Richart y Cabrero (1988), mostraron claramente que los fracasos terapéuticos ante muchas enferme-

dades se debían al incumplimiento o la forma incorrecta de tomar la medicación y de otro tipo de medidas como las dietéticas, la disminución de ingesta de alcohol, el tabaquismo, la falta de ejercicio, entre las más comunes. Estos autores afirman que cerca de la mitad de los fracasos en la intervención se debe a que no hay un cambio significativo en los hábitos de vida: cambiar conductas poco saludables por conductas saludables.

Así, la formación de psicólogos, que en el campo de la salud debe dirigirse a la capacitación para atender, de manera primordial, a los pacientes de una gran cantidad de enfermedades, piense sólo en la obesidad, diabetes, alcoholismo y tabaquismo, cuatro entidades patológicas que sumadas se asocian con más de 60% de las muertes en el país.

La formación del psicólogo clínico como parte de un equipo de salud, capacitado para cambiar hábitos de vida nocivos por hábitos saludables pudiera ser un escenario laboral potencialmente rentable para la atención de las enfermedades, las cuales representan gran parte del gasto público en atención para la salud.

De hecho, la implementación de la atención psicológica en los tres niveles: el primario o preventivo, el secundario o de primera atención y el terciario a nivel alta especialidad dentro de un hospital, representa una acción sensata e inteligente para optimizar los recursos en el sistema nacional de salud; sobre todo si consideramos la importancia cada vez mayor de las patologías crónicas y psicosomáticas y el crecimiento del gasto en enfoques farmacéuticos y en intervenciones de alta tecnología. Como compromiso social, la formación del psicólogo clínico deberá facilitar un uso adecuado y eficaz de los recursos y las intervenciones por parte de los usuarios.

La figura 1-1 ilustra esquemáticamente el campo del psicólogo clínico en el contexto de otras profesiones afines.

ÉTICA PROFESIONAL

No se puede soslayar la importancia de considerar los aspectos básicos y relevantes de la ética profesional en la práctica de la psicología clínica.

Arte y ciencia de la clínica

En una obra sobre la psicología clínica, un apartado dedicado para reflexionar sobre qué es la clínica, sus alcances, limitaciones y ámbitos resulta insoslayable.

Aunque el término “clínica” surge de las ciencias médicas y connota las actividades en torno al “lecho” del enfermo; en psicología este término se ha extendido al manejo con técnicas derivadas de la psicología, que se utilizan para un amplio rango de problemas, desde el manejo de personas con trastornos mentales, enfermedades psicosomáticas, problemas de ajuste, adaptación, pérdida o simplemente con deseos de autoactualización, superación personal o para la toma de decisiones difíciles o dilemáticas.

ANAMNESIS

La anamnesis se define como la capacidad del clínico para analizar los casos, realizar la investigación exhaustiva de los signos y síntomas y de la historia de la condición del paciente; gracias a ésta es posible evaluar la pericia del clínico.

Esta habilidad no es heredada ni congénita, se adquiere con la capacitación adecuada y con la experiencia. Algunas cosas de

la práctica clínica son imposibles de aprender en el aula o en los libros, las cuales se adquieren viendo, tocando, haciendo y algunas veces ¡hasta errando! Sólo haciendo se puede aprender a hacer, y en psicología, el énfasis en el entrenamiento práctico supervisado en el campo de la psicología clínica se justifica plenamente, considerando la historia de la psicología plena de enfoques teóricos y visiones a priori del paciente.

Al igual que en otras profesiones, el psicólogo clínico debe manejar conceptos elementales de la evaluación clínica y dominar algunos términos médicos, psiquiátricos, psicológicos y de atención a la salud; al igual que el médico, el psiquiatra, la enfermera y el trabajador social.

En el caso particular del psicólogo, y en virtud de que son muchos los factores que intervienen en el origen de la conducta maladaptativa, del malestar psicológico y del trastorno mental, la evaluación psicológica exige el uso coordinado de técnicas y campos muy diversos, por ejemplo elementos de evaluación física, biomédica, psicológica y también de medidas y técnicas de evaluación ambiental y del contexto.

Sin embargo, cabe resaltar que el grado y el tipo de evaluación clínica tendrán mucho que ver con la índole del proceso, el tipo de enfermedad y el propósito de la intervención.

En seguida se valoran tres aspectos esenciales del trato con el paciente, la aproximación, el examen físico y el examen mental.

APROXIMACIÓN AL PACIENTE

Muchos estudiantes y clínicos en capacitación tienen dificultades para aproximarse con los pacientes; la primera impresión y el pronto establecimiento de rapport son esenciales para una exitosa práctica clínica y sin duda la confianza en el profesional juega un papel fundamental para el pronóstico de la condición, la adherencia al tratamiento y la constancia y empeño en el mismo.

Por lo anterior, el psicólogo clínico profesional, debe causar una buena impresión en el paciente, inspirar confianza y seguridad y establecer un trato amigable, considerado y respetuoso.

En primer lugar, es importante considerar la vestimenta, aliño y apariencia del profesional, sobre todo en un contexto multiprofesional. La bata clínica es adecuada, sobre todo si en el área de trabajo existen líquidos delicados o corporales, los cuales son fácilmente identificables en una tela clara; tanto para aportar a la anamnesis como para llamar la atención de cuando es necesario lavar la prenda.

En segundo lugar, el trato con el paciente debe hacerse de manera cordial y respetuosa, dirigiéndose a él o ella por su nombre y usando el usted cuando sea necesario. Una excesiva familiaridad, a veces resulta incomoda para el paciente.

En tercer lugar, preséntese, diga su nombre y ocupación, explique el propósito de su aproximación y busque el consentimiento del paciente para el interrogatorio y los procedimientos que va usted a hacer.

EXAMEN FÍSICO

Si bien, un examen físico completo es responsabilidad primaria del médico, el psicólogo clínico debe estar capacitado en la observación de signos físicos que den información de la condición general del paciente. La habilidad de observación de elementos relevantes, de manera simple y directa del paciente, desde el porte general y el estado general de salud, por ejemplo si está alerta, consciente, y orientado durante la entrevista.

Además, debe estar capacitado para observar datos simples y evidentes de diversos trastornos mentales y de condiciones que comúnmente se tratan en el ámbito clínico.

Por ejemplo datos de inicio tardío en pacientes tratados con psicóticos; datos tempranos de síntomas extrapiramidales, problemas en la marcha, tics y otras manifestaciones de daño neurológico. Ya que el psicólogo clínico, en ocasiones tiene contacto frecuente con el paciente, está en una mejor posición para observar datos físicos de alerta, los cuales por su naturaleza muchas veces pasan desapercibidos por el paciente y los familiares, por ejemplo, cambios en la coloración de la piel sugieren ictericia,

cansancio; mientras la dificultad para respirar sugiere insuficiencia cardiaca y otras manifestaciones de trastornos patológicos primarios o bien efectos secundarios de la medicación comúnmente utilizada en los ámbitos clínicos.

Cabe señalar, que la exploración de datos neurológicos revisite particular importancia en los ámbitos clínicos.

Por lo anterior, el psicólogo clínico debe estar específicamente entrenado para valorar de forma simple ciertos reflejos del ser humano: la atención, memoria, discurso y otros aspectos que a través de la interacción con el paciente son fácilmente observables y sugerentes de la integridad del cerebro.

EXAMEN MENTAL

El examen mental es un procedimiento clínico básico cuya metodología debe ser aprendida durante la capacitación del psicólogo clínico, quien además debe mostrar las suficientes competencias de expresión verbal escritas para describir de forma clara, unívoca, precisa y breve las condiciones en las cuales se encuentra el paciente.

A través del examen mental se obtiene información respecto al grado de alerta, el juicio, la inteligencia, la memoria y el estado de ánimo del paciente. Estos son parámetros que forman parte de la evaluación del estado mental de una persona y es necesario saber identificarlos y analizarlos. Todo psicólogo clínico debe ser capaz de realizar de forma exhaustiva un examen mental del paciente.

La base del examen mental es la conversación con el paciente, a través de ésta, el clínico colecta información sobre varios parámetros indicativos de su estado mental. Desde la forma cómo el paciente se viste, se desenvuelve, el tipo de preguntas que hace, su estado de ánimo, intención y contacto afectivo, entre otros factores. En este sentido, la capacidad de interacción del paciente es clave para la realización de un examen mental completo.

De igual forma, el examen mental debe estar de acuerdo con el nivel cultural de la persona. Si la instrucción de éste es muy básica, no se le podrán solicitar operaciones complejas de tipo matemático o que requieran conocimientos que nunca adquirió. La evaluación del estado mental comprende:

Nivel de consciencia

Este parámetro se refiere al grado de alerta y orientación respecto al medio que lo rodea y se divide en tres grandes esferas: la persona, el espacio y el tiempo.

- Orientación en el tiempo: se pregunta: ¿En qué fecha estamos? ¿En qué mes? ¿En qué año? ¿Qué día de la semana es hoy?, etc.
- Orientación en el espacio: ¿Dónde se encuentra usted?
- Orientación personal: ¿Cómo se llama? ¿Quién soy yo? ¿Qué labor desarrollo? Si está presente un familiar: ¿Quién es esa persona?

Además de las preguntas para conocer el nivel de alerta de una persona se puede recurrir a otros estímulos sonoros o táctiles de distinta intensidad, algunos de los cuales pueden llegar a producir dolor, sobre todo si se quiere despertar o hacer reaccionar al paciente, teniendo el cuidado de no infligir daño. Al escribir el reporte del nivel de consciencia los siguientes descriptores son utilizados con frecuencia.

Lucidez

Estado de plena alerta, la cual corresponde a la persona normal en vigilia; quien es capaz de mantener una conversación y dar respuestas sensatas y coherentes a las preguntas simples que se le formulan.

Confusión

El estado de alerta corresponde a la persona normal en vigilia, pero cuando hay inconsistencia en las reacciones ante los

estímulos y en las respuestas formuladas, se está en presencia de una persona con confusión; por ejemplo puede contestar una cosa diferente cuando se le pregunta lo mismo, mostrarse inseguro de dónde está o qué hace y olvidar hechos recientes o cambiar el nombre de las personas que conoce. La confusión es un síndrome importante porque muchas veces no es percibido por el ojo pobremente capaz y casi siempre es sugerente de procesos patológicos en proceso, como de abuso de sustancias o de tumores cerebrales; también es característico de las etapas tempranas de demencia.

Obnubilación

El paciente se encuentra desorientado en el tiempo (no sabe la hora o la fecha) o en el espacio (no reconoce el lugar donde se encuentra); indiferente al medio ambiente (reacciona escasamente a ruidos intensos o situaciones inesperadas y está indiferente ante su enfermedad). Es capaz de responder preguntas simples y se muestra lento, somnoliento y poco reactivo.

Sopor

El paciente pareciera estar durmiendo. Si al estimularlo, despierta, pero no llega a la lucidez, y actúa como si estuviera obnubilado, respondiendo escasamente preguntas simples, se trata de un sopor superficial; al dejarlo tranquilo, el paciente vuelve a dormirse. Si es necesario aplicar estímulos dolorosos para lograr que abra los ojos o mueva las extremidades (respuesta de defensa) se trata de un sopor profundo.

Coma

El más grave y profundo de los estados deprimidos de consciencia es el coma, se establece cuando no hay ninguna reacción ante estímulos externos, incluso, los capaces de producir dolor. Pueden presentarse reacciones no voluntarias, las cuales son más bien reflejos. En muchos casos el coma precede a la muerte; pero muchas veces el paciente se recupera plenamente. El estado de coma requiere de alerta médica y supervisión constante.

Muerte cerebral

Al igual que en el coma, hay ausencia de reacciones ante todos los estímulos, además es necesario un criterio electroencefalográfico y un dictamen neurológico completo. Es importante establecer ese estado, ya que se considera irreversible y es importante en el caso de donación de órganos, los cuales pudieran ser aprovechados en pacientes con condiciones consideradas reversibles, y para procedimientos de desconexión de aparatos de terapia intensiva.

Lenguaje

La evaluación del lenguaje se aprecia si la persona es capaz de comprender preguntas u órdenes simples y responder. Formule preguntas o solicite efectuar acciones sencillas, como: “saque la lengua”, “levante las manos”, “cierre los ojos”. Por supuesto, si existe sordera o un déficit motor, la orden podría no tener respuesta por esta limitación. Otros parámetros relacionados con el lenguaje son la capacidad para nombrar objetos (p. ej., al mostrarle un lápiz o un reloj) la capacidad para leer un párrafo y escribir una frase. El buen clínico es capaz de evaluar diversas maneras de percibir el lenguaje, de procesarlo y de expresarlo. Desde luego, es necesario garantizar que el individuo entiende el idioma en el cual se le habla y que, por ejemplo, no sea analfabeta antes de pedirle leer o escribir algo.

Memoria

Es la capacidad para recordar hechos pasados. Éstos pueden ser recientes o más antiguos (hechos remotos). También se evalúa la capacidad para retener nueva información. Para investigar memoria remota, se pregunta sobre cumpleaños, fechas nacionales memorables, acerca de la familia, dónde estudió, dónde trabajó, etc. Las personas quienes están desarrollando una demencia, como se ve en la enfermedad de Alzheimer, tienden a recordar mejor los hechos remotos que los recientes.

Para la memoria de hechos recientes, se interroga sobre acontecimientos ocurridos durante el día presente y sobre aspectos que uno pueda confirmar porque algunos pacientes inventan hechos para compensar defectos de la memoria.

Funciones cognitivas superiores

Clínicamente se pueden evaluar algunas funciones cognitivas, sobre todo para evaluar la pertinencia para resolver pruebas psicológicas que midan más objetivamente el funcionamiento mental. El psicólogo, a través del interrogatorio puede explorar algunas funciones cognitivas, por ejemplo, hacer una adivinanza simple o preguntar semejanzas ¿en qué se parece una manzana a una pera? o diferencias ¿cuál es la diferencia entre un enano y un niño? o el sentido de un proverbio, puede pedirle que le explique el siguiente refrán: “No por mucho madrugar amanece más temprano”. También puede evaluarse someramente el cálculo aritmético pidiéndole los resultados de sumas y restas simples y se puede evaluar la capacidad de seriación cuando se le pide contar hasta el 20 de dos en dos o desde el 20 (inversión).

De la misma manera se puede evaluar la capacidad para reproducir un dibujo. Al paciente se le pasa una hoja en blanco y un lápiz, y se le pide reproducir un dibujo que uno ha efectuado en una esquina del papel, tal como un círculo, un cubo, una casa de líneas simples, un árbol, etc. Otra opción es pedirle dibujar la esfera de un reloj o simplemente que trate de escribir su nombre.

Contenido del pensamiento

La parte más sofisticada y difícil de evaluar en un estado mental es el contenido, intención, interpretación y significado de ciertos pensamientos. En muchos casos, pacientes lúcidos y funcionales, tienen la patología en alteraciones en la estructuración del pensamiento, en el contenido y en una falla en la percepción o interpretación que hacen del medio ambiente.

Esto produce distintas alteraciones de tipo cualitativo de la consciencia, como los estados de confusión, de confabulación y de psicosis.

En el estado de confusión, el paciente no es capaz de enjuiciar de forma correcta su propia situación y presenta desorientación temporal y espacial, no reconoce las personas y objetos familiares, no se concentra y falla su memoria, tal y como se describió en las alteraciones del estado de consciencia.

La confabulación es la mentira sistemática y consciente derivada de diversos padecimientos. En esta situación el paciente miente y lo reconoce cuando es confrontado.

Los estados de psicosis se caracterizan por el pensamiento delirante. El delirio se manifiesta por ideas irreales, que a diferencia de la confabulación son convencidamente creídas e irreductibles por lógica. Los pacientes con psicosis tienen ideas incoherentes, ilusiones y alucinaciones y se encuentran “fuera de la realidad”.

Estado anímico y personalidad

A lo largo de la entrevista, de la conversación con el paciente, de la observación de sus gestos, del análisis de sus respuestas, se podrá obtener información sobre sus rasgos de personalidad y su estado anímico. Indudablemente, la evaluación de estos aspectos es muy importante para un psiquiatra. En un nivel básico, interesa evaluar si la persona tiene una personalidad dentro de los modelos de normalidad que habitualmente se conocen y si presenta una alteración del ánimo (p. ej., depresivo, ansioso o eufórico). También se pueden evaluar la emotividad, los sentimientos, la voluntad, la forma de reaccionar ante distintas circunstancias. Esto da muchas veces una guía para el diagnóstico de trastornos del afecto como la hipomanía o la distimia.

HISTORIA CLÍNICA

En la historia clínica se registra la información del paciente. Consta de distintas secciones en las cuales se deja constancia

de los datos obtenidos según de lo que se trate. A continuación se describen las partes que comúnmente conforman una historia clínica.

Identificación del paciente

En esta parte se identifica al paciente con nombre y edad. Cabe la posibilidad de agregar más información como teléfono de su casa, a quién contactar en caso de necesidad, qué previsión tiene o qué actividad desarrolla.

Más adelante, en el apartado de antecedentes, existe una subdivisión de antecedentes sociales y personales, en donde es posible extenderse sobre aspectos que permiten conocer mejor al paciente como persona. Por ejemplo, sus nombres, sobrenombres, trabajo, historia laboral y familiar, etcétera.

Problema principal o motivo de consulta

Esta parte es sólo una mención muy corta del motivo por el cual asiste a consulta el paciente.

Por ejemplo: “El paciente va a consulta por llevar 5 días con llanto incontrolable”, “El paciente ingresa al hospital por presentar insomnio”.

Esta parte puede ser una ayuda adicional para entender más rápido cuál será el problema principal del que tratará la anamnesis próxima; pero eventualmente podría omitirse.

Enfermedad actual o problema de referencia

En esta parte se precisa la enfermedad que está cursando el paciente en el momento de la consulta. Se deben señalar los síntomas y manifestaciones de enfermedad que el o la paciente ha presentado, cómo han evolucionado en el tiempo y en la práctica qué ha ocurrido. Todo esto se debe exponer en un lenguaje directo, bien hilvanado, fácil de entender, fiel a lo ocurrido realmente y, en lo posible, de manera breve.

Cuando se trata de varios problemas, no necesariamente relacionados entre sí, conviene relatarlos en párrafos diferentes y de ser posible en orden de prioridad o en orden cronológico.

Si se comienza por contar sobre un síntoma, en ese párrafo conviene agotar los distintos aspectos relacionados: cuándo comenzó, cómo se presenta, con qué varía, con qué otras manifestaciones se asocia. El relato de la evolución de la enfermedad debe ser consecuente con la ordenación de los eventos según las fechas cuando ocurrieron.

Antecedentes

En esta parte se mencionan distintos antecedentes ordenados según su naturaleza. Cuando sea posible, conviene indicar cuándo ocurrió; por ejemplo, apendicectomía a los 8 años, tonsilectomía a los 12 años, etc. Algunos clínicos dividen este apartado en antecedentes patológicos, como los ejemplos anteriores, y no patológicos; pero que pudieran ser relevantes para entender la condición y el estado del paciente, por ejemplo, el paciente ha trabajado en un ambiente laboral de estrés o vive en condiciones socioeconómicas y de nutrición en desventaja o en un hogar sin baño o letrina.

Antecedentes mórbidos

En esta parte se deben precisar las enfermedades, operaciones y traumatismos que el paciente ha tenido a lo largo de su vida. Por supuesto, se precisarán las patologías más significativas.

Si en la anamnesis se mencionó alguna enfermedad de la cual el paciente es portador, en esta parte se describen los detalles. Por ejemplo, si se mencionó que es diabético, en esta parte se precisa desde cuándo, cómo ha evolucionado y con qué se ha tratado. Si el paciente ha recibido alguna transfusión de sangre o sus derivados, se menciona en este apartado.

Antecedentes gineco-obstétricos

En las mujeres se debe precisar la edad de la primera menstruación espontánea (menarquia). Edad cuando la mujer dejó en

forma natural de menstruar (menopausia). Información de los embarazos: cuántos ocurrieron, si fueron de término o no, si los partos fueron vaginales o mediante operación, problemas asociados. Ocasionalmente se usan algunas siglas, llamadas Fórmulas Obstétricas (FO), para expresar en forma abreviada parte de esta información:

FO = GPA (G = número de embarazos, P = partos, A = abortos). Ejemplo: G3P2A1, indica que una mujer ha tenido 3 embarazos, 2 partos y 1 aborto.

Otra forma es precisando los partos de término y de pretérmino, abortos espontáneos, abortos provocados y número de hijos vivos.

Antecedentes sociales y personales

En esta parte se investigan aspectos personales del paciente para conocerlo mejor. La intención es evaluar y comprender cómo su enfermedad lo afecta y qué ayuda podría llegar a necesitar en el plano familiar, laboral, de su previsión, de sus relaciones interpersonales.

Tal como ya se mencionó, alguna información de la primera parte de la historia clínica, o sea, en la identificación del paciente, se podría traspasar a esta parte. Es el caso del estado civil o las personas con quienes vive. Del mismo modo se pueden incluir aquí aspectos sobre la composición familiar, el tipo de casa donde habita, si dispone de agua potable, si convive con animales domésticos, nivel de educación, actividad que desarrolla, la previsión o seguro de salud con que dispone, etc.

Toda esta información servirá para conocer mejor al paciente como persona, saber cuántos recursos tiene para enfrentar su enfermedad y cuál es el grado de apoyo familiar, laboral y social del cual dispone.

También puede ser el apartado para mencionar aspectos específicos de las creencias, religiosidad, aspectos a los cuales no quisiera ser sometido en el tratamiento.

Otros aspectos por investigar son antecedentes sobre la actividad sexual, exposición a enfermedades infecciosas o profesionales y viajes efectuados en los meses anteriores a la consulta.

Antecedentes familiares

En esta parte se precisan enfermedades que presenten o hayan presentado familiares cercanos como los padres y hermanos, por la posibilidad de que algunas sean hereditarias. En este sentido es importante investigar la presencia de hipertensión, diabetes, alteraciones de los lípidos, antecedentes de enfermedades coronarias, cáncer, enfermedades cerebro-vasculares, alergias, asma, trastornos psiquiátricos, enfermedades genéticas.

En algunos casos es conveniente dibujar un genograma de dos o tres generaciones, identificando al paciente con una flecha y con alguna otra marca las demás personas afectadas por la enfermedad.

Hábitos

Entre los hábitos que se investigan destacan el hábito de fumar (tabaquismo). Se debe precisar cuántos cigarrillos fuma la persona cada día y cuántos años lleva fumando. En el caso de haber dejado de fumar, se precisa la cantidad de años transcurridos desde que lo dejó y una estimación de cuánto fumaba.

La ingesta de bebidas alcohólicas mediante una estimación de la cantidad de alcohol ingerida. Se identifica el licor y las cantidades ingeridas. También se debe precisar qué papel desempeña en la vida diaria la ingesta de bebidas con alcohol y el grado de control tiene la persona sobre esta ingesta.

El tipo de alimentación, este aspecto tiene especial importancia en el caso de personas obesas, en quienes han bajado mucho de peso, pacientes diabéticos, con afecciones coronarias, personas constipadas o quienes sufren diarreas frecuentes. El énfasis se pondrá dependiendo de cada caso.

Uso de drogas ilegales: consumo de marihuana, cocaína, etc. En particular, debe registrarse todo tipo de medicación consumida

los últimos tres meses, la frecuencia y cantidad. Esto es particularmente importante para el psicólogo clínico ya que comúnmente trabaja en medios en donde los pacientes quienes acuden para consultarlo están bajo medicación psicotrópica o de otro tipo.

Alergias

El tema de las alergias es muy importante ya que puede tener graves consecuencias para la persona. Entre los alérgenos, es decir, sustancias ante las cuales se desencadenan las respuestas alérgicas, hay varios que deben revisarse de rutina.

Medicamentos: alergia a la penicilina o alguno de sus derivados, medios de contraste usados en radiología, etc. Algunas de las reacciones que se pueden presentar son exantema cutáneo, edema, colapso circulatorio, broncoobstrucción, espasmo laríngeo. Las personas con mucha frecuencia dicen ser alérgicas a algún medicamento cuando en realidad padecen otras cosas, por ejemplo, una intolerancia digestiva.

Alimentos: algunas personas presentan alergias a mariscos, pescados, nueces, maní, huevo, leche, algunos condimentos y aditivos.

Sustancias que están en el ambiente. Es el caso de pólenes, pastos, ambientes húmedos cargados de antígenos de hongos, polvo de ácaros, contaminación del aire con productos químicos, etc. Las personas con rinitis alérgica y asma tienden a reaccionar ante estos estímulos.

Sustancias que entran en contacto con la piel. Puede ser el caso de detergentes, algunos jabones, productos químicos, metales, látex y otros. **Picaduras de insectos:** abejas, avispas, etc.

Según el cuadro clínico presentado por el paciente puede ser importante señalar las inmunizaciones que éste ha recibido.

Revisión por sistemas

A pesar de toda la información recogida en los antecedentes, conviene tener algún método para evitar que se escape algo

importante. Una breve revisión por los sistemas que todavía no se han explorado da más seguridad de que la información está completa. En esta revisión por sistemas no se debe repetir lo mencionado en la descripción del problema, sino mencionar sólo algunos síntomas o manifestaciones presentes; pero que tienen un papel menos importante. La extensión de esta parte debe ser breve.

Una forma de ordenar esta revisión es hacerlo por sistemas y en cada uno de ellos se investigan manifestaciones que podrían presentarse:

1. Sistema neurológico: cefalea, mareos, problemas de coordinación, parestias, parestesias.
2. Sistema respiratorio: disnea, tos, expectoración, hemoptisis, puntada de costado, obstrucción bronquial.
3. Sistema cardiovascular: disnea de esfuerzo, ortopnea, disnea paroxística nocturna, edema de extremidades inferiores, dolor precordial.
4. Sistema digestivo: apetito, náuseas, vómitos, disfagia, reflujo, diarrea, constipación, melena.
5. Sistema genitourinario: disuria dolorosa o de esfuerzo, poliaquiuria, poliuria, nicturia, alteración del chorro urinario, hematuria, dolor en fosas lumbares.
6. Sistema endocrino: baja de peso, intolerancia al frío o al calor, temblor fino, somnolencia, sequedad de la piel.
7. Por último, es conveniente investigar manifestaciones en otras partes del cuerpo como erupciones en la piel, sangrados, dolores en otros sitios, compromiso de la visión o de la audición, etc.

El lector encontrará en el glosario incluido al final de esta obra una serie de términos comúnmente utilizados en el área clínica para nombrar una serie de condiciones médicas, las cuales son importantes de manejar para participar activamente como parte del equipo multidisciplinario en la atención del paciente.

SEMIOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO PSICOLÓGICO

Diagnosticar quiere decir, por su etimología, conocer a través de signos, síntomas y situaciones dentro de un contexto y tiempo.

El diagnóstico psicológico en la clínica exige de conocimientos básicos de semiología. La semiología médica es la ciencia que estudia los síntomas y signos de las enfermedades.

Un signo es algo observable directamente por el clínico, por ejemplo un hematoma o fiebre. Un síntoma es una manifestación subjetiva e inobservable directamente, por ejemplo el dolor referido por un paciente. Un síndrome es un conjunto de síntomas y signos que denotan algo en su conjunto. Por ejemplo, el síndrome gripal consiste de rinorrea y estornudos (signos) acompañados de malestar, cefalea y decaimiento (síntomas). Así pues, un síndrome es una agrupación de síntomas y signos, el cual puede tener diferentes causas. Por ejemplo: síndrome febril, síndrome hipertiroideo, síndrome meníngeo.

El objetivo de la semiología médica es llegar a conocer las manifestaciones de la enfermedad y finalmente llegar al diagnóstico.

El diagnóstico en psicología, sin embargo, rebasa las fronteras médicas y va más allá para describir el contexto, circunstancia y significado de las cosas en el paciente. Puede ser mucho más estructurado y describir etapas o procesos específicos del individuo, no necesariamente patológicos, como procesos de pérdida, ajustes y adaptaciones o rehabilitación. El diagnóstico psicológico se puede dar con distintos grados de precisión:

1. Como una categoría específica de los sistemas de clasificación de enfermedades (p. ej., DSM-IV u OCD-11)
2. Como síndrome (p. ej., cuadro de psicosis)
3. Como diagnóstico anatómico (p. ej., infarto cerebral)
4. Como diagnóstico etiológico (p. ej., encefalitis bacteriana por estafilococos aureus)
5. Como una reacción específica ante un evento de vida (p. ej., pérdida de cónyuge)

6. Como un proceso normal con malestar y sufrimiento (p. ej., reacción de ajuste luego del nacimiento de un hermano, cambio de país, etc.)

El diagnóstico puede quedar planteado con seguridad o de manera tentativa de acuerdo con la calidad y cantidad de evidencia disponible, por lo cual resulta conveniente saber agrupar los síntomas y signos en torno a síndromes o enfermedades que pueden presentarse con esas manifestaciones. De esta forma uno se acerca al diagnóstico. Frecuentemente se plantea la conveniencia de hacer algunos exámenes complementarios para respaldar o descartar algunas de las hipótesis diagnósticas planteadas, por ejemplo, pruebas psicológicas, estudios de laboratorio, físicos o de imagen.

Un buen clínico es capaz de notar los síntomas y signos más importantes, y sobre la base de sus conocimientos y experiencia, ponerlos en perspectiva, para plantear finalmente los diagnósticos que le parecen más probables.

En este proceso que conduce al diagnóstico, hay una etapa cuando se recoge la información mediante la historia clínica y luego el examen físico y mental. Después se ordena la información hasta quedar en condiciones para plantear las hipótesis diagnósticas más probables y después se prueba mediante los procedimientos convencionales.

El diagnóstico psicológico sin embargo, no se da en el vacío, se refiere a una persona específica con una historia, circunstancia y mentalidad específica. En general, el sexo, la clase social, los papeles desempeñados, las creencias político-religiosas, las expectativas, los valores, etc., influyen y condicionan la condición patológica, por esto el psicólogo clínico es además un hermeneuta quien interpreta una estructura de objetos reales e imaginarios, contextualizados y en una dimensión temporal subjetiva.

Si bien, no todo síntoma indica algo “oculto”; un síntoma tiene sentido en el contexto que lo produce y al cual no debemos ignorar. Desde la perspectiva psicológica, el paciente no entiende el síntoma porque éste se relaciona con una serie de sentimientos,

significados y mecanismos de defensa; el paciente es, durante el padecimiento, sujeto y objeto de un proceso complejo que le otorga una dimensión subjetiva y única, campo específico de acción del psicólogo. El psicólogo clínico, de hecho, en el proceso de diagnosticar descubre los códigos sintomáticos y explica al consultante las características de la situación en la cual los signos y los síntomas se presentan e interpreta la condición actual de éste; con la finalidad de establecer un diálogo profundo, privado, terapéutico e insustituible con el paciente.

Factores socioculturales, situaciones económicas, efectos somáticos o disfunciones orgánicas primarias, presión del grupo de pertenencia o referencia, entre otros, deben ser considerados en la intervención.

En resumen, el diagnóstico clínico deberá ser elaborado por el psicólogo tomando en cuenta:

1. La anamnesis personal y familiar.
2. Examen físico y mental.
3. La aplicación de pruebas psicológicas.
4. La interpretación de la situación subjetiva, única de la condición, especificando su significado.
5. Una apreciación etiológica y pronóstico del caso en función del déficit, insuficiencias y problemas encontrados, en contra del balance de los recursos, fortalezas y capacidades del paciente.

EXPEDIENTE CLÍNICO

El psicólogo clínico debe estar familiarizado con el manejo del documento más importante en los ámbitos clínicos profesionales, ya sea éste de papel o digital: el expediente clínico. Ya se ha mencionado en esta obra la importancia de la habilidad del psicólogo clínico para comunicarse de forma oral y escrita con los demás miembros del equipo multidisciplinario y poder documentar de manera amplia, fehaciente, organizada y breve los procedimientos y la evolución del caso que atiende.

En estos apartados se identifican algunos aspectos clave del expediente clínico con la finalidad de alertar al practicante en cuanto a su manejo e importancia. Basta mencionar que todo proceso de análisis de responsabilidad por errores profesionales, derechos humanos, iatrogenia e imputación de responsabilidad penal, está relacionado con el expediente. De aquí su importancia.

El expediente clínico es el conjunto de documentos escritos, gráficos e imagenológicos o de cualquier otra índole, en los cuales el personal de salud, deberá hacer los registros, anotaciones y certificaciones correspondientes a la intervención realizada en el paciente. Los prestadores de servicios médicos de carácter público, social y privado estarán obligados a integrar y conservar el expediente clínico en los términos previstos en la presente norma: los establecimientos, serán solidariamente responsables, respecto del cumplimiento de esta obligación por cuanto hace al personal que preste sus servicios en los mismos, independientemente de la forma en que fuere contratado dicho personal.

En primer lugar, todo expediente debe tener unas cartas de consentimiento bajo información, los documentos escritos, signados por el paciente o su representante legal mediante los cuales se acepte, bajo debida información de los riesgos y beneficios esperados, un procedimiento médico o quirúrgico, con fines de diagnóstico o terapéuticos, otorgar permiso para realizar diversos procedimientos, desde la aplicación de rutinas diagnósticas de lápiz y papel, hasta la aplicación de intervenciones de toda índole y grado de riesgo. Estas cartas se sujetarán a los requisitos previstos en las disposiciones sanitarias, serán revocables mientras no inicie el procedimiento para el cual se hubieren otorgado y no obligarán al psicólogo a realizar u omitir un procedimiento cuando ello entrañe un riesgo injustificado hacia el paciente. La segunda parte, indispensable, de este documento es una amplia identificación del paciente con los datos demográficos, historia personal y clínica, contexto familiar y laboral. Y los elementos indispensables para la ubicación de familiares cercanos. Por último, incluye un resumen clínico, donde registran los aspectos relevantes de la atención. De igual forma, se incluye la

historia clínica completa y se guarda toda la evidencia proveniente de los diversos métodos de colección de información, como pruebas psicológicas, estudios de laboratorio y gabinete, imagenología, entre otros.

PRÁCTICA CLÍNICA BASADA EN LA EVIDENCIA (PBE)

Cuando Witmer formó en 1896 la primera clínica de atención psicológica, argumentaba que para que la ciencia psicológica avance hacia los frentes de ciencia pura y aplicada, deberían avanzar juntas; argumentado que lo que retarda una, retarda a la otra y lo que impulsa a una, impulsa a la otra (McReynolds, 1997).

La práctica clínica basada en la evidencia ha llegado a ser una tendencia importante en la *American Psychological Association* (APA) y fue creada como una comisión especial en 2005. Este movimiento se basa en la promoción de la práctica psicológica profesional y efectiva cimentada en la investigación clínica, la pericia profesional y la experiencia clínica.

Los pioneros de la psicología clínica, como Thorne (1947), articularon métodos mediante los cuales los practicantes se apegaban a la ciencia mediante la aplicación del enfoque experimental, en los casos a la práctica clínica y aún “en la propia experiencia personal del psicólogo”.

Hoy en día, la Práctica Basada en Evidencia (PBE), promueve el cuidado de la salud a través de la utilización de principios de evaluación psicológica, estudio de casos, establecimiento de alianzas terapéuticas y métodos de intervención, los cuales tengan prueba de la eficacia, bondad, uso y, desde luego, de las limitaciones, en el ámbito científico y profesional. Así la práctica de la psicología clínica debiera estar fundamentada por evidencia de investigación empírica de manera primordial (Sox y Woolf, 1993; Woolf y Atkins, 2001).

Por esto los psicólogos quienes basan su práctica en la evidencia, tienen un papel importante que jugar en el desarrollo de estándares de atención definidos como “niveles de mejor práctica” (best practice standards).

Los trabajos en el pensamiento clínico basados en la PBE son consistentes con los esfuerzos similares en medicina, los cuales abogan por la utilización de métodos de intervención documentados por los efectos en el paciente, en vez de otros criterios teóricos a priori. Gray, Haynes y Richardson (1996) describieron la PBE en medicina como “El uso consciente, explícito y juicioso de la mejor evidencia disponible para la toma de decisiones respecto del cuidado del paciente”.

Uno de los intentos más socorridos para la utilización de evidencia en la práctica clínica es la elaboración de manuales para la mejor práctica, endosados por un comité específico de la APA en 1992, la cual dio los lineamientos generales para esto (APA *Council of Representatives*, 2005). En 1995 esta comisión publicó los lineamientos básicos para considerar como evidencia, previniendo que toda decisión clínica debería estar basada en los hallazgos de investigación, a la luz de su mérito científico, aunados con la experiencia con pacientes, evitando las intervenciones poco exitosas y tratando de seguir los procedimientos que evidenciaron un cambio o mejoría en el paciente. Muy importante es el carácter educativo de los lineamientos que no tienen carácter legislativo sino normativo en el ámbito profesional, porque intentan crear protocolos de tratamiento bajo ciertas circunstancias (Stricker y Trierweiler, 1995).

Con la PBE se pretenden dos metas específicas en la intervención psicológica: la eficiencia y la utilidad clínica. En cuanto a la primera, se basa en la asociación causal entre la intervención y el cambio en ciertos trastornos específicos. La segunda, se basa en el consenso clínico en cuanto a su generalización, factibilidad práctica, aceptación del paciente y el costo-beneficio de una intervención específica, entre algunos parámetros de juicio.

Por ejemplo, en el quehacer profesional el psicólogo debe cuestionar el uso de psicotrópicos en cierta condición cuando la evidencia empírica fundamente no recomendar fármacos; pero en ausencia de datos que apoyen esta recomendación. De igual forma, sería peligroso evitar que el paciente reciba apoyo farmacológico cuando la evidencia muestra dominio de la medicación

sobre la psicoterapia. Por lo anterior, en 1995, la división 12 de la APA, aprobó un comité sobre la promoción de procedimientos psicológicos en un esfuerzo por identificar tratamientos validados empíricamente (Chambless et al., 1996, 1998). Este comité identificó 18 tratamientos psicológicos cuya validez empírica estaba bien establecida, por estudios con asignación aleatoria de pacientes y el uso de un manual de procedimientos o protocolo; en un esfuerzo por equiparar los resultados de estos diseños primariamente psicológicos con los estudios médicos equivalentes, típicamente estudios doble ciego con uso de placebo.

La práctica basada en la evidencia (PBE), exige la integración de la mejor información proveniente de la investigación disponible, junto con la experiencia clínica y la consideración del contexto, cultura y preferencias del paciente y defiende la posición de que el psicólogo tiene fortalezas distintivas en la interpretación y desarrollo de estudios clínicos y que la psicología, como ciencia, combina el compromiso de la verdad científica con la atención de las diferencias individuales, las relaciones humanas y el aspecto más subjetivo del bienestar del paciente.

Más allá del concepto de intervención psicológica, la cual se refiere a cualquier servicio dado por un psicólogo en un ambiente clínico y que incluye evaluación, diagnóstico, prevención, tratamiento, orientación y consultoría (Barlow, 1996); el clínico perito deberá evaluar al paciente y formular concepciones claras y coherentes de la patología y fortalezas, describirlo de manera holística e integral, con particular atención en los pensamientos, sentimientos y conductas. Toda vez concluido este proceso, basado en la PBE, podrá hacer juicios adecuados y tomar decisiones pertinentes para mejorar la condición del paciente; siendo, capaz, cuando el caso lo amerita de planear, proveer y evaluar diversos tipos de intervención psicológica.

Modelos de psicoterapia

Tradicionalmente el entrenamiento del psicólogo clínico se ha basado en modelos de la naturaleza humana que guían la intervención psicológica. De estas diversas formas de concebir el comportamiento humano, derivan otras metodologías de estudio, intervención y explicaciones de los fenómenos observados en la clínica, los cuales tienden a ser congruentes con los principios del modelo subyacente, muchas veces poco consciente para el estudiante de psicología.

Aunque en esta obra se aboga por el modelo ecléctico, en el cual se vislumbran las teorías como instrumentales y útiles mientras nos dan explicaciones sensatas del fenómeno estudiado o nos dan pautas para la intervención efectiva; revisaremos los cuatro modelos dominantes en la historia contemporánea de la psicoterapia en psicología clínica: el mecanicista, el organicista, el contextualista y la epigénesis probabilística.

Modelo mecanicista

En este modelo se conceptúa al individuo como un mecanismo que responde a los estímulos medioambientales. En esta perspectiva la conducta del individuo no es sino una consecuencia

lógica de las respuestas ante las contingencias del medio ambiente. De esta manera, las personas difieren únicamente por la cantidad de determinados rasgos observables. La conducta, en principio, es completamente predecible si se conocen las piezas de la maquinaria, las relaciones entre éstas y los elementos contextuales involucrados. Como en el conductismo, se argumenta que los repertorios de conducta son adquiridos por las leyes causales y eficientes del condicionamiento, y por tanto, pueden ser moldeables y hasta cierto punto controlables.

Modelo organicista

De acuerdo con Reese y Overton (1970) esta perspectiva tiene su base en “el organismo viviente y organizado; presente en la experiencia en formas múltiples”. En contraposición con el mecanicismo que es analítico, el organicismo es sintético y por lo tanto holístico. Desde esta perspectiva, el ser humano es activo y tiene inherentemente la capacidad de decisión, además está predeterminado genéticamente para desarrollar ciertas potencialidades. La persona transforma su entorno y moldea su vida a través de sus ideas, metas y valores propios, siendo la volición un elemento fundamental para convertirlo en un ser activo de cambio y no un mecanismo pasivo que responde ante las contingencias del medio ambiente. Los genes tienen importancia capital, porque las diferencias individuales son vistas en función de factores heredados (epigenéticos) más que en función de las fuerzas del contexto.

Modelo contextualista

De acuerdo con Pepper (1942) la base del contextualismo no es ni la máquina ni el todo, sino el acontecer histórico: “el dinámico y dramático evento activo”. En esta perspectiva, la relación individuo-medio ambiente, la interacción entre estímulos y respuestas, son los factores explicativos de la conducta. En este modelo se supone tanto un cambio constante como la interacción de todos los niveles del sujeto y del ambiente. El énfasis está en

el acontecimiento más que en el individuo o el contexto y se presupone una relación recíproca, en el cual es capaz de transformar su medio y éste a la vez es capaz de influir sobre el individuo.

Epigénesis probabilística

De auge reciente en las ciencias médicas y de la salud es la epigénesis probabilística, un modelo especialmente útil para entender la historia natural de una enfermedad y la fenomenología de su curso y origen. En esta perspectiva los genes interactúan con el medio para manifestar, o no, diversas patologías y recursos; la conducta es producto de la penetrancia del gen y de la fuerza de la influencia externa. Por ejemplo, una persona con moderada carga genética para la diabetes mellitus desarrollará la enfermedad si es sedentaria, tiene una dieta hipercalórica y consume alcohol. O bien, no la desarrollará, a pesar de este hábito, si no tiene la vulnerabilidad genética. En esta misma tónica de pensamiento, una persona con un gen dominante y muy penetrante, será diabético a pesar de llevar una vida sana, y hacer ejercicio.

Aunque las perspectivas antes mencionadas responden a un análisis evolutivo del pensamiento en el campo de la psicología; el clínico deberá conceder que las visiones de correspondencia o de ajuste mutuo entre el ambiente y la persona tienen una mayor probabilidad de ofrecer una visión parsimoniosa de la conducta humana. En esta corriente de frontera, Vondracek, Lerner y Schulenbrerg (1986) han propuesto el término “contextualismo del desarrollo” para referirse a un proceso epigenético de desdoblamiento de la información genética en el transcurso del crecimiento y del desarrollo. En esta perspectiva se postula que el contexto no solamente es capaz de producir cambios en el desarrollo del organismo, sino que estos cambios en el organismo son también capaces de producir cambios en el contexto. Lo anterior lleva a conceptualizar la enfermedad como una entidad surgida por la interacción de factores genéticos y ambientales, determinada a través de una historia y curso; que tienen en el

ser humano un significado para la vida del individuo y por tanto implica diferentes grados de angustia y sufrimiento.

Esta postura sintetiza de manera innovadora dos puntos fundamentales aducidos en las perspectivas anteriores: el cambio contextual es probabilístico y depende del efecto que los estímulos ambientales tengan sobre la susceptibilidad genética del individuo y que el desarrollo del hombre está influenciado tanto por la actividad del organismo como por las condiciones del entorno, en un contexto dinámico de crecimiento y desarrollo.

PSICOANÁLISIS

El psicoanálisis es el principal antecedente de la visión cualitativa y subjetiva de la terapia en la clínica y es un método de introspección y exploración del inconsciente; así como un método de análisis crítico aplicable a la historia y la cultura (Carpintero, 2007).

El psicoanálisis es considerado como una ciencia por gran parte de sus defensores, mientras que sus críticos lo consideran una pseudociencia, por no ajustarse al método científico y exceder en la interpretación lo estrictamente observable o lo que puede fundamentarse por los métodos existentes de producción de evidencia.

Desde alrededor de 1890 cuando Freud dio a conocer el psicoanálisis, esta técnica, ha evolucionado en varias escuelas y formas de intervención. Entre sus seguidores están Reich, Klein, Bion, Lacan y muchos otros quienes han refinado las teorías freudianas e introducido las propias. Pese a que algunos contemporáneos de Freud, como Jung y Adler, se distanciaron del psicoanálisis para desarrollar teorías diferentes (Wikipedia, 2007).

El psicoanálisis inicialmente es un instrumento para tratar personas quienes padecen de trastornos psicosomáticos y en su inicio se aboca exclusivamente a la cura de la parálisis histérica, sufrida en el siglo XIX por la mujer, y luego abarca otro tipo de neurosis, como la paranoia, la neurosis obsesiva o las fobias.

La aportación del psicoanálisis a la clínica moderna reside en la validez de muchos de sus conceptos fundamentales y no como un paquete estricto y preestablecido de manejo de patologías.

Por ejemplo, el concepto de represión como un mecanismo de defensa, cuya esencia consiste en rechazar y mantener alejados de la consciencia determinados elementos dolorosos o inaceptables para el yo.

El desplazamiento o proyección, otro concepto crucial para entender la transferencia, consiste en que la intensidad, la importancia y la cantidad de afecto de algunas ideas se desplazan hacia otras personas u objetos.

El término pulsión se refiere a las fuerzas derivadas de las tensiones somáticas en el ser humano, y las necesidades del ello; en este sentido las pulsiones se ubican entre el nivel somático y el psíquico. La pulsión es un impulso que se inicia con una excitación corporal (estado de tensión); cuya finalidad es, precisamente, la supresión de dicha tensión. Hay dos tipos de pulsiones: la pulsión sexual o de vida (Eros) y la pulsión de muerte (Tánatos). Para el psicoanálisis la libido es la energía pulsional y puede presentar diferentes formas según esté dirigida a los objetos del yo (Carpintero, 2007).

La teoría plantea un interesante enfoque desarrollista, en el cual se explica como el niño evoluciona psicológicamente en una secuencia de etapas del desarrollo psicológico infantil.

La etapa oral abarca los primeros seis meses del lactante. La boca es la zona erógena prominente y procura al bebé no sólo la satisfacción de alimentarse sino el placer de chupar. Es decir, de poner en movimiento los labios, la lengua y el paladar en una alternancia rítmica.

En la etapa anal la fuente principal de placer y conflicto potencial son las actividades en las cuales interviene el ano, que representa el primer intento del niño por convertir una actividad involuntaria en voluntaria. Los niños pueden experimentar dolor o placer al intentar controlar su esfínter (Bodni).

La etapa fálica se extiende de los tres a los cinco años, el órgano sexual masculino desempeña un papel dominante en esta

teoría, en la cual se valora la ausencia de éste como un complejo de castración. En contraste con las observaciones de como percibir el alivio del malestar por hambre, mostrado por el lactante al mamar el pezón de la madre o el alivio del cólico durante la ablactación a través de la defecación; al hablar de los niños más grandes Freud cayó en una interpretación “adultista”, pues le atribuyó a la exploración normal del pene del niño, con fines de autodescubrimiento, la significación de una caricia masturbatoria del adulto, con connotación erótica infundada.

En la clínica, el psicoanálisis postula que los conflictos se originan en el inconsciente inobservable por el paciente. Las afecciones relatadas por el paciente constituyen tan sólo la parte aparente, o síntoma del conflicto, la punta del iceberg, por esto el objetivo de la terapia es romper las resistencias para que el paciente acepte las motivaciones inconscientes del problema, logrando la abreacción que lleva hacia la cura. El psicoanalista utiliza para esto la transferencia y la interpretación del discurso del paciente, poniendo especial énfasis en los sueños y los actos fallidos.

El método básico del psicoanálisis es la libre asociación. El paciente, en un ambiente a solas, relajado, es invitado a hablar libremente sobre lo que le venga a la mente. Los sueños, los deseos, las esperanzas, las fantasías, así como los recuerdos de la infancia son de interés para el especialista en psicoanálisis, quien escucha e interpreta para intervenir cuando cree oportuno insistir o replantear alguna parte del discurso del paciente.

CONDUCTISMO

El conductismo, tradicionalmente, fue la contracorriente del psicoanálisis (aunque ambas comparten el principio del placer); surgido del positivismo y del trabajo experimental en el laboratorio, postulaba que solo desde una posición científica era posible utilizar procedimientos para estudiar el comportamiento, en términos observables y cuantitativos.

El enfoque conductista en psicología tiene sus raíces en el asociacionismo de los filósofos ingleses, así como en la escuela de psicología estadounidense conocida como funcionalismo y en la teoría darwiniana de la evolución, ya que ambas corrientes hacían hincapié en una concepción del individuo como un organismo que se adapta al medioambiente.

El conductismo se desarrolló a comienzos del siglo XX, influido por el pensamiento de los fisiólogos rusos Pavlov y Bekhtere sobre el condicionamiento animal. Sus figuras más destacadas, sin embargo, fueron los estadounidenses Watson y Skinner, quienes insistían en que las experiencias psíquicas no podían ser objeto de estudio científico porque no eran observables.

Watson propuso hacer científico el estudio de la psicología empleando sólo procedimientos objetivos como experimentos de laboratorio diseñados para establecer resultados estadísticamente válidos. El enfoque conductista le llevó a formular una teoría psicológica en términos de estímulo-respuesta. Según esta teoría, todas las formas complejas de comportamiento como las emociones, los hábitos e incluso el pensamiento y el lenguaje, se analizan como cadenas de respuestas simples musculares o glandulares que pueden ser observadas y medidas.

Hacia 1950 el nuevo movimiento conductista había generado numerosos datos sobre el aprendizaje, lo cual condujo a los nuevos psicólogos experimentales, entre ellos Skinner, psicólogo, filósofo y novelista, quien postulaba que además los fenómenos internos, como los sentimientos, debían excluirse del estudio científico de la conducta. Sus investigaciones con animales, centradas en el tipo de aprendizaje llamado condicionamiento operante o instrumental, demostraron que la conducta del individuo, aún los comportamientos más complejos como el lenguaje o la resolución de problemas podían estudiarse científicamente partiendo de su relación con las consecuencias de éstas, acuñando un gran principio, innegable e imbatible en la comprensión del ser humano: “la conducta está en función de sus consecuencias”.

Desde 1950 los psicólogos conductistas han producido muchas investigaciones dirigidas a comprender cómo se crean y se

mantienen las diferentes formas de comportamiento. Estos estudios se han centrado en: las interacciones precedentes al comportamiento, como el ciclo de la atención o los procesos perceptuales; los cambios en el comportamiento mismo, como la adquisición de habilidades; las interacciones que siguen al comportamiento, como los efectos de los castigos; y las condiciones prevalecientes sobre la conducta, como el estrés prolongado o las carencias intensas y persistentes (Grupo Tecné, 2007).

Algunos de estos estudios se llevaron a cabo con seres humanos en laboratorios equipados con dispositivos de observación y también en locaciones naturales como la escuela o el hogar.

Otros emplearon animales, en particular ratas y palomas, como sujetos de experimentación, en ambientes de laboratorio estandarizados. La mayoría de los trabajos realizados con animales requerían respuestas simples. Por ejemplo, se les adiestraba para pulsar una palanca o picar en un disco para recibir algo de valor, como comida; o para evitar una situación dolorosa como una leve descarga eléctrica.

Al mismo tiempo los psicólogos llevaban a cabo estudios aplicando los principios conductistas en casos prácticos, lo cual condujo al desarrollo de una serie de terapias denominadas modificación de conducta, aplicadas sobre todo en tres áreas:

La primera se centra en el tratamiento de niños con trastornos de conducta, y se conoce como terapia de conducta. La segunda se basa en la mejora de los métodos educativos y de aprendizaje; se ha estudiado el proceso de aprendizaje general y este paradigma tuvo gran popularidad entre pedagogos y educadores. La tercer área de acción fue en el tratamiento de adicciones y fobias por terapias de aproximaciones sucesivas o implosión; este último enfoque cayó en desuso por razones éticas.

La influencia inicial del conductismo en la psicología fue minimizar el estudio introspectivo de los procesos mentales, las emociones y los sentimientos, sustituyéndolo por el estudio objetivo de los comportamientos de los individuos en relación con el entorno, a través de métodos experimentales (Corsiny, 1993). Este nuevo enfoque sugería un modo de relacionar las investigaciones

animales y humanas y de reconciliar la psicología con las demás ciencias naturales, como la física, la química o la biología.

La contribución del conductismo para el manejo de problemas de conducta, el manejo global de instituciones como prisiones y hospitales psiquiátricos y la efectividad de muchas de sus técnicas debe ser reconocida. Sin embargo, la aproximación conductista no es la panacea y no puede ser utilizada para conflictos afectivos, subjetivos y de significado de vida.

HUMANISMO

La llamada tercera fuerza surge como una refrescante opción terapéutica en la posguerra, alrededor de la década de los cincuenta y como una respuesta a las polaridades surgidas entre el cientificismo del conductismo y el subjetivismo del psicoanálisis y como una reacción lógica al pesimismo del movimiento existencialista europeo.

Esta tercera fuerza prevalece en EUA, compite en un inicio con la corriente existencial surgida en Europa; pero pronto domina el escenario terapéutico por su carácter ingenuo, positivo e idealista.

En la visión humanista la empatía, la consideración positiva, el juicio no inquisitivo y hasta la aceptación incondicional, son las bases de la intervención en la cual el terapeuta participa sólo como un facilitador para la autoactualización del individuo.

El modelo de trabajo de la escuela humanista esta basado en el enfoque centrado en la persona. Esto determina un tipo de relación donde el terapeuta es un facilitador quien acompaña al paciente en un proceso de crecimiento que favorecerá el autoapoyo y desarrollo de los recursos personales del consultante, por consiguiente la mejoría o superación del trastorno o aflicción que lo aqueja.

En los pacientes con algún trastorno, el organismo no les permite adaptarse, autoactualizarse o resolver el problema sin ayuda.

Uno de sus principales exponentes fue Carl Rogers, quien comparte con Freud la libre asociación y la técnica de la entrevista libre y no dirigida. La teoría de Rogers está construida a partir de una sola tendencia actualizadora, epigénética y universal para todos los pacientes, la cual puede definirse como una motivación innata para desarrollar potenciales hasta el mayor límite posible.

De la misma forma que Maslow, Rogers cree que si les dejamos a su libre albedrío, los animales buscarán lo que es mejor para ellos; conseguirán la mejor comida, por ejemplo, y la consumirán en las mejores proporciones posibles. Los bebés también parecen querer y gustar aquello que necesitan.

De acuerdo con Rogers la necesidad de desarrollar un ideal del yo, es una causa de angustia, sobre todo cuando hay discrepancias entre el yo real y el yo ideal (Gautier y Boeree, 2003).

En la corriente humanista la intervención psicológica tiene una agenda centrada en el paciente, se basa en el principio de escucha, confidencialidad, respeto y empatía, favoreciendo un clima cálido y confiable. Por todo esto la intervención consiste en crear condiciones de aprendizaje significativo que nos permite aprender de nuestras experiencias y ayudar a crear una vida más plena y profunda.

La psicoterapia Gestalt pertenece a la corriente humanista, puede definirse como el estudio del organismo humano y sus relaciones dentro de un contexto único, es holística, atiende la existencia total del individuo, sin perderse en cada síntoma incluyendo el campo o ambiente afectándolo y afectarse por éste; en esta corriente se busca formar psicoterapeutas quienes promuevan el crecimiento psicológico y emocional de los individuos.

TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL

En comparación con otras aproximaciones, la teoría cognitivo conductual ha cobrado primacía en la práctica clínica por su avanzado grado de efectividad para el tratamiento de diversas condiciones clínicas.

Con la terapia cognitivo conductual (TCC) se pretende modificar comportamientos y pensamientos de manera sincrónica y sinérgica. Está orientada hacia el presente, aunque por supuesto, se hace una historia clínica y se pone énfasis en los patrones disfuncionales actuales de los pensamientos y conductas.

La pregunta central es: “¿Qué debo hacer para cambiar?” y se basa en un enfoque práctico, de corta duración y costo justo.

La terapia cognitivo conductual se ayuda de mediciones psicométricas y pone énfasis en la cuantificación, la identificación de indicadores objetivos de progreso y la medición de éstos. El psicólogo clínico aplica cuestionarios y planillas para evaluar los síntomas específicos, en la frecuencia, duración, intensidad y características. Esta medición es repetida periódicamente hasta la sesión final, para tener una idea del cambio obtenido. La relación terapeuta-paciente es de colaboración y el enfoque es didáctico. Paciente y terapeuta se comprometen a trabajar con un objetivo común. Los pacientes pueden aportar sugerencias y participar en el diseño de las tareas para el hogar.

Dado que este tipo de terapia busca lograr un funcionamiento independiente, se enfatiza en el aprendizaje, la modificación de la conducta, las tareas de autoayuda y el entrenamiento de habilidades intercesión. Además, se refuerza el comportamiento independiente.

Está centrada en los síntomas y la resolución de éstos. El objetivo de la terapia es aumentar o reducir conductas específicas, como por ejemplo, ciertos sentimientos, pensamientos o interacciones disfuncionales.

La meta de la TCC es eliminar, o al menos reducir los síntomas, y postula que si desaparecen, por ejemplo, los síntomas de pánico, también de inmediato habrá una mejoría en otras áreas, sin la aparición de otros síntomas que los reemplacen. Pone el énfasis en el cambio. Se le solicita al paciente practicar nuevas conductas y cogniciones en las sesiones, y generalizarlas fuera de la consulta como parte de la tarea.

En las sesiones se desafía la posición del paciente, sus conductas y sus creencias, a través de una confrontación cándida y directa

de sus creencias irracionales, explorando opciones para sus patrones habituales maladaptativos de pensamiento y de conducta.

La TCC es pragmática ya que se centra en la resolución de problemas. Al comienzo de cada sesión el terapeuta indaga acerca de los problemas que afrontó el paciente e identifica otros que necesita resolver en ese momento. Al concluir la sesión le pregunta si ha hecho algún progreso al respecto.

Por lo general, la terapia utiliza planes específicos de tratamiento para cada problema y propone una continuidad temática entre las sesiones. En cada sesión se revisan las tareas indicadas para la semana anterior, se estudia cuál es el problema actual y se planean actividades para la semana siguiente. La intervención con TCC ha sido muy comprobada por su eficacia para tratar una gran variedad de trastornos (Rozado, 2007).

TERAPIA BREVE

La terapia breve es un nuevo modelo de terapia que busca solucionar los problemas de manera rápida, eficiente, indolora y económica. Busca atacar el problema que determine el paciente como el causante de su conflicto en el “aquí y ahora”. En terapia breve el terapeuta acude al pasado únicamente en dos casos: cuando el paciente lo considera importante para solucionar su problemática actual y cuando el terapeuta estime que obtendrá recursos adicionales y útiles para ampliar la gama de posibles soluciones al problema planteado (Durán, 1997).

La terapia breve como lo indica su nombre, implica tratamientos cortos, de aproximadamente seis sesiones en promedio e involucra cambiar de una forma de pensar lineal (causa-efecto) a una sistémica (sistemas, subsistemas y sus interacciones), es decir, no se trata al individuo y su problema en forma aislada, sino que lo considera dentro de su contexto actual y sus interrelaciones. Esta filosofía permite que la terapia breve se aplique adecuadamente tanto en el tratamiento de familias, como parejas, individuos u otros sistemas de interacción humana.

La terapia breve es dinámica y flexible, en ésta se identifican los problemas y la gama de posibles soluciones, de igual forma se analizan los intentos pasados de solución, para fijar metas y alcances del tratamiento y diseñar las intervenciones adecuadas para cada caso. Esto convierte el proceso de terapia en un esquema totalmente interactivo en donde se complementan las dos partes expertas: el experto en técnicas de terapia breve (el terapeuta) y el experto en su problemática (el paciente).

Para que la terapia resulte exitosa es necesario definir claramente el problema que el paciente desea solucionar, es decir, se debe estructurar el problema en términos de las conductas, las interacciones, y la comunicación implicada en el mismo, además de esclarecer cuándo ocurre, en dónde, con qué frecuencia, a quién le afecta el problema, desde cuándo es un problema, cómo lo vive cada miembro del sistema, entre otras.

En un escenario de varios conflictos y problemas el terapeuta y el paciente priorizan y seleccionan uno de los problemas para trabajar, por lo cual la terapia breve se constituye como una herramienta de cambio para los pacientes y sus familias.

TERAPIA EMOTIVO RACIONAL

Ellis (1989) es el principal exponente de la terapia emotivo racional (TER) y clasifica sus técnicas en función de los procesos cognitivos, emocionales y conductuales implicados en ellas. En virtud de que gran parte de la patología, de acuerdo con esta visión, es consecuente de ideas irracionales, prejuicios que el individuo tiene sobre diferentes problemas; por ejemplo, con las técnicas cognitivas se identifican las creencias irracionales que producen las emociones y conductas perturbadoras. Para ello es común utilizar bitácoras y hacer una lista de creencias irracionales, permitiendo su refutación con base en preguntas hechas por el terapeuta para contrastar las creencias irracionales.

Con la TER, se promueve la aceptación incondicional y el autodescubrimiento y se utilizan métodos humorísticos como

canciones, sociodramas y exageraciones irónicas para identificar, confrontar y cambiar ideas irracionales. Se emplean historias, leyendas y parábolas para mostrar las creencias irracionales y su modificación, para esto se le pide al paciente que adopte el papel de representante de la creencia racional en una situación simulada y comprobar así sus nuevos efectos (Ruiz y Cano, 2007).

Aunque este enfoque es muy popular y efectivo, algunos excesos en el uso y la exagerada comercialización de esta terapia han demeritado su aporte en el ámbito clínico.

HIPNOSIS

Muchos trastornos y problemas en la práctica de la psicología clínica han sido objeto de aproximación a través de la hipnosis, vista como un método casi mágico e infalible para el tratamiento de muchas condiciones.

La hipnosis se puede conceptualizar como una forma de concentración enfocada, atenta y receptiva con una sensación de consciencia paralela y constricción de la consciencia periférica. Con la hipnosis se pueden alterar las percepciones, manifestar disociación, amnesia, cumplimiento compulsivo de instrucciones dadas y aceptar incongruencias lógicas. El fenómeno hipnótico ocurre de forma natural, incluso sin inducción formal, y por ello es importante al menos reconocer el trance.

Su primera contextualización terapéutica formal nace con el “magnetismo animal” de Mesmer en el siglo XVIII; desde entonces ha sido empleada en forma clínica.

Los mitos sobre la hipnosis incluyen el hecho de concebirla como sueño, considerarla peligrosa o entender que sólo ocurre cuando se le utiliza formalmente.

Sin duda, este enfoque ha sido producto de la charlatanería y los abusos en el ámbito clínico.

Entre las más documentadas aplicaciones se destacan: el control del dolor, de los trastornos adictivos, de los hábitos (tabaco,

alimentación), de la reestructuración cognitiva, de trastornos psicósomáticos (asma, gastrointestinales, dermatológicos), del estrés postraumático, de ansiedad (fobias, insomnio), de problemas disociativos (fugas, conversiones, personalidad múltiple) entre otros.

Se sabe, gracias al uso de electroencefalógrafos digitales, que durante el trance hipnótico se inhiben ciertas concentraciones neuronales.

El fenómeno hipnótico produce una serie de modificaciones de carácter fisiológico en el individuo, como disminución del ritmo respiratorio, y a veces cardiaco, o incluso hipotensión.

Aunque menos efectivos de lo que se cree, los trances hipnóticos no son peligrosos, ni presentan efectos secundarios de consideración. En principio sólo debe impedirse su uso con base en la coacción y la presión.

Quizá el principal proponente de su uso en la clínica fue Erickson, quien proponía esta técnica como una variedad de comunicación en terapia y no como un ritual.

Una variedad de hipnosis son los métodos de relajación, técnicas utilizadas con frecuencia en la intervención clínica para reducir la tensión muscular y psíquica. En éstas, se toma como punto de partida la percepción del propio cuerpo, lo cual induce cambios motores, puesto que los movimientos se hacen con consciencia de las sensaciones del cuerpo. Se considera, por tanto, la consciencia corporal como el medio fundamental para cambiar y modificar las respuestas emocionales y motoras.

Las emociones tienen efectos perceptivos y motores asociados, los cuales se manifiestan en tensiones de determinadas partes del cuerpo, en la respiración y en otros factores fisiológicos.

POSMODERNISMO

El término posmodernismo o posmodernidad generalmente designa un amplio número de movimientos artísticos, culturales, literarios y filosóficos del siglo XX; presente en muchos países en las últimas dos décadas.

Según Andersen (2000) la psicología posmoderna se caracteriza por el análisis del yo como una fragmentación en la esencia del sujeto. Un ejemplo clásico: es como si un espejo se rompiera en las miles de partes o fragmentos y éstos reflejaran de igual manera miles de imágenes, así los miles de reflejos resultantes fueran la imagen interna del ser.

La psicología posmoderna permite, con base en una de sus características más importantes, la integración con otras áreas como el uso de medicamentos psiquiátricos, terapias de relajación e incluso técnicas heredadas de la nueva era y de otros enfoques que no entran en algunas ocasiones en el campo de lo estrictamente científico.

Las diferentes corrientes del movimiento posmoderno aparecieron durante la segunda mitad del siglo XX; sin embargo, es casi imposible encontrar una definición que delimite qué es la posmodernidad. La dificultad se haya en diversos factores, entre los principales inconvenientes están: la actualidad y por lo tanto la escasez e imprecisión de los datos por analizar y la falta de un marco teórico válido para poder analizar exhaustivamente todos los hechos ocurridos lo largo de este complejo proceso llamado posmodernismo (Wikipedia, 2007).

Se suele dividir la posmodernidad en tres sectores, dependiendo de su área de influencia. Como un periodo histórico, como una actitud filosófica, o como un movimiento artístico.

En la terapia posmoderna, el significado de lo que decimos a través del lenguaje es la base del cambio; al modificar la forma de como expresamos y relatamos nuestra experiencia, cambiamos el significado de la misma. La premisa subyacente es: el lenguaje refleja realmente lo que vivimos y también aceptamos como válido que las personas expresen sus sentimientos con palabras. El lenguaje da organización y estructura al mundo tan complejo en el cual vivimos, esta organización viene de poder clasificarlo en categorías y darle una coherencia, lo cual sólo es aparente porque este lenguaje es muy útil, pero también limitante: limita la expresión de nuestra experiencia, pues ésta siempre superará lo que podemos expresar con palabras. Andersen

(2000) argumentaba que no somos nosotros quienes le damos forma al lenguaje, sino al revés, es el lenguaje el que nos da forma, nos oprime.

RESUMEN

Diversas corrientes del pensamiento moderno han influido significativamente en el modo de cómo se concibe la salud mental y la psicoterapia, en estas corrientes deben ser los mecanismos de intervención o de cura derivados se concibe la salud mental y los trastornos mentales. Por lo que no es de extrañar que los mecanismos de intervención o de cura, deriven de las ideas o teorías originales. En este capítulo hemos revisado las principales, en sentido histórico, y las más populares en la terapia clínica contemporánea; pero no puede negarse la gran diversidad de enfoques, escuelas, corrientes y tendencias en la psicología clínica global contemporánea. En el cuadro 14-1 se describen algunos de los principales enfoques en psicoterapia y en el cuadro 14-2 algunas terapias específicas. Invitamos al lector a ahondar en la que sea de su interés, identificado fortalezas y limitaciones. Sin olvidar que toda teoría de psicoterapia, con bases científicas sólidas, debe proveer evidencia de su efectividad, listar claramente las indicaciones y contraindicaciones, otorgar sentido de su falibilidad y acotar su uso en situaciones y casos específicos.

Cuadro 14-1. Principales enfoques en psicoterapia

<i>Enfoque</i>	<i>Principios generales</i>
Conductista	Los comportamientos normales y anormales son adquiridos y mantenidos por mecanismos idénticos y según las leyes generales del aprendizaje y rechaza toda causa interna como causa última del comportamiento. Relaciona la aparición de todo comportamiento con las variables ambientales del sujeto

<i>Enfoque</i>	<i>Principios generales</i>
Biológico	Los trastornos mentales son el resultado de alteraciones morfológicas o funcionales del sistema nervioso
Cognoscitivo	Explica los trastornos mentales con base en los procesos para los cuales una persona adquiere informaciones sobre ella misma y sobre su medio y los asimila para regular su comportamiento
Teoría del desarrollo	Considera el desarrollo patológico como una falta de integración de las competencias sociales, emocionales y cognitivas importantes para la adopción en un nivel de desarrollo particular
Ecosistémico	Es una síntesis de la teoría general de los sistemas y la ecología humana. Tiene cuatro componentes básicos: a) la persona, quien con los recursos de que dispone (biológicos, psicológicos o sociales) trata enfrentar el estrés; b) el medio de dónde provienen los factores de estrés; c) la interacción de los factores estresantes y de los recursos del organismo que conducen al estado de estrés; d) la psicopatología considerada como adaptativa porque está compuesta de configuraciones de respuestas psicológicas y fisiológicas al estrés
Posmodernismo	Los síntomas de una persona son considerados como una metáfora de las relaciones interpersonales
Etnopsicopatológico	Estudia la relación entre los trastornos psicopatológicos y las características culturales del paciente. Tiene dos perspectivas: a) La émica, la cual subraya lo específico de la cultura y puede ser ilustrada, especialmente, por los síndromes “culturalmente específicos” o “ligados con la cultura” que sólo aparecen en ciertas comunidades culturales; b) la ética, la cual favorece la

<i>Enfoque</i>	<i>Principios generales</i>
DSM-IV	<p>universalidad de los trastornos y la existencia de variantes clínicas</p> <p>Incorpora la diversificación de los métodos de evaluación diagnóstica y la introducción de las estrategias cuantitativas, los cuales para ser utilizados correctamente es indispensable que cumplan con cinco dimensiones principales: la equivalencia de contenidos, semántica, técnica, criterio y conceptual</p>
Etológico	<p>Incorpora la etología como un modelo heurístico para la comprensión de la psicopatología. Su principal aporte es el empleo de la descripción minuciosa de los esquemas conductuales con el fin de formular hipótesis relativos a la causalidad de los hechos patológicos. La investigación basada en un enfoque etológico se divide en tres fases: descriptiva, exploratoria y evolutiva.</p>
Existencialista	<p>Influida por la filosofía existencialista. En este enfoque se considera a la persona humana como un proceso y no como un producto. Considera que el ser humano puede influir sobre su relación con el destino. El enfoque existencialista pone en entredicho la frontera entre “normalidad” y “patología”</p>
Experimental	<p>Desarrolla modelos experimentales en animales para la comprensión de comportamientos patológicos, los cuales han permitido acumular evidencia a partir de situaciones artificiales</p>
Fenomenológico	<p>La psicopatología se ocupa sobre todo de lo que los enfermos viven, estudia los estados del alma y tiende a revelar los significados. Este modelo de investigación tiene dos características principales: a) no busca las causas de una enfermedad o de una desviación que hubiese conducido a la</p>

<i>Enfoque</i>	<i>Principios generales</i>
Psicoanalítico	<p>hospitalización psiquiátrica; b) trata de conocer qué es la “experiencia de la locura” partiendo de lo expresado por quienes la han vivido y de esta manera se vuelven las principales fuentes de información y datos. Al emplear métodos cualitativos de investigación los análisis son de tipo inductivo</p> <p>Destaca la relación con el pasado personal, otorgando mayor importancia a las experiencias de la primera infancia, en la cual es más factible que se originen los trastornos psicopatológicos. Los recuerdos inconscientes juegan un papel importante en la producción de los síntomas. La sexualidad, las experiencias individuales como situaciones, acontecimientos, traumatismos, factores familiares y sociales también desempeñan un papel muy importante en la aparición de los signos psicopatológicos. La enfermedad mental es concebida bajo una perspectiva funcional, pues constituye una tentativa de ajuste, de resolución de los problemas, la cual no se pudo resolver de una manera más satisfactoria</p>
Social	<p>Subraya el papel de los factores socioculturales como elementos básicos en la etiología, patogenia y terapéutica de las enfermedades mentales. La sustentación científica se haya en la psicología socioexperimental y en el análisis dialéctico de los procesos de interacción de la persona dentro de sus grupos de referencia (Martí, 1982).</p>

Cuadro 14-2. Diversas orientaciones
psicoterapéuticas del siglo XX

<i>Teoría</i>	<i>Autores</i>
Modificación de conducta	Skinner
Terapia multimodal	Lazarus
Terapias del condicionamiento encubierto	Rachman Homme, Cautela, Eysenck
Terapia de inhibición recíproca	Wolpe
Teoría de aprendizaje social	Bandura
Terapia de condicionamiento verbal	Staats
Psicoterapias racionales	Elis, Beck, Kirschbaum
Terapias de habilidades de afrontamiento	Kadzin, Goldfried, Suinn, Richardson y Meichenbaum
Terapias de solución de problemas	D'Zurilla y Goldfried, Mahoney, Spivac, Platt y Shure
Terapia de aceptación y compromiso	Hayes
Terapia analítica funcional	Kohlemberg y Tsai
Análisis contingencial interconductual	Ribes
Análisis funcional de la interconducta	Segura, Sánchez, Bardado
Terapia paradigmática	Staats
Terapia de conducta dialéctica	Linehan
Terapia de valoración cognitiva	Wessler
Terapia cognitivo estructural	Guidano y Liotti
Terapia racional de la conducta	Maultsby
Terapia racional emotiva conductual	Ellis
Manejo de la ansiedad generalizada	Suinn
Terapia de los constructos personales	Neimeyer actualizando a Kelly

<i>Teoría</i>	<i>Autores</i>
Entrenamiento de solución cognitiva de problemas interpersonales	Nezu y Nezu
Terapia cognitivo narrativa	Goncalvez, Meichembbaum
Terapia postnacionalista	Guidano
Terapia lingüística de evaluación	Caro

CUESTIONARIO MINI-MENTAL

Probable déficit cognoscitivo, hacer pregunta: ¿se te olvidan las cosas con mayor frecuencia que lo que para ti era habitual? En caso afirmativo, aplica la encuesta de "mini examen del estado mental". Si en la escala se obtiene una calificación de 13 ó menos puntos, canalizar con el especialista. El resultado de la pregunta inicial anotararlo en la CNSAM.

Evaluación cognitiva (MMSE) modificado

1.- Por favor, dígame la fecha de hoy.

Sondear el mes, el día del mes, el año y el día de la semana. Anote un punto por cada respuesta correcta.

Mes _____ Día _____ Año _____ Día de la semana _____ Total

2.- Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos por que se los voy a preguntar más adelante. Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra por dos segundos. Si para algún objeto la respuesta no es correcta, repita todos los objetos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones), registre el número de repeticiones que debió leer.

Árbol _____ Mesa _____ Avión _____ Número de repeticiones _____ Total

Anote un punto por cada objeto recordado en el primer intento.

3.- Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés: 1 3 5 7 9

Al puntaje máximo de 5 se le reduce uno por cada número que no se mencione, o por cada número que se salte, o por cada número que se mencione fuera del orden indicado.

Repuestas del paciente _____ Repuesta correcta 97531 Total

4.- Le voy a dar un papel. Tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo sobre sus piernas.

Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente.

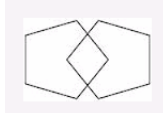
Toma papel _____ Dobla _____ Coloca _____ Total

5.- Hace un rato le leí una serie de 3 palabras y ud. repitió las que recordó. Por favor dígame ahora cuáles recuerda. Anote un punto por cada objeto recordado.

Árbol _____ Mesa _____ Avión _____ Total

6.- Por favor copie este dibujo.

Muestre al entrevistado el dibujo con los dos pentágonos que se cruzan. La acción esta correcta si los dos pentágonos se cruzan y forman un cuadrilátero. Anote un punto si el objeto está correcto.



Correcto

Sume los puntos anotando los totales de las preguntas 1 a 6, puntuación máxima:19 puntos.

A partir de 13 puntos o menos se sugiere déficit cognitivo.

Suma total

Probable depresión. Hacer la pregunta ¿se encuentra triste o sin ganas de hacer algo? En caso afirmativo aplicar la encuesta de "GDS modificada". Si en la escala se obtiene una calificación de 6 o más puntos canalizar con el especialista.

El resultado de la pregunta inicial anotarlo en la casilla nacional de salud del adulto mayor.

HHIE-S (versión corta)

Pregunta	Si 4	Algunas veces 2	No 0
¿Alguna vez se ha sentido avergonzado al conocer personas debido a problemas para oír?			
¿Los problemas para oír le hacen sentir frustrado al hablar con miembros de su familia?			
¿Tiene problemas para oír cuando alguien le habla en voz baja?			
¿Alguna vez ha tenido limitaciones debido a problemas para oír?			
¿Los problemas para oír le han causado dificultades al visitar amigos, parientes o vecinos?			
¿Los problemas para oír han hecho que vaya menos seguido de lo que le gustaría a actos sociales o servicios religiosos?			
¿Los problemas para oír han causado discusiones con miembros de su familia?			
¿Los problemas para oír le han causado dificultad para entender los programas de televisión o radio?			
¿Cree que su problema para oír limita su vida personal o social?			
¿Los problemas para oír le causa dificultad cuando va con amigos o parientes a un restaurante?			

Total _____

Rango de puntos 0 - 40

0 - 8: sin alteración autopercebida, 10 - 22: con dificultad leve moderada, 24 - 40: dificultad significativa.

Datos del paciente

Nombre

Edad

Domicilio

Sexo

Teléfono

Estado Civil

Ocupación

Religión

Escolaridad

Especialista

Cédula Profesional

No. de Expediente

Fecha de registro

Grupo familiar

Actualmente usted vive con

El nombre de su conyuge

Teléfono de contacto

¿Tiene usted hijos ?

Si No

¿Cuántos son?

Hombres

Mujeres

¿De que edades?

Estudiantes

Profesionistas

Observaciones

Acerca de sus padres

C/vida

Nombre del Padre

Edad

Profesión

Escolaridad

C/vida

Nombre de la Madre

Edad

Profesión

Escolaridad

Estado civil de sus padres

 Casados Separados Viuda (o) Divorciados Union Libre Madre / Padre Soltero (a)

¿Cuántos hermanos tiene?

C/vida

Nombre del 1er hermano(a)

Edad

Profesión

Escolaridad

C/vida

Nombre del 2do hermano(a)

Edad

Profesión

Escolaridad

C/vida

Nombre del 3er hermano(a)

Edad

Profesión

Escolaridad

C/vida

Nombre del 4to hermano(a)

Edad

Profesión

Escolaridad

C/vida

Nombre del 5to hermano(a)

Edad

Profesión

Escolaridad

C/vida

Nombre del 6to hermano(a)

Edad

Profesión

Escolaridad

Observaciones

Problema actual

Descripción del paciente

-

Motivo de la consulta

-

Historia del padecimiento actual

Inicio	Curso	Sintomas
-	-	-

Antecedentes del desarrollo

Durante el embarazo	Si No			Especifique
	Si	No		
Caídas	X	X	-	
Infecciones	X	X	-	
Preeclamsia	X	X	-	
Problemas emocionales	X	X	-	
Amenazas de aborto	X	X	-	
Intoxicaciones	X	X	-	
Exposición a la radiación (rayos x, placas etc...)	X	X	-	
Consumo de drogas, alcohol, tabaco, antidepresivos.	X	X	-	

Edad en la que empezó a:	Años	Meses	Observaciones
Gateo	-	-	-
Caminar	-	-	-
Emitir primeras palabras	-	-	-
Control de esfínteres (ir al baño)	-	-	-
Lactancia con pecho	-	-	-
Ingesta con biberón	-	-	-
Ablacto (primeros alimentos sólidos)	-	-	-

¿Padece dificultad para dormir?

	Si No			Especifique
	Si	No		
Pesadillas	-	-	-	
Temores nocturnos	-	-	-	
Sonambulismo	-	-	-	
Exceso de sueño	-	-	-	
Ronquido	-	-	-	
Insomnio	-	-	-	
Apnea del sueño	-	-	-	
Otros	-	-	-	

¿Sufre de alguno de los siguientes padecimientos?

	Si	No	Especifique
Problemas visuales	-	-	-
Problemas auditivos	-	-	-
Problemas motrices	-	-	-
Pie plano	-	-	-
Cedaeas (dolor de cabeza)	-	-	-
Asma	-	-	-
Alergias	-	-	-
Convulsiones	-	-	-
T. C. A. (golpe fuerte en cabeza) - perdida de memoria	-	-	-
Hospitalización	-	-	-
Intervención quirúrgica	-	-	-
Otros	-	-	-

Describe las condiciones físicas de el lugar donde vives actualmente.

-

¿Que alimentos acostumbra a comer en familia?

-

¿Con que frecuencia consume alcohol, tabaco, otro...?

-

¿Disfruta esta con gente en reuniones sociales?

-

Mencione en orden de importancia 5 personas importantes en su vida

-

¿Aparte del trabajo y la familia que otras actividades realiza?

-

Describa detalladamente un día de su vida actual

— Por la mañana —	— Por la tarde —	— Por la noche —
-	-	-

¿Que cosas agradables recuerda de su vida?

— Infancia / Niñez —	— Adolescencia / Juventud —	— Actualidad —
-	-	-

Describa brevemente recuerdos desagradables de su vida.

-

¿Ha tenido relaciones de Noviazgo?

¿Cómo fueron esas relaciones?

-

-

¿Cómo es la relación actual con sus padres?

-

¿Cómo es la relación actual con sus hermanos?

-

Sexualidad Adulta

¿Que tan frecuente tiene relaciones sexuales?

¿Considera satisfactoria su vida sexual?

-

-

Desarrollo Personal

¿Cómo se describe a usted mismo?

¿En este momento, se siente satisfecho con su vida? ¿Por que?

-

-

Área Laboral

¿Desde que edad trabaja?

Comente y describa como fue que consiguió su primer trabajo

-

-

¿Fue fácil encontrar trabajo?

¿Le resulta Incomodo solicitar una oportunidad de trabajo?

¿Cual es su horario de trabajo?

¿Le gusta su trabajo actual?

¿Cual sería su trabajo ideal?

-

-

-

-

-

¿Toma cursos relacionados con su trabajo?

¿Le ocasiona alguna incomodidad obedecer ordenes?

¿Cómo son sus relaciones con su jefe?

¿Ha tenido gente bajo sus ordenes?

¿Le hes fácil lograr que la gente obedezca?

-

-

-

-

-

¿Cómo son sus relaciones con sus subordinados?

¿le gusta trabajar en equipo?

¿Le gustaría cambiar de trabajo?

¿Regularmente da su mayor esfuerzo en su trabajo?

¿Tiene relación con sus compañeros fuera del trabajo?

-

-

-

-

-

¿Se distrae con facilidad por cualquier situación?

¿Alguna labor en especial que le cueste trabajo realizar?

¿Uso tiempo en horas muertas y/o tiempo libre?

¿Tiene usted habilidades destacadas ?

¿Se adapta rápidamente en el entorno que se presente?

-

-

-

-

-

Examen mental - Descripción de características en el paciente.

Conducta y aspecto general del paciente	Orientación & Sensorio	Atención & Concentración	Memoria
-	-	-	-
Inteligencia	Discurso	Pensamiento (Forma)	Tipo de contenido en ideas propias
-	-	-	-
Afectividad	Juicio	Humor & Ánimo	Actitudes hacia si mismo
-	-	-	-

Impresión Diagnóstica

-

Pronóstico

-

Especificar las soluciones y estrategias terapéuticas para el caso.

-

Psicólogo / Terapeuta